

# Б Ю Л Л Е Т Е Н Ъ

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

Научно-практический журнал

Выходит 4 раза в год

2024. № 4

18+

Национальный НИИ общественного  
здоровья имени Н. А. Семашко

Журнал основан в 1992 г.

www.bulleten-nriph.ru

Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук. Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых комму-никаций (Роскомнадзор). Регистрационный номер от 25 декабря 2015 г. ПИ № ФС77-64152.

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

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

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

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

Заведующий редакцией:  
Максимов Егор Сергеевич.

Ответственный секретарь:  
Кузьмина Юлия Александровна.

Почтовый адрес: 105064, Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12.  
E-mail: g.bulletin@yandex.ru

Все права защищены.

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

Цена свободная.

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

ISSN 2415-8410 (Print)

ISSN 2415-8429 (Online).

Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. Т. 28. № 4. 1—176.

Сдано в набор 21.11.2024.

Подписано в печать 29.11.2024.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная.

Печ. л. 22,00. Усл. печ. л. 21,51. Уч.-изд. л. 26,67.

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 медицинский 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 (ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, 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. 4.

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 (FSBEI HE "ROSUNIMED" OF MOH OF RUSSIA, 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

<b>Общественное здоровье и организация здравоохранения</b>	
Гильманов А. А., Нигматуллина Д. Х., Шерпутовский В. Г., Аберхаева Л. С., Васильев М. Д., Русских С. В. Смертность врачей предпенсионного возраста в республике Татарстан .....	5
Кузнецова М. А., Васильева Т. П., Смбамян С. М. Методические подходы к измерению и оценке показателя удовлетворенности медицинской помощью пациентами в сравнительном анализе .....	11
Гиндюк Л. Л., Мороз И. Н. Оценка удовлетворенности медицинских работников организаций социально-гигиенического мониторинга пациентов с бронхиальной астмой .....	19
Калининская А. А., Лазарев А. В., Шляфер С. И., Балзамова Л. А., Смирнов А. А. Стратегические задачи противодействия рискам здоровья населению села .....	25
Александрова О. Ю., Арестова А. А., Лузанов О. А., Лившиц С. А. Правовое разграничение оказания бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг ...	32
Артамонова Г. В., Кушч О. В., Попсуйко А. Н., Астахова Н. В., Серебрякова Р. А. Опыт организации риск-менеджмента в медицинском учреждении с применением цифровых технологий .....	38
Умнов А. Б. Медико-правовые аспекты этиологии и патогенеза несуицидальных самоповреждений (на примере аутоагрессивного поведения пациентов психиатрической больницы) .....	43
Тураева Р. Р., Тураев Р. Г., Мингазова Э. Н., Тарасова О. П., Хайруллина Р. М., Жибурт Е. Б. Динамика потребности компонентов донорской крови в медицинских организациях акушерско-гинекологического профиля на региональном уровне .....	53
Рошчин Д. О., Магомедов И. Р. Медицинский туризм: анализ причин временного выезда из места постоянного проживания в целях получения медицинской помощи .....	58
Перхов В. И., Каприн Д. А. Ресурсы и результаты организации работы передвижных подразделений медицинских организаций .....	63
Кирей-Ситникова Я., Кумец А. Доступность гендерно-аффирмативного и общего здравоохранения для трансгендерных людей в Республике Беларусь .....	71
Фомина А. В., Пляскина У. С. Анализ мнения врачей-офтальмологов о ведении пациентов с катарактой и сопутствующими заболеваниями глазного дна .....	80
Якушин М. А., Якушин Д. М., Штанг И. О., Костров А. А., Першин А. В., Воробьева А. В., Якушина Т. И. Коморбидность рассеянного склероза у женщин .....	87
Макаров В. Ю., Гришина Н. К. Комплексный анализ показателей диспансеризации работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге .....	93
Костин Ф. Н. Оценка проблем, связанных с использованием телемедицинских технологий в детской онкологии, гематологии .....	100
Османов Э. М., Решетников В. А., Каграманян И. Н., Татарченко В. В., Омаров М. А. Гендерные и возрастные особенности экономического бремени болезней уха и сосцевидного отростка .....	103
Комаров И. А., Геворкян А. К. Вопросы организации лекарственного обеспечения детей, получавших лечение с помощью фонда «Круг добра», по достижении ими совершеннолетия .....	110
Хайлова Ж. В., Омеляновский В. В., Михайлов И. А., Комаров Ю. И., Слабикова А. А., Иванов С. А., Каприн А. Д. Разработка и экспертная оценка мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в субъектах Российской Федерации .....	116
Дробизhev М. Ю., Польская Е. А. Оценка соотношений между механизмом действия антидепрессантов и их эффективностью и переносимостью (по результатам опроса в Интернете) .....	127
<b>История медицины</b>	
Саркисов А. С. Ананьин Василий Васильевич (15.12.1912 — 8.01.1969) .....	133

## CONTENTS

<b>Public health and healthcare management</b>	
<i>Gilmanov A. A., Nigmatullina D. H., Sherputovsky V. G., Aberhaeva L. S., Vasilyev M. D., Russkikh S. V. Mortality of doctors of pre-retirement age in the Republic of Tatarstan</i> .....	5
<i>Kuznetsova M. A., Vasilyeva T. P., Smbatyan S. M. Methodological approaches to measuring and evaluating patient satisfaction with medical care in a comparative analysis</i> .....	11
<i>Hindziuk L. L., Moroz I. N. Assessment of satisfaction of healthcare workers with the organization of social and hygienic monitoring of patients with bronchial asthma</i> .....	19
<i>Kalininskaya A. A., Lazarev A. V., Shlyafyer S. I., Balzamova L. A., Smirnov A. A. Strategic objectives of countering health risks for the rural population</i> .....	25
<i>Alexandrova O. Yu., Arestova A. A., Luzanov O. A., Livshitz S. A. The legal distinction between the provision of free medical care and paid medical services</i> .....	32
<i>Artamonova G. V., Kushch O. V., Popsuyko A. N., Serebryakova R. A. Experience in organizing risk management in a medical institution using digital technologies</i> .....	38
<i>Umnov A. B. Medical and legal aspects of the etiology and pathogenesis of non-suicidal self-injury (drawing on the cases of autoaggressive behavior of patients in a psychiatric hospital)</i> .....	43
<i>Turaeva R. R., Turaev R. G., Mingazova E. N., Tarasova O. P., Hairullina R. M., Zhiburt E. B. Dynamics of the need for donor blood components in obstetric and gynecological medical organizations at the regional level</i> .....	53
<i>Roshchin D. O., Magomedov I. R. Medical tourism: analysis of the reasons for temporary departure from the place of permanent residence in order to receive medical care</i> .....	58
<i>Perkhov V. I., Kaprin D. A. Resources and results of the organization of work of mobile divisions of the medical organizations</i> .....	63
<i>Kirey-Sitnikova Y., Kumets A. Access to gender-affirming and general healthcare for transgender people in the Republic of Belarus</i> .....	71
<i>Fomina A. V., Plyaskina U. S. Analysis of the opinion of ophthalmologists on the management of patients with cataract and concomitant fundus diseases</i> .....	80
<i>Yakushin M. A., Yakushin D. M., Shtang O. I., Kostrov A. A., Pershin A. V., Vorobeveva A. V., Yakushina T. I. Comorbidity of multiple sclerosis in women</i> .....	87
<i>Makarov V. Yu., Grishina N. K. Comprehensive analysis of the indicators of medical examination of employees of JSC «Russian Railways» on the Trans-Baikal Railway</i> .....	93
<i>Kostin P. N. Assessment of problems associated with the use of telemedicine technologies in pediatric oncology and hematology</i> .....	100
<i>Osmanov E. M., Reshetnikov V. A., Kagramanyan I. N., Tatarchenko V. V., Omarov M. A. Gender and age characteristics of the economic burden of ear and mastoid diseases</i> .....	103
<i>Komarov I. A., Gevorkyan A. K. Issues of organizing medicine provision for children who received treatment with the help of the “Circle of kindness” foundation upon their reach of majority</i> .....	110
<i>Khailova Zh. V., Omelyanovsky V. V., Mikhailov I. A., Komarov Yu. I., Slabikova A. A., Ivanov S. A., Kaprin A. D. Development and expert evaluation of measures to improve the organization of medical care for patients with oncological diseases in regions of the Russian Federation</i> .....	116
<i>Drobizhev M. Yu., Polskaya E. A. The mechanism of action of antidepressants determines their effectiveness and tolerability (results of an online survey).</i> .....	127
<b>History of medicine</b>	
<i>Sarkisov A. S. Ananyin Vasily Vasilyevich (15.12.1912 — 8.01.1969)</i> .....	133

<i>Пашков К. А.</i> Слово об учителе. Г. Н. Троянский — историк стоматологии СССР. К 100-летию со дня рождения . . . . .	136	<i>Pashkov K. A.</i> A word about the teacher. G. N. Trojansky — historian of stomatology of the USSR. To the 100th anniversary of his birth	
<i>Туторская М. С.</i> 125 лет сборнику «Русская земская медицина» . . . . .	141	<i>Tutorskaya M. S.</i> 125 years of the collection ‘Russian Zemstvo Medicine’	
<i>Нуштаев И. А., Завьялов А. И., Муталибов М. Т.</i> Доктор медицины Н. С. Коротков — автор открытия звукового метода определения артериального давления (к 150-летию со дня рождения) . . . . .	147	<i>Nushtaev I. A., Zavyalov A. I., Mutalibov M. T.</i> Doctor of Medicine N. S. Korotkov is the author of the discovery of the sound method for determining blood pressure (to the 150th anniversary of his birth)	
<b>К юбилею НИИОЗММ ДЗМ: сотрудники института об актуальных проблемах здравоохранения</b>		<b>To the anniversary of NIIOZMM DZM: institute staff on current health care issues</b>	
<i>Старшинин А. В., Аксенова Е. И., Турзин П. С., Гречушкина Н. А., Покусев А. С.</i> Инструменты оценки цифровых компетенций в зарубежных системах здравоохранения: систематический исследовательский обзор . . . . .	153	<i>Starshinin A. V., Aksenova E. I., Turzin P. S., Grechushkina N. A., Pokusaev A. S.</i> Tools for assessing digital competencies in foreign healthcare systems: scoping review	
<i>Дербенев Д. П., Сергеева Е. Н., Майоров Р. В.</i> Уровень социальной адаптации студентов и ординаторов медицинского вуза . . . . .	162	<i>Derbenev D. P., Sergeeva E. N., Mayorov R. V.</i> The level of social adaptation of students and residents of a medical university	
<i>Климов Ю. А., Кураева В. М.</i> Организация психолого-педагогической и коррекционно-логопедической службы в условиях дневного стационара с применением телемедицинских технологий . . . . .	167	<i>Klimov Y. A., Kuraeva V. M.</i> Organization of psychological, pedagogical and correctional speech therapy services in a day hospital with the use of telemedicine technologies	
<i>Богдан И. В., Горносталев М. Д., Чистякова Д. П.</i> Информационные основы привлечения населения трудоспособного возраста к ведению здорового образа жизни в мегаполисе . . . . .	170	<i>Bogdan I. V., Gornostalev M. D., Chistyakova D. P.</i> Information Bases for attracting the working-age population to lead a healthy lifestyle in a megalopolis	

# Общественное здоровье и организация здравоохранения

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.001

## Смертность врачей предпенсионного возраста в республике Татарстан

Анас Анварович Гильманов<sup>1</sup>, Динара Халимовна Нигматуллина<sup>2</sup>,  
Владимир Георгиевич Шерпутровский<sup>3</sup>, Лилия Сайдашовна Аберхаева<sup>4</sup>,  
Михаил Дмитриевич Васильев<sup>5</sup>, Сергей Валерьевич Русских<sup>6</sup>

<sup>1–4</sup> Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Российская Федерация;

<sup>5–6</sup> ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья  
имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

<sup>5–6</sup> ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения  
и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская  
Федерация

<sup>1</sup>gilmanov.anas@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5505-6277>

<sup>2</sup>dinara-meer@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0008-5796-224X>

<sup>3</sup>Vladimir.Sherputovsk@tatar.ru, <https://orcid.org/0009-0003-7910-088X>

<sup>4</sup>Liliya.Aberhaeva@tatar.ru, <https://orcid.org/0009-0004-3041-9336>

<sup>5</sup>vasilev.m.d@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1646-7345>

<sup>6</sup>russkikh1@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3292-1424>

**Аннотация.** Сохраняющийся дефицит врачебных кадров в стране, наряду с изменениями в пенсионном законодательстве, делают весьма актуальным изучение здоровья врачей и сохранение их трудовой активности. Особенно это касается врачей предпенсионного возраста, заболеваемость и смертность среди которых является высоким в трудоспособном периоде. Снижение показателей смертности медицинских работников является одним из важнейших показателей здоровья, с одной стороны это улучшит состояние трудового ресурса как составляющей общественного здоровья, а с другой стороны улучшит состояние медицинской детерминанты общественного здоровья, которая за счет снижения факторов риска связана с характеристиками человеческого потенциала медицинских работников. Актуальность данного исследования заключается в возможности выйти на управление трудовым ресурсом общественного здоровья, через медицинскую детерминанту как одного из ведущих факторов влияющего на общественное здоровье. Цель исследования — изучение структуры, динамики и уровня смертности врачей предпенсионного возраста Республики Татарстан.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в период с 2018 по 2022 год. Предпенсионная возрастная группа соответствовала возрастному диапазону 50–59 лет для врачей женщин и 55–64 года для мужчин. Численность врачей изучаемой возрастной группы была взята из Федерального регистра медицинских работников. Изучение смертности врачей проводилось путем выкопировки данных в специально разработанную карту из «Врачебного свидетельства о смерти». Проанализировано 295 случаев за период 2018–2022 гг. Статистический анализ проводился программным пакетом Stattech 3.1.0.

**Результаты.** За 5-летний период численность врачей изучаемой группы сократилась на 1 190 человек или на 31,6%. Количество врачей мужчин сократилось на 239 человек или на 21,9%, а врачей женщин на 951 человек или на 35,6%. За период с 2018 по 2020 год смертность среди врачей мужчин и среди врачей женщин резко выросла на фоне пандемии коронавирусной инфекции в 3,8 раза. С 2018 по 2022 год умерло 295 врачей предпенсионного возраста, что составляет 7,8% по отношению ко всей изучаемой группе и 24,8% по отношению к выбывшим за 5 лет из регистра врачей.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о двукратном превышающем уровне смертности врачей предпенсионного возраста по сравнению с населением данной возрастной группы.

**Ключевые слова:** общественное здоровье, медицинская детерминанта общественного здоровья, кадровый компонент, медицинские кадры, человеческий потенциал здравоохранения, потенциал врача, трудовой ресурс, трудоспособный возраст, врачи предпенсионного возраста, смертность, факторы риска.

**Для цитирования:** Гильманов А. А., Нигматуллина Д. Х., Шерпутровский В. Г., Аберхаева Л. С., Васильев М. Д., Русских С. В. Смертность врачей предпенсионного возраста в республике Татарстан // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 5–10. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.001.

## Public health and healthcare management

Original article

### Mortality of doctors of pre-retirement age in the republic of Tatarstan

Anas A. Gilmanov<sup>1</sup>, Dinara H. Nigmatullina<sup>2</sup>, Vladimir G. Sherputovskiy<sup>3</sup>, Lilia S. Aberkhaeva<sup>4</sup>, Mikhail D. Vasiliev<sup>5</sup>,  
Sergey V. Russkikh<sup>6</sup>

<sup>1–4</sup>Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation;

<sup>5–6</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

<sup>5–6</sup>State Budgetary Institution of the City of Moscow "Research Institute of Health Organization and Medical Management of the Department of Health of the City of Moscow", Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>gilmanov.anas@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5505-6277>

<sup>2</sup>dinara-meer@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0008-5796-224X>

<sup>3</sup>Vladimir.Sherputovsk@tatar.ru, <https://orcid.org/0009-0003-7910-088X>

<sup>4</sup>Liliya.Aberkhaeva@tatar.ru, <https://orcid.org/0009-0004-3041-9336>

<sup>5</sup>vasilev.m.d@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1646-7345>

<sup>6</sup>russkikh1@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3292-1424>

**Annotation.** The continuing shortage of medical personnel in the country, along with changes in pension legislation, make it very relevant to study the health of doctors and preserve their work activity. This is especially true of doctors of pre-retirement age, the morbidity and mortality among whom is high in the working age.

The purpose of the study is to study the structure, dynamics and mortality rate of doctors of pre-retirement age in the Republic of Tatarstan.

**Materials and methods.** The study was conducted in the period from 2018 to 2022. The pre-retirement age group corresponded to the age range of 50—59 years for female doctors and 55—64 years for men. The number of doctors of the studied age group was taken from the Federal Register of Medical Workers. The study of the mortality of doctors was carried out by copying the data into a specially designed card from the «Medical death Certificate». 295 cases were analyzed for the period 2018—2022. Statistical analysis was carried out by the Stattech 3.1.0 software package.

**Results.** Over a 5-year period, the number of doctors in the study group decreased by 1,190 people or by 31.6%. The number of male doctors decreased by 239 people or 21.9%, and female doctors by 951 people or 35.6%. Over the period from 2018 to 2020, the mortality rate among male and female doctors increased sharply against the background of the coronavirus pandemic by 3.8 times. From 2018 to 2022, 295 doctors of pre-retirement age died, which is 7.8% in relation to the entire study group and 24.8% in relation to those who left the register of doctors in 5 years.

**Conclusions.** The data obtained indicate a two-fold higher mortality rate of doctors of pre-retirement age compared to the population of this age group.

**Key words:** public health, medical determinant of public health, personnel component, medical personnel, human potential of health care, doctor's potential, labor resource, working age, doctors of pre-retirement age, mortality, risk factors.

**For citation:** Gilmanov A. A., Nigmatullina D. H., Sherputovskiy V. G., Aberkhaeva L. S., Vasiliev M. D., Russkikh S. V. Mortality of doctors of pre-retirement age in the Republic of Tatarstan. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(4):5–10. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.001.

### Введение и актуальность исследования

Актуальность проблемы сохранения и укрепления здоровья врачей предпенсионного возраста связана с реализацией задач увеличения продолжительности здоровой и активной жизни населения сохранения их трудоспособности в свете изменений возраста выхода на пенсию согласно Федеральному закону от 3 октября 2018 г. № 350-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам назначения и выплаты пенсий»<sup>1</sup>.

Желание улучшить качество жизни становится хорошим мотивом для бережного отношения к собственному здоровью. В то же время этот возрастной период имеет особенности накопления бремени хронических заболеваний, что снижает трудовой потенциал и приводит к частым потерям трудоспособности. Таким образом, повышается актуальность изучения потенциала здоровья врачей и разработка мер по ее укреплению и сохранению [1, с. 22—27; 2, с. 231—233; 3, с. 60—67].

По данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ в период с 2016 по 2018 год профиль факторов риска у врачей предпенсионного возраста имеет свои особенности. В целом отмечено снижение распространенности поведенческих факторов риска, но вместе с тем повышение частоты соматических заболеваний и их сочетания, в том числе длительно протекающих, в связи с ростом заболеваемости такими патологиями как ожирение, сахарный диабет 2-го типа, артериальная гипертензия и др. Безусловно, комплексная сопутствующая патология, множество факторов риска затрудняют осуществление трудовой деятельности и повышают риск частой и вынужденной нетрудоспособности и смертности у медицинских работников старше 50 лет [4, с. 18—24].

При исследовании состояния здоровья медицинских работников, в частности на территории России, выявлены высокие показатели заболеваемости, высокая смертность и низкая продолжительность жизни. Одной из причин подобного неблагоприятного прогноза заболеваний у медицинских работников, что может быть связано с определенными особенностями медицинской профессии [5, с. 47—48; 6, с. 777—778; 7, с. 420—438].

<sup>1</sup> Федеральный закон от 3 октября 2018 г. № 350-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам назначения и выплаты пенсий». С. 1-5.

Серьезной проблемой развития экономики является дефицит трудовых ресурсов. По оценке Министра здравоохранения Российской Федерации М. А. Мурашко, дефицит врачей в системе здравоохранения достигает порядка 80 тысяч человек<sup>2</sup>. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), мир сталкивается с глобальной нехваткой почти 4,3 миллиона врачей. Их глобальный дефицит угрожает качеству оказания медицинской помощи и устойчивости систем здравоохранения во всем мире [8, с. 1—7]. Недавняя эпидемия SARS-CoV-2 продемонстрировала кадровые трудности в сфере здравоохранения во многих странах [9, с. 1—5; 10, с. 282—284], также усиливалось общее эмоциональное напряжение и «выгорание» врачей [11, с. 763—769].

Медицинские работники, в силу выполнения служебных обязанностей, относятся к группе риска заражения COVID-19. Это обусловлено многими причинами: на медицинских работников не распространяются ограничительные меры, их рабочие места находятся в очагах, где концентрируются инфицированные больные, возросшая интенсивность труда вынуждает их находиться в очагах инфекции длительное время и испытывать хронический стресс и т. п. [12, с. 1—4]. Все это, даже при условии использования средств индивидуальной защиты, ведет к увеличению заболеваемости и смертности медицинских работников от новой коронавирусной инфекции [13, с. 1—5].

По официальным данным на май 2020 год, в России умерло от новой коронавирусной инфекции 2722 человека. Среди них по меньшей мере 186 медицинских работников, то есть каждый 15-й умерший от COVID-19 (7%) — это медик. Это соотношение в среднем в 16 раз выше, чем в шести странах, сравнимых с Россией по масштабам эпидемии<sup>3</sup>.

Медицинским сообществом отмечается, что проблема инфицирования медицинских работников заключается не только в самом факте заболевания их коронавирусной инфекцией. Во-первых, медицинские работники могут служить источником передачи вируса, инфицируя своих коллег и членов своих семей. Во-вторых, заболевшие медицинские работники усугубляют кадровый дефицит системы здравоохранения, что нередко приводит к ее коллапсу на пике пандемии. Поэтому следует согласиться с мнением Rosarío Barranco, что медицинские работники в настоящее время являются самым важным трудовым ресурсом в мире [14, с. 65—66].

Актуальность исследования определена двумя важнейшими моментами. Во-первых, состояние здоровья медицинских работников является важнейшим индикатором запаса трудового ресурса, та-

ких как индекс доверия врачей [15, с. 1183—1188; 16, с. 35—36; 17, с. 15—25] как составляющей общественного здоровья как медико-социального ресурса. Во-вторых, здоровье медицинских работников является важнейшим фактором, определяющим состояние медицинской детерминанты, включающей факторы риска ухудшения общественного здоровья, связанные с действиями медицинских работников при оказании медицинской помощи. С одной стороны трудовой ресурс является компонентом общественного здоровья, с другой выступает как детерминанта, которая определяет появление медицинских факторов риска нарушения других составляющих общественного здоровья как медико-социального ресурса [18, с. 7—15; 19, с. 7—17; 20, с. 7—16].

Таким образом, все вышеизложенное определяет высокую актуальность изучения здоровья врачей предпенсионного возраста.

### Материалы и методы исследования

Объект исследования — врачи предпенсионного возраста Республики Татарстан. Численность врачей предпенсионного возраста мужчины 55—64 года и женщины 50—59 лет по данным Федерального регистра медицинских работников Республики Татарстан за 2018 год составила 3 768 человек, в том числе мужчин 1 093 и женщин 2 675. Проводилась выкопировка данных из врачебных свидетельств о смерти врачей в течение 5 лет, начиная с 2018 года. За годы исследования использовалась сплошная выборка. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета программы StatTech v. 3.1.0. (разработчик — ООО «Статтех», Россия). Расчеты показателей смертности производились обычными статистическими методами.

### Результаты и обсуждение

На конец 2022 года общее количество врачей в Республике Татарстан составляло 13 052 человека, среди них мужчин 4 219 (32,3%) и женщин 8833 (67,7%). С 2018 года рост численности врачей составил 7,5%. При этом численность врачей мужчин выросла на 16%, а женщин на 3,8%. Изучаемая нами группа в 2018 году была представлена 3 768 врачами, из них мужчины — 1093 и женщины — 2675. Доля врачей мужчин и женщин в группе предпенсионного возраста соответствовала их распределению в общей численности всех врачей, включенных в регистр.

За 5-летний период численность врачей изучаемой группы сократилось на 1 190 человек или на 31,6% (таблица № 1). Количество врачей мужчин сократилось на 239 человек или на 21,9%, а врачей женщин на 951 человек или на 35,6%. Сокращение численности врачей на 295 человек было вызвано их смертью, что составляет 7,8% по отношению ко всей изучаемой группе и 24,8% по отношению к выбывшим за 5 лет из регистра врачей. Исключение из регистра 895 врачей из изучаемой группы было вызвано их выходом на пенсию (Таблица № 1).

<sup>2</sup> А. М. Мурашко назвал реальный дефицит врачей в России [Электронный ресурс] // Медвестник. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Murashko-nazval-realnyi-deficit-vrachei-v-Rossii.html> (дата обращения 27.04.2023). С. 1-5.

<sup>3</sup> Смертность медиков от COVID-19 в России [Электронный ресурс] // Медвестник. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Smertnost-medikov-ot-COVID-19-v-Rossii-na-poryadok-operejaet-pokazateli-drugih-stran.html> (дата обращения 17.04.2023). С. 1-3.

Таблица 1

Динамика численности врачей мужчин (55—64) и женщин (50—59) изучаемой группы за 2018—2022 годы, сформированной по данным Федерального регистра медицинских работников Республики Татарстан за 2018 год (абс.)

Годы	Муж		Жен		Итого	
	абс.	%	абс.	%		
2018	1093	29%	2675	71%	3768	(p < 0,001)
2019	1088	31%	2431	69%	3519	
2020	998	32%	2120	68%	3118	
2021	892	29%	1941	68%	2833	
2022	854	23%	1724	67%	2578	

\* Различия показателей статистически значимы (p < 0,05) (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона).

Среди врачей мужчин и женщин доля умерших составила соответственно 66,5% и 14,3%. Большое количество выбывших врачей в связи с выходом на пенсию среди врачей женщин объясняется наличием у них права выхода на пенсию на 5 лет раньше мужчин.

Высокие уровни смертности среди врачей изучаемой группы были зарегистрированы в 2020 и 2021 годах среди мужчин и женщин, что соответствует данным о смертности среди этой возрастной группы населения республики и связана с пандемией коронавирусной инфекции (Таблица № 3).

Смертность среди врачей мужчин с 2018 по 2022 год и среди врачей женщин с 2018 по 2021 год резко выросла на фоне пандемии коронавирусной инфекции в 3,8 раза, а по итогам 2022 года снизилась, но продолжает оставаться выше показателей 2018 года среди врачей мужчин на 52%, а среди врачей женщин в 3,2 раза.

Смертность среди врачей мужчин во все годы исследования была выше смертности врачей женщин, что соответствует показателям смертности среди мужского и женского населения республики.

В начале исследования, в 2018 году, показатель смертности врачей мужчин изучаемой группы была меньше, чем у мужского населения на 32,7%, а среди врачей женщин превышала показатели женского населения в возрастной группе 50—59 лет на 10,6%. Однако с развитием пандемии коронавирусной инфекции разница стала интенсивно возрастать в сторону превышения смертности врачей мужчин (1,4—2,3 раза) и женщин (1,5—3 раза). Смертность врачей в 2020—2021 годах двухкратно превысила смер-

Таблица 2

Смертность врачей Республики Татарстан предпенсионного возраста за 2018—2022 годы (абс. и на 100 тыс. врачей соответствующего возраста)

Годы	Муж.	Коэффициент смертности	Жен.	Коэффициент смертности	Муж и жен.	Коэффициент смертности муж и жен.	
2018	16	1463,9	14	523,4	30	796,2	P < 0,001*
2019	32	2941,1	17	699,3	49	1392,4	
2020	55	5511,0	37	1745,3	92	2950,6	
2021	37	4147,9	39	2009,3	76	2682,7	
2022	19	2224,8	29	1682,1	48	1861,9	

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

Таблица 3

Показатели смертности среди населения Республики Татарстан и среди врачей возрастной группы мужчин 55—64 года и женщин 50—59 лет за 2018—2022 годы (на 100 тыс. населения и врачей соответствующего возраста).

Годы	Муж. население	Муж. врачи	Жен. население	Жен. врачи	Итого население	Итого врачи	
2018	2173,9	1463,9	473,1	523,4	1231,7	796,2	P < 0,001
2019	2107,2	2941,1	452,4	699,3	1209,0	1392,4	
2020	2475,3	5511,0	577,3	1745,3	1459,1	2950,6	
2021	2191,8	4147,9	675,7	2009,3	1380,0	2682,7	
2022		2224,8		1682,1		1861,9	

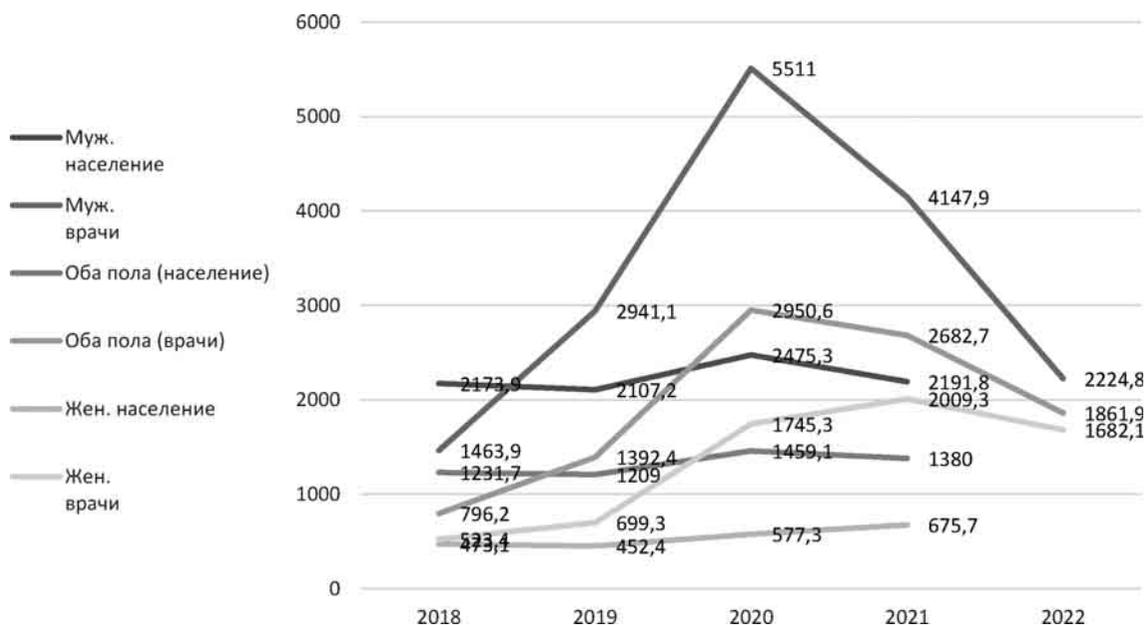
\* Различия показателей статистически значимы (p < 0,05)

ность среди населения изучаемой возрастной группы путем выкопировки статистических данных на базе Республиканского медицинского информационно-аналитического центра г. Казани (p < 0,05).

Высокие показатели смертности среди врачей мужчин были зарегистрированы в возрастной группе 60—64 года в 2020—2021 годах и в возрастной группе 55—59 лет в 2020 году, а у врачей женщин в 55—59 лет в 2020—2022 годах, что соответствует общим закономерностям смертности среди населения этих возрастных групп. Тем самым с возрастом мы отмечаем рост смертности среди врачей.

За эти исследования первое место среди причин смерти у врачей мужчин и женщин занимают болезни системы кровообращения, максимальные показатели которых отмечены в 2020 году, что соответствует общим закономерностям смертности в данных возрастных группах среди всего населения. При этом смертность от болезней органов кровообращения среди врачей мужчин во все годы исследования превышает таковое у женщин с разницей от 1,7 до 10,4 раза. Наиболее часто регистрируется смерть врачей мужчин и женщин от инфаркта миокарда, застойной сердечной недостаточности, тромбоза легочных артерии и инсульта. Второе место среди причин смерти врачей мужчин в 2020 и 2021 годах и среди врачей женщин в 2020 году заняла коронавирусная инфекция. В эти годы уровни смертности врачей мужчин от коронавирусной инфекции оказались 2,6—4,8 раза выше, чем у врачей женщин (p < 0,001). В 2021 году среди врачей мужчин третье место, а у врачей женщин в 2021—2022 годах второе место заняли болезни эндокринной системы, отодвинув новообразования на третье место, что существенно отличает структуру причин смерти среди врачей женщин. Среди эндокринных заболеваний наибольшее количество смертей отмечается от инсулиннезависимого сахарного диабета, а в классе новообразований от злокачественных новообразований органов пищеварения и дыхания.

Анализ смертности работающих врачей по основному месту работы свидетельствует, что наибольшее количество врачей, которые умерли за последние пять лет, работали в республиканских и городских больницах (63%), а также в центральных районных больницах (16%). Стаж по последнему месту работы в медицинской организации среднем



Показатели смертности среди населения в возрастных группах мужчин 55—64 года и женщин 50—59 лет Республики Татарстан и среди врачей этих же возрастных групп за 2018—2022 годы (на 100 тыс. населения и врачей соответствующего возраста).

составлял среди умерших врачей мужчин 15—24 года, а среди врачей женщин 16—26 лет.

В структуре умерших наибольшая доля 17% приходится на врачей хирургов и заведующих структурными подразделениями медицинских организаций (17%). Среди умерших врачей мужчин 29% составили врачи хирурги, 13% заведующие структурными подразделениями медицинских организаций и 8,2% врачи анестезиологи-реаниматологи, а среди врачей женщин наибольшее число случаев смерти наблюдалось у заведующих структурными подразделениями медицинских организаций (21,3%), акушеров-гинекологов (9,6%), педиатров (8%) и анестезиологов-реаниматологов (8%).

### Заключение

Сохраняющийся дефицит врачебных кадров и изменение пенсионных прав граждан в Российской Федерации делают весьма актуальным изучение здоровья практикующих врачей с позиции выработки современных предложений по продлению активного долголетия. Наиболее интересным с этой точки зрения является изучение здоровья врачей десятилетней возрастной группы перед выходом на пенсию. Именно в возрастных группах 50—59 лет женщины и 55—64 года мужчины наиболее значимо проявляются изменения в здоровье, вследствие накопленных хронических заболеваний, которые снижают трудовую активность.

Смертность врачей изучаемой возрастной группы в два и более раза превышает смертность среди мужчин и женщин данной возрастной группы среди всего населения. Наиболее высокие уровни смертности у врачей мужчин в возрасте 60—64 года, а у женщин в 55—59 лет. В годы исследования в структуре причин смерти среди врачей и всего населения соответствующих возрастных групп лидирующую позицию занимали болезни системы кровообраще-

ния, коронавирусная инфекция, эндокринные заболевания и новообразования. Пандемия коронавирусной инфекции привела к резкому росту смертности среди врачей в 2020—2021 году. Все полученные данные говорят о необходимости изучения и подготовки научно-обоснованных мероприятий, направленных на снижение смертности врачей предпенсионного возраста.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Головкин Е. А., Несина И. А., Смирнова Е. Л., Потеряева Е. Л., Фигуренко Н. Н., Демешко К. О. Анализ состояния здоровья медицинских работников по результатам проведения обязательных периодических медицинских осмотров. *Медицинский вестник Юга России*. 2022;(4):22—27.
2. Косарев В. В., Бабанов С. А. Профессиональные заболевания медицинских работников. Самара: ООО «Офорт»; 2014. С. 231—233.
3. Соколовская Т. А. Демографические проблемы и состояние здоровья населения пожилого возраста. *Геронтология*. 2013;1(1):60—67.
4. Ларина В. Н., Глибко К. В., Купор Н. М. Состояние здоровья и заболеваемость медицинских работников. *Лечебное дело*. 2018;(4):18—24.
5. Бектасова М. В., Капцов В. А., Шепарев А. А. Организация медицинской помощи работникам многопрофильных лечебных учреждений Приморского края. *Академ. ж-л Западной Сибири*. 2013;(2):47—48.
6. Труфанова Н. Л., Новикова И. И. Условия труда и состояние здоровья врачей крупной медицинской организации. *Медицина труда и промышленная экология*. 2019;59(9):777—778.
7. Акимова Н. А., Андриянова Е. А., Девличарова Р. Ю., Медведева Е. Н. Психосоциальные факторы риска в профессиональной деятельности среднего медицинского персонала. *Вестник СПбГУ. Социология*. 2018;11(4):420—438.
8. Aluttis C, Bishaw T, Frank M. W. The workforce for health in a globalized context-global shortages and international migration. *Glob Health Action*. 2014;13(7):1—7.
9. Filip R., Gheorghita Puscaselu R., Anchidin-Norocel L., Dimian M., Savage W. K. Global Challenges to Public Health Care Systems during the COVID-19 Pandemic: A Review of Pandemic Measures and Problem. *J. Pers Med*. 2022;7(12):1—5.
10. Gupta N., Dhamija S., Patil J., Chaudhari B. Impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers. *Ind Psychiatry J*. 2021;(30):282—S284.

11. Arnsten AF. T., Shanafelt T. Physician Distress and Burnout: The Neurobiological Perspective. *Mayo Clin Proc.* 2021;(3):763—769.
12. Tan Z., Khoo DW. S., Zeng L. A., Tien J. C., Lee AK. Y., Ong Y. Y. et al. Protecting health care workers in the front line: Innovation in COVID-19 pandemic. *J. Glob Health.* 2020;10(1):1—4.
13. Covid-19: protecting health-care workers. *Lancet.* 2020;1—5.
14. Barranco R., Ventura F. Covid-19 and infection in health-care workers: An emerging problem. *Medico-Legal J.* 2020;88(2):65—66.
15. Русских С. В., Ларионов А. В., Васильев М. Д. Методический подход к построению индекса доверия врачей к своей деятельности. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2023;31(специальный выпуск 2):1183—1188. DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1183-1188
16. Васильев М. Д., Русских С. В., Магомедова А. М., Файзуллаев А. Х., Арсенина Ю. В., Воробьева А. В. Мотивация и стимулирование деятельности медицинских работников к сохранению своего здоровья с целью продления профессионального долголетия. *Вестник Медицинского стоматологического института.* 2023;64(1):35—36.
17. Русских С. В., Москвичева Л. И., Тарасенко Е. А., Макарова Е. В., Васильев М. Д., Арсенина Ю. В. и др. Меры по повышению удовлетворенности работой врачей-онкологов центров амбулаторной онкологической помощи. *Здоровье населения и среда обитания — ЗНиСО.* 2023;31(7):15—25. DOI: 10.35627/2219—5238/2023-31-7-15-25
18. Васильева Т. П., Ларионов А. В., Русских С. В., Зудин А. Б., Васюнина А. Е., Васильев М. Д. Методические подходы к измерению общественного здоровья как медико-социального ресурса и потенциала общества. *Здоровье населения и среда обитания.* 2022;30(11):7—15. DOI: 10.35627/2219—5238/2022-30-11-7-15
19. Васильева Т. П., Ларионов А. В., Русских С. В., и др. Методический подход к организации мониторинга общественного здоровья Российской Федерации. *Здоровье населения и среда обитания.* 2022;(7):7—17. DOI:10.35627/2219—5238/2022-30-7-7-17
20. Васильева Т. П., Ларионов А. В., Русских С. В. и др. Состояние общественного здоровья в субъектах Российской Федерации в период масштабного эпидемиологического вызова на примере пандемии COVID-19. *Здоровье населения и среда обитания — ЗНиСО.* 2023;31(3):7—16. DOI: 10.35627/2219-5238/2023-31-3-7-X
- icine and industrial ecology. [*Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya*]. 2019;59(9):777—778 (in Russian).
7. Akimova N. A., Andrianova E. A., Devlicharova R. Yu., Medvedeva E. N. Psychosocial risk factors in the professional activity of nursing staff. *Bulletin of St. Petersburg State University. Sociology. [Vestnik SPbGU. Sotsiologiya]*. 2018;11(4):420—438 (in Russian).
8. Aluttis C., Bishaw T., Frank M. W. The workforce for health in a globalized context-global shortages and international migration. *Glob Health Action.* 2014;13(7):1—7.
9. Filip R., Gheorghita Puscaselu R., Anchidin-Norocel L., Dimian M., Savage W. K. Global Challenges to Public Health Care Systems during the COVID-19 Pandemic: A Review of Pandemic Measures and Problem. *J. Pers Med.* 2022;7(12):1—5.
10. Gupta N., Dhamija S., Patil J., Chaudhari B. Impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers. *Ind Psychiatry J.* 2021;(30):282-S284.
11. Arnsten AF. T., Shanafelt T. Physician Distress and Burnout: The Neurobiological Perspective. *Mayo Clin Proc.* 2021;(3):763—769.
12. Tan Z., Khoo DW. S., Zeng L. A., Tien J. C., Lee AK. Y., Ong Y. Y. et al. Protecting health care workers in the front line: Innovation in COVID-19 pandemic. *J. Glob Health.* 2020;10(1):1—4.
13. Covid-19: protecting health-care workers. *Lancet.* 2020;1—5.
14. Barranco R., Ventura F. Covid-19 and infection in health-care workers: An emerging problem. *Medico-Legal J.* 2020;88(2):65—66.
15. Russkikh S. V., Larionov A. V., Vasiliev M. D. Methodical approach to the construction of the index of doctors' confidence in their activity. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2023;31(специальный выпуск 2):1183—1188 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1183-1188 (in Russian).
16. Vasiliev M. D., Russkikh S. V., Magomedova A. M., Faizullaev A. H., Arsenina Y. V., Vorobyova A. V. Motivation and stimulation of activity of medical workers to preserve their health in order to prolong professional longevity. *Bulletin of the Medical Stomatological Institute. [Vestnik Meditsinskogo stomatologicheskogo instituta]*. 2023;64(1):35—36 (in Russian).
17. Russkikh S. V., Moskvicheva L. I., Tarasenko E. A., Makarova E. V., Vasiliev M. D., Arsenina Y. V., et al. Measures to improve job satisfaction of oncologists in ambulatory oncological care centers. *Population Health and Habitat — ZNiSO. [Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya — ZNiSO]*. 2023;31(7):15—25 (in Russian). DOI: 10.35627/2219—5238/2023-31-7-15-25
18. Vasilieva T. P., Larionov A. V., Russkikh S. V., et al. Methodological approaches to measuring public health as a medical and social resource and the potential of society. *Population Health and Environment. [Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya]*. 2022;30(11):7—15 (in Russian). DOI: 10.35627/2219—5238/2022-30-11-7-15
19. Vasilieva T. P., Larionov A. V., Russkikh S. V., Zudin A. B., Gorenkov R. V., Vasiliev M. D., Kostrov A. A., Khapalov A. A. Methodological approach to organizing public health monitoring in the Russian Federation. *Public health and habitat. [Zdorov'e Naseleniya i Sreda Obitaniya]*. 2022;30(7):7—17 (in Russian). DOI:10.35627/2219—5238/2022-30-7-7-17
20. Vasilieva T. P., Larionov A. V., Russkikh S. V., et al. State of public health in the subjects of the Russian Federation during a large-scale epidemiologic challenge on the example of the COVID-19 pandemic. *Population Health and Habitat — ZNiSO. [Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya — ZNiSO]*. 2023;31(3):7—16 (in Russian). DOI: 10.35627/2219—5238/2023-31-3-7-7-X

## REFERENCE

1. Golovko E. A., Nesina I. A., Smirnova E. L., Poteryaeva E. L., Figurenko N. N., Demeshko K. O. Analysis of the health status of medical workers based on the results of mandatory periodic medical examinations. *Medical Bulletin of the South of Russia. [Meditsinskiy vestnik Yuga Rossii]*. 2022;(4):22—27 (in Russian).
2. Kosarev V. V., Babanov S. A. Occupational diseases of medical workers. Samara: LLC «Etching»; 2014. P. 231—233 (in Russian).
3. Sokolovskaya, T. A. Demographic problems and health status of the elderly population. *Gerontology. [Gerontologiya]*. 2013;1(1):60—67 (in Russian).
4. Larina V. N., Glibko K. V., Kupor N. M. The state of health and morbidity of medical workers // *Medical business. [Lechebnoe delo]*. 2018;(4):18—24 (in Russian).
5. Bektasova M. V., Kaptsov V. A., Sheparev A. A. Organization of medical care for employees of multidisciplinary medical institutions of Primorsky Krai. *Akadem. railway of Western Siberia. [Akadem. zh-i Zapadnoy Sibiri]*. 2013;(2):47—48 (in Russian).
6. Trufanova N. L., Novikova I. I. Working conditions and health status of doctors of a large medical organization. *Occupational med-*

**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 16.10.2023; одобрена после рецензирования 29.08.2024; принята к публикации 18.11.2024. The article was submitted 16.10.2023; approved after reviewing 29.08.2024; accepted for publication 18.11.2024.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.002

## Методические подходы к измерению и оценке показателя удовлетворенности медицинской помощью пациентами в сравнительном анализе

Мария Анатольевна Кузнецова<sup>1✉</sup>, Татьяна Павловна Васильева<sup>2</sup>,  
Сиран Мануковна Смбастьян<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В. Н. Городкова» МЗ  
РФ, ул. Победы, 20, Иваново, 153045, Российская Федерация

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

<sup>2</sup>vasileva\_tp@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-4831-1783>

<sup>3</sup>smbasaran@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-1961-9458>

**Аннотация.** Оценка качества медицинской помощи рассматривается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) исходя из определяющих ее факторов: максимальное выполнение профессиональных функций, оптимальное использование ресурсов, наименьший риск для пациента и высокая удовлетворенность пациентов от взаимодействия с медицинской организацией\*. В связи с этим, возросла необходимость четкой, постоянной и позитивной коммуникации медицинской подсистемы с населением для обеспечения удовлетворенности доступной, скоординированной, комплексной и качественной медицинской помощью и измерение ее соответствия между предпочтениями пациентов и их ожиданиями. Выбор метода исследования, по-прежнему, является важным фактором для оценки внутриорганизационных процессов управления медицинской организацией и, соответственно, эффективность системы здравоохранения страны. **Цель исследования:** провести сравнительный анализ существующих способов изучения мнения пациентов и методических приемов подтверждения валидности и надежности этих разработок. **Материалы и методы.** На основе литературных данных и регламентированных методов опроса авторы проводят сравнительный анализ разных методических приемов к измерению показателя удовлетворенности пациентов по 6 опросникам, наиболее широко применяемых в международной и российской практике здравоохранения. **Результаты исследования.** Анализ методической базы здравоохранения по проведению опроса населения, получающих медицинскую помощь на разных этапах обращения и врачебной специализации, позволил показать широкий перечень применяемых опросников в мировой и российской системах общественного здравоохранения и выявить механизмы достижения целевых показателей в разных системах оценочной шкалы. **Заключение.** Вопросы совершенствования методов изучения и оценки удовлетворенности пациентов медицинской помощью и качества взаимодействия пациента и врача в научной практике не представлены в широком выборе и с использованием валидации информативных русскоязычных версий международных опросников для расширенной комплексной оценки индикаторов изменения параметра контролируемого процесса.

Ключевые слова: *методы опроса, удовлетворенность пациентов, эффективная медицина.*

**Для цитирования:** Кузнецова М. А., Васильева Т. П., Смбастьян С. М. Методические подходы к измерению и оценке показателя удовлетворенности медицинской помощью пациентами в сравнительном анализе // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 11—18. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.002.

Original article

## Methodological approaches to measuring and evaluating patient satisfaction with medical care in a comparative analysis

Maria A. Kuznetsova<sup>1✉</sup>, Tatyana P. Vasilyeva<sup>2</sup>, Siran M. Smbatyan<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>FSBI «Ivanovo Research Institute of Motherhood and Childhood named after V. N. Gorodkov» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 153045, Pobedy St., 20, Ivanovo, Russian Federation.

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

<sup>2</sup>vasileva\_tp@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-4831-1783>

<sup>3</sup>smbasaran@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-1961-9458>

**Annotation.** The evaluation of the quality of health care is considered by the World Health Organization (WHO) based on its defining factors: maximum performance of professional functions, optimal use of resources, least risk to the patient and high patient satisfaction from the interaction with the medical organization<sup>1</sup>. In this regard, the need for clear, constant and positive communication of the medi-

\* World Health Organization (WHO). Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care. Astana, 2019. [updated 2024 Aug 26; cited 2024 Aug 26]. Available at: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-ru.pdf>

cal subsystem with the population has increased to ensure satisfaction with accessible, coordinated, comprehensive and quality health care and to measure its correspondence between patients' preferences and their expectations. The choice of research method is still an important factor in evaluating the intra-organizational processes of medical organization management and, consequently, the effectiveness of the country's health care system. Purpose of the study: to conduct a comparative analysis of existing ways of studying patients' opinions and methodological techniques to confirm the validity and reliability of these designs. Materials and Methods. On the basis of literature data and regulated survey methods, the authors conduct a comparative analysis of different methodological techniques to measure patient satisfaction index using 6 questionnaires most widely used in international and Russian healthcare practice. Results of the study. The analysis of the methodological base of public health care on conducting a survey of the population receiving medical care at different stages of treatment and medical specialization allowed to show a wide list of applied questionnaires in the world and Russian systems of public health care and to reveal the mechanisms of achieving target indicators in different systems of evaluation scale. Conclusion. The issues of improving the methods of studying and assessing patient satisfaction with medical care and the quality of patient-physician interaction in scientific practice are not presented in a wide selection and using validation of informative Russian-language versions of international questionnaires for extended comprehensive assessment of indicators of change in the parameter of the controlled process.

**К е y w o r d s:** *survey methods, patient satisfaction, effective medicine*

**For citation:** Kuznetsova M. A., Vasilyeva T. P., Smbatyan S. M. Methodological approaches to measuring and evaluating patient satisfaction with medical care in a comparative analysis. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(4):11–18. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.002.

## Введение

В рамках реализации «Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации» в утвержденном на федеральном уровне национальном проекте «Здравоохранение» были провозглашены положения об оптимизации работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь<sup>1,2,3,4</sup>. Базовыми принципами работы первичного звена при модернизации сферы здравоохранения стали пациент-ориентированность и ответственность руководства медицинских учреждений за обеспечение приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи.

В современных условиях выявление и решение проблем, направленных на повышение удовлетворенности населения медицинской помощью, определяют необходимость совершенствования внутри-организационных процессов пациент-ориентированной модели здравоохранения. В этом контексте совершенствование методологических подходов и выбор инструментов изучения медико-социальных аспектов повышения удовлетворенности населения медицинской помощью дополняют общую оценку эффективности организаций здравоохранения<sup>5</sup> [1,2] и относится к приоритетным направлениям научных исследований.

Интенсивное развитие новой организационно-структурной формы и достижение эффективного управления персонифицированной моделью здравоохранения стимулировало изучение мнения пациентов, основанных на применении социологических методов исследования. Однако, до настоящего времени не проведена терминологическая систематизация определения, измерения и оценки удовлетворенности пациентов. Определенные исследовательские проблемы также связаны с не разработанностью единой методологии и стандартизованных методов опроса с доступом к более глубоко структурированным данным [3–5].

Kraska et al. [6] изучили четыре измерения удовлетворенности пациентов: медицинское обслуживание, уход за больными, организация и общее впечатление, которые были проанализированы как показатели результатов исследования. Регион, ориентация на прибыль, размер, укомплектованность персоналом на койку и показатели качества считались возможными факторами, влияющими на характеристики больницы. Все проанализированные переменные оказали значительное влияние на параметры удовлетворенности пациентов, но различия в удовлетворенности пациентов были обнаружены в больницах, с разным территориальным расположением. По данным Liu et al. [7], при изучении удовлетворенности медицинской помощью 1458 взрослых госпитализированных пациентов было показано, что пациенты с более высоким уровнем образования были более удовлетворены административным процессом; различия в удовлетворенности также были очевидны в зависимости от гендерной принадлежности и возраста. Больные хроническими заболеваниями существенно не связывали удовлетворенность с административно-территориальным делением медицинской организации. Эти результаты подтверждают, что пациенты чувствительны к важным показателям качества больницы. Mann и et al. [8] обратили внимание на то, что важно рассматривать влияние результатов опроса дифференциро-

<sup>1</sup>Постановление Правительства Российской Федерации от 09.10.2019 № 1304 (ред. от 08.04.2021) «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения». Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72733114/>

<sup>2</sup>Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.02.2019 № 42 «Об утверждении ведомственной целевой программы «Развитие фундаментальной, трансляционной и персонализированной медицины». Available at: <https://base.garant.ru/72178658/>

<sup>3</sup>Указ Президента Российской Федерации от 01 декабря 2016 г. № 642 «О Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации». Available at: <https://base.garant.ru/71551998/>

<sup>4</sup>Указ Президента Российской Федерации от 07 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» и приоритетных проектов стратегического развития Российской Федерации по направлению «Здравоохранение». Available at: <https://base.garant.ru/71937200/>

<sup>5</sup>Стенограмма церемонии открытия новых медицинских объектов в регионах [Электронный ресурс] Москва, 2023. Режим доступа: <http://prezident.org/tekst/stenogramma-ceremonii-otkrytija-novyh-medicinskih-obektov-v-regionah-28-11-2023.html>

ванно по отдельным факторам (данные HSAHPS 2007—2013). В исследованиях Davidson и et al. показано, что показатель удовлетворенности в медицинских организациях можно улучшить за счет обмена передовым опытом [9].

Открытые описательные отзывы пациентов в социальных сетях также могут быть важным источником информации. Регулярно анализируя комментарии пациентов в социальных сетях, руководители медицинских организаций могут быстро выявлять и устранять недостатки в предоставлении медицинских услуг. Этот аспект был подтвержден в исследованиях Chakraborty и Church [10,11]: авторы использовали качественный и количественный методы для оценки комментариев к отзывам о госпитализациях респондентов, свободно обнародованных в социальных сетях, чтобы оперативно отслеживать критические аспекты восприятия пациентами качества медицинских процессов.

Однако, Rastegar-Mojarad et al. [12] указывают на то, что отсутствие отзывов пациентов в социальных сетях может стать серьезным препятствием объективизации данных при применении вычислительных методов в проспективных исследованиях.

Ряд исследователей в качестве полезного инструмента для мониторинга работы медицинских учреждений и для улучшения медицинского обслуживания населения предлагают внедрение анкетирования пациентов и врачей для оценки удовлетворенности [13—15].

В рамках реализации федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения», входящего в национальный проект «Здравоохранение», утверждена «Методика расчета дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент»<sup>6</sup>, что подчеркивает важность нормативного регулирования и стандартизации методов опроса, в том числе в рамках введения НД «Стандарт системы управления медицинской организацией, направленной на повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью» (2022 г.)<sup>7</sup>.

В разных системах исследовательской оценки удовлетворенности пациентов существуют методологические противоречия из-за отсутствия общепринятой формулировки удовлетворенности пациентов и системы ее измерения. Также, не достигнут общий научный консенсус в отношении теоретических и методических основ изучения удовлетворенности пациентов<sup>8</sup> [16, 17]. Являясь сложной и многомерной конструкцией с многочисленными опре-

деляющими факторами, показатель удовлетворенности в различных условиях зависит от успешного взаимодействия врача и пациента в изучении болезни и опыта болезни, поиска общих подходов к решению возникшей медицинской проблемы и для укрепления здоровья пациента. Это позволяет с особой тщательностью относиться к выбору метода опроса для изучения целевых областей исследования и снижать методологические погрешности при оценке результатов.

## Материалы и методы

На основе литературных данных и регламентированных методов опроса авторы проводят сравнительный анализ разных методических приемов к измерению показателя удовлетворенности пациентов по 6 опросникам, наиболее широко применяемых в международной и российской практике здравоохранения. Определены различия индикаторных параметров исследования, включенные в международный опросник EUROPEP и утвержденную приказом Минздрав России от 19.07.2022г № 495 «Методику расчета дополнительного показателя „Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент“».

## Результаты и обсуждение

Методологический разрыв между полученными данными может быть значительный, а механизмы для формирования информационной обратной связи по улучшению качества медицинских услуг недостаточными или неадекватными реальной ситуации при неточном выборе методического инструмента для изучения мнения населения о качестве оказанной медицинской услуги.

Наиболее широко применяемые в научных исследованиях и практике 6 проверенных инструментов опроса в большей степени соответствуют критериям оценки пациентами своего опыта работы с конкретным врачом.

Согласно общепринятым требованиям, опросники должны быть опубликованы в рецензируемой литературе и соответствовать следующим обязательным процедурам, отвечающим критериям включения:

- заполняются пациентами;
- оценивают практикующих врачей в ПМСП;
- имеют возможность оценить отдельных врачей для обратной связи по результатам опроса.

Опросники исключаются из рекомендаций для применения, если содержат любое из следующего:

- заполнены коллегами, наблюдателями или третьими лицами;
- оценивали студентов-медиков, медсестер или немедицинских работников;
- ограничены оценкой организационной работы.

<sup>6</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации 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». Available at: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_428894/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_428894/)

<sup>7</sup> Стандарт системы управления медицинской организацией, направленный на повышение Удовлетворенности пациентов медицинской помощью (СТИМУЛ). Available at: <https://mednet.ru/napravleniya/rabota-s-udovletvorennostyu/>

<sup>8</sup> Mirror, Mirror2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U. S. Health Care New York: The Commonwealth Fund, 2017. Available at: <https://interactives.commonwealthfund.org/2017/july/mirror-mirror/>

Наиболее широко в международной практике применяют следующие опросники:

1. Опросник удовлетворенности консультациями (CSQ)
2. Опросник общей врачебной практики (CEP)
3. Опросник общей врачебной практики (GPAS, теперь GPAQ)
4. Опросник общей/семейной практики (EUROPEP)
5. Опросник по улучшению практики (IPQ)
6. Опрос для конкретного поставщика услуг (PSS)

Эти опросники соответствуют критериям включения, на платформе которых пациенты оценивают работу врача.

#### *Опросник удовлетворенности консультацией (CSQ)*

CSQ из 18 пунктов был разработан Baker et al. в 1990 г. [18,19], на основе которого проводят количественную оценку удовлетворенности пациента на конкретном приеме врача по 4 аспектам: общая удовлетворенность, профессиональная помощь, глубина отношений и достаточности времени.

Для оценки организационных показателей применяют «Опросник удовлетворенности хирургией». Хронически больные пациенты оценивают общую практику.

*Опросник CEP*, разработанный Wensing et al., [20] — содержит 51 пункта анкеты для оценки 10 показателей по уходу за пациентом. в котором сочетаются элементы оценки уровня организации и практики врача (назначения / чрезвычайные ситуации, помещения, преемственность, сотрудничество, медицинское обслуживание, компетентность / точность, отношения и общение, конфиденциальность, информация, советы и поддержка).

#### *Анкета для оценки общей практики (GPAS)*

GPAS, теперь GPAQ, представляет собой анкету из 53 пунктов для оценки пяти областей помощи: доступность, техническая компетентность, эффективное общение врачей общей практики, межличностные способности врачей общей практики и эффективная организация помощи [21, 22]. Он представляет собой сочетание организационной и «обычной врачебной» оценки, которая не обязательно относится к конкретному посещению. Более короткий GPAQ из 36 пунктов имеет почтовую версию, которая не привязана к посещению, и версию после консультации, которая привязана к посещению.

#### *Опросник по улучшению практики (IPQ)*

IPQ представляет собой анкету из 27 пунктов, объединяющую оценку двух компонентов медицинской помощи: анкеты врачебных навыков межличностного общения (DISQ) и вопросов обслуживания, связанных с доступом и окружающей средой [23]. В Опроснике сочетаются организационные и индивидуальные оценки посещений медицинской организации.

#### *Опрос для конкретного врача (PSS)*

PSS представляет собой шкалу из 34 пунктов, сочетающую в себе оценку пяти аспектов оказания помощи при каждом посещении: запись на прием, прибытие в кабинет и регистрация, ожидание приема у врача, обслуживание персоналом, не являющимся основным врачом, и прием у врача [24, 25].

Кроме опросника CSQ общая тематика других опросников представляет собой попытку сочетания всех аспектов деятельности медицинской службы. Известно, что четкая маркировка вопросов является методическим приемом разделения областей оценки и способом перекрестного опроса применяется для ограничения предвзятости пациентами, не связанной с открытой информацией о предмете обсуждения — организация или конкретный врач.

За исключением опросников CEP и IPQ, цели индивидуальной обратной связи по оценочным шкалам в них методически трудноразличимы и эти опросники применяют для сравнительного анализа тенденций улучшения / ухудшения формирующихся показателей.

За исключением первоначального варианта опросника CSQ, остальные инструменты основаны на реализации задач исследования по суммарной оценке качества организации медицинской помощи и индивидуальной оценке врачебной работы. Такой подход затрудняет интерпретацию результатов опроса.

#### *EUROPEP*

Инструмент EUROPEP представляет собой анкету из 23 пунктов для оценки пяти аспектов помощи: отношения и общение, медицинская помощь, информация и поддержка, преемственность и сотрудничество, доступ и условия [26, 27]. Опросник позволяет сочетать внутриорганизационную практику МО с индивидуальной оценкой практикующего врача за последние 12 месяцев.

Перечень опросников, использованных в анализе, прошли валидацию в Европе и в США в качестве инструмента опроса для оценки качества первичной и специализированной помощи в условиях стационара на организационном и индивидуальном уровнях.

Опыт работы с отдельными клиницистами позволяют коррелировать индивидуальную работу врачей и совершенствовать оценку эффективности медицинской деятельности. Если эти оценки обобщать на уровне медицинской организации, они становятся частью «управления эффективностью» на основе стандартизированного управления инструментами, выборки и инвестиций в сравнительный анализ [28]. При этом ни один из этих инструментов в качестве формирующей или итоговой оценки не соответствует универсальному целеполаганию опроса и первоначально были разработаны для оценки эффективности первичной медико-санитарной помощи или учреждений амбулаторного приема с потенциалом, направленным на выявление «неэффективных» врачей. Очень скромная корреля-

ция была обнаружена между баллами DISQ и экспертной оценкой врачей с высшим образованием [29].

В рамках исследовательской работы проведен сравнительный анализ структуры двух опросников: приложения № 2 к приказу Минздрав России от 19.07.2022 г. № 495 «Методика расчета дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» (далее Методика) в составе «Правила проведения выборочного опроса респондентов по вопроснику «Удовлетворенность населения медицинской помощью» и международного опросника EUROPEP (далее EUROPEP).

Получены следующие данные.

Методика содержит 21 пункт опроса:

1) метрическая часть включает 4 пункта для указания пола, возраста, населенного пункта, региона, наименования медицинской организации, организационно-правовой формы медицинской организации;

2) основная часть содержит 16 пунктов оценочных вопросов, ответы на которые категорированы качественным определением степени удовлетворенности, в том числе в региональных медицинских организациях:

- абсолютно не удовлетворен;
- по большей части не удовлетворен;
- скорее не удовлетворен;
- скорее удовлетворен;
- по большей части удовлетворен;
- абсолютно удовлетворен
- о технической доступности вызовов врача -1 пункт
- уточняющие сведения — 2 пункта — о функциональных возможностях медицинских организаций, доступности медицинской помощи для лиц с ограниченными возможностями с градацией ответов:

а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить

Согласно указаниям Методики, мнение пациентов о проблемах в получении медицинской помощи в медицинской организации по месту прикрепления и на уровне региона излагаются в свободной форме.

В Правилах репрезентативность выборки для проведения опроса в субъектах Российской Федерации рассчитывается отдельно по-городскому и сельскому населению, по полу и по возрастам.

Инструмент EUROPEP в русскоязычной версии впервые упоминается в научной работе Одринского В. А. (г. Запорожье, Украина, 2014) [30].

EUROPEP структурно разделен на 5 тематических раздела (блоков), каждый из которых содержит разное количество вопросов, всего 23.

— Блок «Взаимодействие врач-пациент» состоит из 6 вопросов, и относятся к области оценки личного восприятия относительно достаточности отведенного времени для консультации, проявления заинтересованности (участия) в личной ситуации пациента, степени доверительного разговора, о вовлечении в процесс принятия решения, оценка внимательно-

сти врача, мнение о степени обеспечения врачом конфиденциальности записи о полученной информации;

— Блок «Медпомощь» формирует 5 вопросов для индивидуальной оценки соответствия ожидаемого уровня взаимодействия пациента с врачом: тщательности обследования и проведения осмотра, об облегчении состояния и возможности продолжить обычную деятельность, о проведении профилактических обследований;

— Блок «Информация и поддержка» — 4 вопроса относительно оценки полноты объяснения врачом целей обследования, анализов и лечения, симптомов заболевания и эмоциональной поддержки и важности выполнения врачебных советов;

— Блок «Организация» в 2-х вопросах характеризует мнение пациента о подготовленности врача к приему и достаточной подготовке пациента к стационарному лечению или обследованию у других специалистов;

— Блок «Доступность» состоит из 6 вопросов, ответы на которые раскрывают эмоциональное восприятие пациентов отношение медицинского персонала, доступность записи на прием в удобное время, возможность получения помощи при неотложных проблемах со здоровьем, записи по телефону, консультаций по телефону, времени ожидания на прием.

Ответы на вопросы оцениваются в бальной системе, от 1 до 5 баллов.

Таким образом, сравнение содержательной части двух опросников позволило выделить 72,7% совпадений по 11 пунктам опроса, что свидетельствует о высокой сопоставимости результатов опроса для общей и ситуационной оценки удовлетворенности пациентов медицинской помощью:

- об удовлетворенности удобным временем записи к врачу;
- о сроках получения медицинской помощи;
- о времени ожидания приема врача;
- об удовлетворенности отношением врача;
- об удовлетворенности полученным объемом информации от врача;
- о соответствии ожидания и результата обращения за медицинской помощью;
- об оценке решения медицинской проблемы;
- о наличии сложности при вызове врача на дом.

Сопоставление оценочных результатов опроса пациентов по EUROPEP с литературными данными [31—33], позволила нам верифицировать полученные **результаты** для формулирования общего заключения об удовлетворенности пациентов в пилотном проекте на базе медицинских организаций Московской области [34].

## Заключение

Показано, что изучение общественного мнения находится в области политики управления качеством медицинской организации и в зависимости

от формы администрирования и репрезентативной выборки первичных данных выбор метода опроса должен соответствовать поставленной задаче исследования / аудита. Анализ методической базы здравоохранения по проведению опроса населения, получающих медицинскую помощь на разных этапах обращения и врачебной специализации, позволил показать широкий перечень применяемых опросников в мировой и российской системах общественно-здравоохранения и выявить механизмы достижения целевых показателей в разных системах оценочных шкал. Вместе с тем, недостаточно данных о том, как баллы пациентов коррелируют с другими оценками практикующего врача, что требует дополнительной работы над конструктивной валидностью.

Итоговая оценка результатов опроса удовлетворенности медицинской помощью населения согласно утвержденной «Методики расчета дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» основана на суммировании однотипных ответов и их сравнении по значениям «количество «положительных» и «отрицательных» ответов респондентов» и математического обобщения на региональном и федеральном уровнях системы здравоохранения.

Международный стандартизированный опросник EUROPEP настроен на количественную оценку в балльной системе по блокам ответов и статистическую обработку полученных данных. Это позволяет использовать первичные данные не только для обобщения общих показателей, но также для углубленного анализа связей между параметрами опроса и сравнительного анализа их изменений при повторных (контрольных) опросах.

Таким образом, вопросы совершенствования методов изучения и оценки удовлетворенности пациентов медицинской помощью и качества взаимодействия пациента и врача в научной практике не представлены в широком выборе с использованием механизмов валидации информативных русскоязычных версий международных опросников и расширенной комплексной оценкой индикаторов, получаемой при использовании отечественных методов количественной оценки.

В этой связи необходимо продолжение исследований по разработке методических приемов, направленных на детализацию эффективных процессов и оценку факторов усиления обратной связи как оценочного критерия самого инструмента опроса.

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009;374(9702):1714—1721. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61424-0
- Welle D, Trockel MT, Hamidi MS, et al. Association of Occupational Distress and Sleep-Related Impairment in Physicians With Unsolicted Patient Complaints. *Mayo Clin Proc*. 2020;95(4):719—726. DOI: 10.1016/j.mayocp.2019.09.025
- Chumbler, N. R. Otani K., Desai S. P. et al. Hospitalized Older Adults' Patient Satisfaction: Inpatient Care Experiences. *SAGE Open*. 2016;6(2):2158244016645639. DOI: 10.1177/2158244016645639
- Hu L, Ding H, Liu S, Wang Z, Hu G, Liu Y. Influence of patient and hospital characteristics on inpatient satisfaction in China's tertiary hospitals: A cross-sectional study. *Health Expect*. 2020;23(1):115—124. DOI: 10.1111/hex.12974
- Yin T, Yin DL, Xiao F, et al. Socioeconomic status moderates the association between patient satisfaction with community health service and self-management behaviors in patients with type 2 diabetes: A cross-sectional survey in China. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(22):e15849. DOI: 10.1097/MD.00000000000015849
- Kraska RA, Weigand M, Geraedts M. Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany. *Health Expect*. 2017;20(4):593—600. DOI: 10.1111/hex.12485
- Liu M, Hu L, Guo R, et al. The Influence of Patient and Hospital Characteristics on Inpatient Satisfaction at Beijing District-Level Hospitals. *Patient Prefer Adherence*. 2021;15:1451—1460. DOI: 10.2147/PPA.S314910
- Mann RK, Siddiqui Z, Kurbanova N, Qayyum R. Effect of HCAHPS reporting on patient satisfaction with physician communication. *J Hosp Med*. 2016;11(2):105—110. DOI: 10.1002/jhm.2490
- Davidson KW, Shaffer J, Ye S, et al. Interventions to improve hospital patient satisfaction with healthcare providers and systems: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2017;26(7):596—606. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004758
- Chakraborty S, Church E. M. Patient hospital experience and satisfaction on social media. *IJQSS*. 2021;13(3):417—432. DOI: 10.1108/IJQSS-02-2020-0014
- Chakraborty S, Church E. M. Social media hospital ratings and HCAHPS survey scores. *JHOM*. 2020; 34(2):162—172. DOI: 10.1108/JHOM-08-2019-0234
- Rastegar-Mojarad M, Ye Z, Wall D, Murali N, Lin S. Collecting and Analyzing Patient Experiences of Health Care From Social Media. *JMIR Res Protoc*. 2015;4(3):e78. DOI: 10.2196/resprot.3433
- Покида А. Н., Зыбуновская Н. В. Здоровье в восприятии россиян и реальные медицинские практики. *Здоровье населения и среда обитания — ЗНУСО*. 2021;(7):19—27. DOI: 10.35627/2219—5238/2021-29-7-19-27
- Черкасов М. А., Черный А. Ж., Шубняков И. И. Комплексная оценка качества медицинской помощи с точки зрения пациента. *Новости Хирургии*. 2019;7(1):49—58. DOI: 10.18484/2305—0047.2019.1.49
- hun S, Halsteinli V, Løvseth L. A study of unreasonable illegitimate tasks, administrative tasks, and sickness presenteeism amongst Norwegian physicians: an everyday struggle? *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):407. DOI: 10.1186/s12913-018-3229-0
- Суслин, С. А. Вавилов А. В., Гинятулина Р. И. Удовлетворенность пациентов городской многопрофильной больницы медицинским обслуживанием. *Исследования и практика в медицине*. 2018;5(4):118—125. DOI: 10.17709/2409-2231-2018-5-4-12
- Ejlertsson L, Heijbel B, Ejlertsson G, Andersson I. Recovery, work-life balance and work experiences important to self-rated health: A questionnaire study on salutogenic work factors among Swedish primary health care employees. *Work*. 2018;59(1):155—163. DOI: 10.3233/WOR-172659
- Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract*. 1990;40(341):487—490.
- Baker R, Whitfield M. Measuring patient satisfaction: a test of construct validity. *Qual Health Care*. 1992;1(2):104—109. DOI: 10.1136/qshc.1.2.104
- Wensing, M., Grol, R., Weel, C. V., Felling, A. Quality assessment using patients' evaluations of care. *European Journal of General Practice*. 1998;4(4):155—158. DOI: 10.3109/13814789809160811
- Keating XD, Zhou K, Liu X, et al. Reliability and Concurrent Validity of Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ): A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(21):4128. DOI: 10.3390/ijerph16214128
- Ramsay J, Campbell JL, Schroter S, Green J, Roland M. The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. *Fam Pract*. 2000;17(5):372—379. DOI: 10.1093/fampra/17.5.372
- Greco, M., Powell R. O.Y., Sweeney K. et al. The Improving Practice Questionnaire (IPQ): a practical tool for general practices seeking patient views. *Education for Primary Care*. 2003;14(4):440—448.
- Epstein KR, Laine C, Farber NJ, Nelson EC, Davidoff F. Patients' perceptions of office medical practice: judging quality through the patients' eyes. *Am J Med Qual*. 1996;11(2):73—80. DOI: 10.1177/0885713X9601100204
- Nelson EC, Gentry MA, Mook KH, Spritzer KL, Higgins JH, Hays RD. How many patients are needed to provide reliable evaluations

- of individual clinicians? *Med Care*. 2004;42(3):259—266. DOI: 10.1097/01.mlr.0000114914.32196.c7
26. Goetz K, Hahn K, Steinhäuser J. Psychometric properties of the Arabic version of the EUROPEP questionnaire. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:1123—1128. DOI: 10.2147/PPA.S169355
27. Vova-Chatzi C, Symvoulakis E, Parpoula C, Sbarouni V, Lionis C. Robustness of the EUROPEP questionnaire as regards data quality, reliability, and construct validity: The Greek experience before and after the economic crisis. *Health Policy*. 2020;124(8):856—864. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.05.021
28. Campbell SM, Hann M, Hacker J, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ*. 2001;323(7316):784—787. DOI: 10.1136/bmj.323.7316.784
29. McKinstry B, Walker J, Blaney D, Heaney D, Begg D. Do patients and expert doctors agree on the assessment of consultation skills? A comparison of two patient consultation assessment scales with the video component of the MRCGP. *Fam Pract*. 2004;21(1):75—80. DOI: 10.1093/fampra/cmh116
30. Одринский В. А. Оценка пациентами врачей общей практики как инструмент повышения качества первичной медико-санитарной помощи. *Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И. П. Павлова*. 2014;(4):68—73.
31. Кузнецова М. А., Васильева Т. П., Зудин А. Б. и соавт. Влияние медико-социальных особенностей пациентов на оценку удовлетворенности качеством медицинской помощи. В кн.: ЗОНТ: здоровье, образование, наука, технологии. Всероссийский междисциплинарный конгресс по непрерывному профессиональному медицинскому образованию работников здравоохранения. М.: ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России; 2023. С. 56—57.
32. Кузнецова М. А., Васильева Т. П. Измерение удовлетворенности пациентов качеством общей врачебной практики: инструмент EUROPEP. В кн.: Материалы XIV Международной научно-практической конференции. Анапа; 2023. С. 9—16.
33. Кузнецова М. А., Васильева Т. П., Зудин А. Б., Аксёнова Е. И., Груздева О. А., Кузнецова К. Ю. Оценка общеврачебной практики в многомерной конструкции удовлетворённости пациентов качеством медицинской помощи. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2023;67(5):411—416. DOI: 10.47470/0044-197X-2023-67-5-411-416
34. Кузнецова М. А., Васильева Т. П., Горенков Р. В. Оценка удовлетворённости населения качеством общей врачебной практики в субъекте Российской Федерации: пилотное исследование. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2023;67(3):223—229. DOI: 10.47470/0044-197X-2023-67-3-223-229
9. Davidson KW, Shaffer J, Ye S, et al. Interventions to improve hospital patient satisfaction with healthcare providers and systems: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2017;26(7):596—606. DOI:10.1136/bmjqs-2015-004758
10. Chakraborty S, Church E. M. Patient hospital experience and satisfaction on social media. *IJQSS*. 2021;13(3):417—432. DOI:10.1108/IJQSS-02-2020-0014
11. Chakraborty S, Church E. M. Social media hospital ratings and HCAHPS survey scores. *JHOM*. 2020; 34(2):162—172. DOI:10.1108/JHOM-08-2019-0234
12. Rastegar-Mojarad M, Ye Z, Wall D, Murali N, Lin S. Collecting and Analyzing Patient Experiences of Health Care From Social Media. *JMIR Res Protoc*. 2015;4(3):e78. DOI:10.2196/resprot.3433
13. Pokida A. N., Zybunovskaya N. V. Health in the Perception of Russians and Real Medical Practices. *Public Health and Life Environment — PH&LE. [Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya — ZNISO]*. 2021;(7):19—27 (in Russian). DOI:10.35627/2219—5238/2021-29-7-19-27
14. Cherkasov M. A., Chernyi A. G., Shubnyakov I. I. Integrated Quality Assessment of Medical Care from Patient's Standpoint. *Surgery News. [Novosti Khirurgii]*. 2019;27(1):49—58 (in Russian). DOI:10.18484/2305—0047.2019.1.49
15. hun S, Halsteinli V, Løvseth L. A study of unreasonable illegitimate tasks, administrative tasks, and sickness presenteeism amongst Norwegian physicians: an everyday struggle? *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):407. DOI:10.1186/s12913-018-3229-0
16. Suslin S. A., Vavilov A. V., Ginnyatulina R. I. PATIENT SATISFACTION OF A CITY MULTI-DISCIPLINARY HOSPITAL WITH MEDICAL CARE. *Research'n Practical Medicine Journal. [Issledovaniya i praktika v meditsine]*. 2018;5(4):118—125 (in Russian). DOI:10.17709/2409-2231-2018-5-4-12
17. Ejlertsson L, Heijbel B, Ejlertsson G, Andersson I. Recovery, work-life balance and work experiences important to self-rated health: A questionnaire study on salutogenic work factors among Swedish primary health care employees. *Work*. 2018;59(1):155—163. DOI:10.3233/WOR-172659
18. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract*. 1990;40(341):487—490.
19. Baker R, Whitfield M. Measuring patient satisfaction: a test of construct validity. *Qual Health Care*. 1992;1(2):104—109. DOI:10.1136/qshc.1.2.104
20. Wensing, M., Grol, R., Weel, C. V., Felling, A. Quality assessment using patients' evaluations of care. *European Journal of General Practice*. 1998;4(4):155—158. DOI:10.3109/13814789809160811
21. Keating XD, Zhou K, Liu X, et al. Reliability and Concurrent Validity of Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ): A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(21):4128. DOI:10.3390/ijerph16214128
22. Ramsay J, Campbell JL, Schroter S, Green J, Roland M. The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. *Fam Pract*. 2000;17(5):372—379. DOI:10.1093/fampra/17.5.372
23. Greco, M., Powell R. O.Y., Sweeney K. et al. The Improving Practice Questionnaire (IPQ): a practical tool for general practices seeking patient views. *Education for Primary Care*. 2003;14(4):440—448.
24. Epstein KR, Laine C, Farber NJ, Nelson EC, Davidoff F. Patients' perceptions of office medical practice: judging quality through the patients' eyes. *Am J Med Qual*. 1996;11(2):73—80. DOI:10.1177/0885713X9601100204
25. Nelson EC, Gentry MA, Mook KH, Spritzer KL, Higgins JH, Hays RD. How many patients are needed to provide reliable evaluations of individual clinicians? *Med Care*. 2004;42(3):259—266. DOI: 10.1097/01.mlr.0000114914.32196.c7
26. Goetz K, Hahn K, Steinhäuser J. Psychometric properties of the Arabic version of the EUROPEP questionnaire. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:1123—1128. DOI:10.2147/PPA.S169355
27. Vova-Chatzi C, Symvoulakis E, Parpoula C, Sbarouni V, Lionis C. Robustness of the EUROPEP questionnaire as regards data quality, reliability, and construct validity: The Greek experience before and after the economic crisis. *Health Policy*. 2020;124(8):856—864. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.05.021
28. Campbell SM, Hann M, Hacker J, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ*. 2001;323(7316):784—787. DOI: 10.1136/bmj.323.7316.784
29. McKinstry B, Walker J, Blaney D, Heaney D, Begg D. Do patients and expert doctors agree on the assessment of consultation skills? A comparison of two patient consultation assessment scales with the video component of the MRCGP. *Fam Pract*. 2004;21(1):75—80. DOI: 10.1093/fampra/cmh116

## REFERENCES

30. Odrinsky V. A. Patients' assessment of general practitioners as a tool to improve the quality of primary health care. *Ros. med.-biol. vestn. im. akad. I. P. Pavlov. [Ros. med.-biol. vestn. im. akad. I. P. Pavlov]*. 2014;(4):68—73 (in Russian).
31. Kuznetsova M. A., Vasilyeva T. P., Zudin A. B. et al. The influence of medical and social characteristics of patients on the assessment of satisfaction with the quality of medical care. In the book: ZONT: health, education, science, technology. All-Russian Interdisciplinary Congress on Continuing Professional Medical Education of Healthcare. Moscow: Workers «Russian Medical Academy of Continuing Professional Education» of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2023. P. 56—57 (in Russian).
32. Kuznetsova M. A., Vasilyeva T. P. Measuring patient satisfaction with the quality of general medical practice: the EUROPEP tool. In: Proceedings of the XIV International Scientific and Practical Conference. Anapa; 2023. P. 9—16 (in Russian).
33. Kuznetsova M. A., Vasilyeva T. P., Zudin A. B., Aksenova E. I., Gruzdeva O. A., Kuznetsova K. Yu. Assessment of general medical practice in a multidimensional design of patient satisfaction with the quality of medical care. *Health care of the Russian Federation. [Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii]*. 2023;67(5):411—416 (in Russian). DOI:10.47470/0044-197X-2023-67-5-411-416
34. Kuznetsova M. A., Vasilyeva T. P., Gorenkov R. V. Assessment of population satisfaction with the quality of general medical practice in the subject of the Russian Federation: pilot investigation. *Health care of the Russian Federation. [Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii]*. 2023;67(3):223—229 (in Russian). DOI: 10.47470/0044-197X-2023-67-3-223-229

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

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

Статья поступила в редакцию 19.07.2024; одобрена после рецензирования 27.08.2024; принята к публикации 18.11.2024. The article was submitted 19.07.2024; approved after reviewing 27.08.2024; accepted for publication 18.11.2024.

Научная статья

УДК 616.248:614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.003

## Оценка удовлетворенности медицинских работников организацией социально-гигиенического мониторинга пациентов с бронхиальной астмой

Лариса Леонидовна Гиндюк<sup>1</sup>, Ирина Николаевна Мороз<sup>2</sup>

<sup>1–2</sup>Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

<sup>1</sup>Asiragull@rambler.ru, <https://orcid.org/0009-0004-5262-0356>

<sup>2</sup>moroz\_iri@bk.ru, <http://orcid.org/0000-0002-7430-3237>

**Аннотация.** В статье приведена оценка удовлетворенности медицинскими работниками организацией социально-гигиенического мониторинга за состоянием здоровья пациентов группы риска развития бронхиальной астмы и пациентов с бронхиальной астмой. Определены наиболее важные мероприятия организации социально-гигиенического мониторинга, влияющие на качество жизни пациентов с бронхиальной астмой и формирование потребности в медицинской помощи.

**Ключевые слова:** Удовлетворенность. Социально-гигиенический мониторинг. Бронхиальная астма. Медицинский работник.

**Для цитирования:** Гиндюк Л. Л., Мороз И. Н. Оценка удовлетворенности медицинских работников организацией социально-гигиенического мониторинга пациентов с бронхиальной астмой // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 19–24. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.003.

Original article

## Assessment of satisfaction of healthcare workers with the organization of social and hygienic monitoring of patients with bronchial asthma

Larysa L. Hindziuk<sup>1</sup>, Irina N. Moroz<sup>2</sup>

<sup>1–2</sup>Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

<sup>1</sup>Asiragull@rambler.ru, <https://orcid.org/0009-0004-5262-0356>

<sup>2</sup>moroz\_iri@bk.ru, <http://orcid.org/0000-0002-7430-3237>

**Annotation.** The article provides an assessment of the satisfaction of healthcare workers with the organization of social-hygienic monitoring of the health status of patients at risk of developing bronchial asthma and patients with bronchial asthma. The most important measures for organizing social-hygienic monitoring that affect the quality of life of patients with bronchial asthma and the formation of the need for medical care have been identified

**Keywords:** Satisfaction. Social-hygienic monitoring. Bronchial asthma. Medical worker.

**For citation:** Hindziuk L. L., Moroz I. N. Assessment of satisfaction of healthcare workers with the organization of social and hygienic monitoring of patients with bronchial asthma. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(4):19–24. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.003.

### Введение

Большинство медико-социологических исследований в области качества медицинской помощи, посвящены изучению вопросов удовлетворенности медицинских работников и населения, и включают: оценку ресурсов, процесса и результатов ее предоставления [1–6]. С точки зрения А. Donabedian, предложившего триаду обеспечения и оценки качества медицинской помощи, медицинские работники играют одну из ключевых ролей в решении проблем охраны здоровья населения, реализации концепции пациент-ориентированного здравоохранения, направленной на удовлетворение потребности пациентов в качественной и доступной медицинской помощи, которая отражает степень соответствия реальных условий ее оказания ожиданиям пациен-

та, сформированными под влиянием социокультурных, экономических факторов, а также личного опыта каждого потребителя медицинских услуг [7].

Следует отметить, что одним из приоритетных направлений сохранения здоровья населения (особенно детского), включая обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия территории, является социально-гигиенический мониторинг (далее — СГМ), направленный на раннее выявление донологических состояний нарушения здоровья и их факторов риска, заболеваний, обусловленных факторами среды обитания, и влияющий на формирование потребности населения в медицинской помощи [8–11]. Многочисленные исследования в области СГМ в большей степени посвящены оценке влияния факторов среды на здоровье, методологии анализа и оценки влияния факторов среды на здо-

ровье, в т.ч. использованию показателей качества жизни населения в системе СГМ, обеспечению информационными ресурсами и др. [12, 13]. Вместе с тем, исследований качества организации СГМ, основанного на оценке удовлетворенности медицинских работников его осуществлением пациентам с БА (далее — БА) не проводились [14, 15].

### Цель исследования

Оценка удовлетворенности медицинских работников организацией идентификации факторов риска и взаимодействия организаций здравоохранения по контролю за состоянием здоровья пациентов группы риска развития БА и пациентов с БА в рамках осуществления СГМ.

### Материалы и методы

При проведении исследования использовались социологические и статистические методы исследования. Была разработана анкета по изучению мнения врачей-специалистов по вопросам организации СГМ состояния здоровья детского населения с БА, проживающего в городских условиях. Было получено положительное заключение эксперта на разработанную анкету как инструментария, соответствующего требованиям проведения социологического исследования.

Структура анкеты включает 3 блока:

- блок 1 содержит вопросы, касающиеся социально-демографического статуса респондентов (пол, возраст, место работы и должность, наличие квалификационной категории, стаж работы в системе здравоохранения и по специальности);
- блок 2 содержит вопросы, касающиеся оценки важности мероприятий организации СГМ (организация наблюдения за состоянием здоровья пациента, организация наблюдения за факторами окружающей среды и за условиями жизнедеятельности пациента, идентификация окружающих факторов, оказывающих вредное воздействие на пациента, идентификация факторов риска БА, прогнозирование состояния здоровья пациента, использование современных информационных технологий для обеспечения мониторинга, взаимодействие между организациями здравоохранения (далее — ОЗ) и Центрами гигиены и эпидемиологии (далее — ЦГиЭ), взаимодействие с пациентом и его семьей, информирование заинтересованных лиц о результатах мониторинга, ведение базы данных о состоянии здоровья пациента и о состоянии окружающей среды, подготовка предложений по устранению выявленных воздействий и оценка этих мероприятий);
- блок 3 содержит вопросы оценки удовлетворенности медицинских работников организацией СГМ за состоянием здоровья пациента с БА, включая пациентов группы риска развития БА, пациентов с БА и их семьи.

Оценка важности мероприятий организации СГМ респондентами осуществлялась на основании

балльной шкалы, где значение 1 балл соответствовало «очень низкой оценке», 2 балла — «низкой», 3 балла — «средней», 4 балла — «высокой», 5 баллов — «очень высокой оценке». Рейтинг значимости мероприятий СГМ определялся по удельному весу респондентов, оценивших важность данных мероприятий выше среднего, значение оценки которых соответствовали 4 и 5 баллам (высокая и очень высокая оценка).

Оценка удовлетворенности респондентов проводимыми мероприятиями СГМ за состоянием здоровья пациентов группы риска развития БА и пациентов с БА осуществлялась по критериям на основе балльной шкалы, уровень которой измерялся от 1 до 5 баллов, где 1 балл соответствовал «очень низкому уровню оценки», 2 балла — «низкому уровню», 3 балла — «среднему», 4 балла — «высокому» и 5 баллов — «очень высокому уровню». Общий уровень удовлетворенности мероприятиями СГМ за состоянием здоровья пациентов группы риска развития БА и пациентов с БА, удовлетворенности идентификацией факторов риска за состоянием здоровья пациента с БА; удовлетворенности уровнем взаимодействия между медицинскими работниками по мониторингу БА, факторов и групп риска рассчитывался как сумма критериев оценки, выраженная в баллах, деленная на количество критериев.

Объектом исследования были врачи-гигиенисты ЦГиЭ; врачи-специалисты, работающие в учреждениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях детскому населению. Объем исследования составил 403 респондента, который соответствует исследованию повышенной точности (при уровне значимости:  $p=0,05$ ) по методике К. А. Отделновой [16, 17]. В исследовании приняли участие 22,6% врачей-гигиенистов, 73,4% врачей-педиатров и 4% руководителей ОЗ. Среди респондентов 37% не имели квалификационную категорию, 63% имели квалификационную категорию, в т.ч. 26,3% — вторую, 31% — первую и 5,7% — высшую.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием параметрических и непараметрических методов исследования, в том числе методов описательной статистики, оценки достоверности (Chi-square test:  $\chi^2$ ,  $p$ ). Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10».

### Результаты

Наиболее важными мероприятиями организации СГМ за состоянием здоровья пациента с БА по мнению респондентов были: идентификация факторов риска БА (71,7%) и организация наблюдения за состоянием здоровья пациента (70,1%), в рейтинге значимости они заняли 1-е и 2-е место. Удельный вес респондентов, оценивших важность данных мероприятий выше среднего достигал почти 70%. Менее важными мероприятиями СГМ за состоянием здоровья пациента с БА по мнению респондентов были: ведение базы данных о состоянии окружающей среды (49,8%) и взаимодействие между ОЗ ре-

Таблица 1

## Общий уровень удовлетворенности мероприятиями СГМ, (%)

Мероприятия социально-гигиенического мониторинга	Оценка			Итого
	ниже среднего	средний	выше среднего	
Мероприятия при работе с пациентами группы риска развития бронхиальной астмы	24,2%	57,1%	18,7%	100,0%
Мероприятия по идентификации факторов и групп риска бронхиальной астмы	27,3%	59,9%	12,8%	100,0%
Взаимодействия между медицинскими работниками по мониторингу бронхиальной астмы, факторов и групп риска	36,2%	46,9%	16,9%	100,0%
Статистическая значимость различия (Chi-square test: $\chi^2$ , p)	$\chi^2 = 20,18$ , p<0,01			

спондента и ЦГиЭ (48,4%), рейтинг которых составил 14-е и 15-е место. Удельный вес респондентов, оценивших важность данных мероприятий выше среднего, достигал менее 50 %.

Результаты исследования показали наиболее низкий уровень общей удовлетворенности респондентов мероприятиями СГМ при организации работы с пациентами группы риска развития БА, идентификацией факторов и групп риска БА, взаимодействием между медицинскими работниками по мониторингу БА, факторов и групп риска (таблица 1). Общий уровень удовлетворенности ниже среднего отмечался у 24,2% респондентов при оценке организации работы с пациентами группы риска развития БА, у 27,3% — по идентификации факторов и групп риска БА, у 36,2% — по взаимодействию между медицинскими работниками по мониторингу БА, факторов и групп риска.

Удовлетворенность респондентов мероприятиями СГМ при организации работы с пациентами группы риска развития БА осуществлялась по следующим критериям: диагностика, лечение начальных проявлений, диспансеризация пациентов, первичная медицинская профилактика и медицинская реабилитация (таблица 2).

Уровень удовлетворенности мероприятиями СГМ при организации работы с пациентами группы риска развития БА статистически значимо различался в зависимости от критериев оценки ( $\chi^2 = 44,4$ , p<0,001). Установлено, что при работе с пациентами группы риска развития БА медицинские работники отметили наибольшую удовлетворенность проведением мероприятий диспансеризации, а наименьшую — при проведении первичной медицинской профилактики. Удельный вес респондентов, оценивших проведение мероприятий диспансеризации выше среднего составил 44%, ниже среднего — 10,1%. Удовлетворенность проведением первичной медицинской профилактики выше среднего отмечалась у 29,6% респондентов, ниже среднего — у 19,9%.

Оценка удовлетворенности респондентов проведением мероприятий по идентификации факторов и групп риска БА осуществлялась по критериям: пренатальный период развития ребенка (наследственная предрасположенность); постнатальный

период развития ребенка и первого года жизни; период появления первых клинических проявлений аллергии; период предупреждения клинических проявлений БА у детей с высоким риском развития атопии; мониторинг симптомов, обострений и приступов БА врачом-специалистом и пациентом (семьей); контроль триггеров симптомов, обострений и приступов БА врачом-специалистом и пациентом (семьей); ведение дневника/опросника пациентом для контроля обострений, приступов и симптомов БА. Уровень удовлетворенности мероприятиями по идентификации факторов и групп риска БА статистически значимо различался в зависимости от критериев оценки ( $\chi^2 = 174,9$  p<0,001).

Наиболее высокий уровень удовлетворенности медицинских работников отмечается при оценке критериев, касающихся периода появления первых клинических проявлений аллергии, мониторинга симптомов, обострений и приступов БА врачом-специалистом, так считают 42,1% и 40,8% респондентов, оценивших данные критерии выше среднего (таблица 3). Наиболее низкий уровень удовлетворенности респондентов отмечается при оценке критериев, касающихся ведения дневника/опросника пациентом для контроля обострений, приступов и симптомов БА и контроля триггеров симптомов, обострений и приступов БА пациентом. Удельный вес респондентов, оценивших ниже среднего организацию наблюдения пренатального периода развития ребенка, постнатального периода развития ребенка и первого года жизни, контроля триггеров симптомов, обострений и приступов БА пациентом, ведение дневника/опросника пациентом для контроля обострений, приступов и симптомов БА был статистически значимо выше, чем удельный вес респондентов при оценке других критериев, и, соответственно, составил 16,1%, 15,8%, 17,1% и 37,5%

Установлено, что удовлетворенность респондентов проведением «мониторинга и контроля за триггерами симптомов, обострений и приступов БА врачами-специалистами» была выше, чем удовлетворенность респондентов проведением этих же мероприятий пациентами и их семьями, что требует принятия определенных управленческих решений при организации работы по взаимодействию с пациентами. Удельный вес респондентов, оценивших выше среднего мониторинг симптомов и контроль

Таблица 2

## Оценка удовлетворенности респондентов мероприятиями СГМ при организации работы с пациентами группы риска развития БА, %

Критерии оценки	Оценка			Итого
	ниже среднего	средний	выше среднего	
Диагностика	11,1%	55,2%	33,7%	100,0%
Лечение начальных проявлений	8,5%	48,6%	42,9%	100,0%
Диспансеризация пациентов	10,1%	45,9%	44,0%	100,0%
Первичная медицинская профилактика	19,9%	50,5%	29,6%	100,0%
Медицинская реабилитация	16,6%	47,8%	35,6%	100,0%
Статистическая значимость различия (Chi-square test: $\chi^2$ , p)	$\chi^2 = 44,4$ , p<0,001			

Таблица 3

## Оценка удовлетворенности респондентов проведением мероприятий по идентификации факторов и групп риска бронхиальной астмы, %

Критерии оценки	Оценка			Итого
	ниже среднего	средний	выше среднего	
Пренатальный период развития ребенка	16,1%	49,7%	34,2%	100,0%
Постнатальный период развития ребенка и первого года жизни	15,8%	44,7%	39,5%	100,0%
Период появления первых клинических проявлений аллергии	8,9%	49,0%	42,1%	100,0%
Период предупреждения клинических проявлений бронхиальной астмы у детей с высоким риском развития атопии	10,2%	51,6%	38,2%	100,0%
Мониторинг симптомов, обострений и приступов бронхиальной астмы врачом-специалистом	8,9%	50,3%	40,8%	100,0%
Мониторинг симптомов, обострений и приступов бронхиальной астмы пациентом	14,5%	49,0%	36,5%	100,0%
Контроль триггеров симптомов, обострений и приступов бронхиальной астмы врачом-специалистом	8,9%	54,6%	36,5%	100,0%
Контроль триггеров симптомов, обострений и приступов бронхиальной астмы пациентом	17,1%	53,6%	29,3%	100,0%
Ведение дневника/опросника пациентом для контроля обострений, приступов и симптомов бронхиальной астмы	37,5%	45,4%	17,1%	100,0%
Статистическая значимость различия (Chi-square test: $\chi^2$ , p)	$\chi^2 = 174,9$ p<0,001			

триггеров БА врачами-специалистами, соответственно составил 40,8% и 36,5%. Удельный вес респондентов, оценивших выше среднего мониторинг симптомов и контроль триггеров БА пациентами и их семьями, достигал лишь 36,5% и 29,3% соответственно.

Оценка удовлетворенности взаимодействием между медицинскими работниками по мониторингу БА, факторов и групп риска проводилась по 3 критериям: взаимодействие между структурными подразделениями и медицинскими работниками организации, в которой работает специалист, между другими ОЗ и взаимодействие между ОЗ и ЦГиЭ (таблица 4). Следует отметить, что 36,2% респондентов в целом не удовлетворены организацией взаимодействия между медицинскими работниками по

Таблица 4

## Оценка удовлетворенности респондентов взаимодействием между медицинскими работниками по мониторингу БА, факторов и групп риска, %

Критерии оценки	Оценка			Итого
	ниже среднего	средний	выше среднего	
Взаимодействие между структурными подразделениями и медицинскими работниками организации здравоохранения	23,3%	43,9%	32,8%	100,0%
Взаимодействие медицинских работников с другими организациями здравоохранения	25,1%	47,2%	27,7%	100,0%
Взаимодействие между организациями здравоохранения и Центрами гигиены и эпидемиологии	36,3%	40,9%	22,8%	100,0%
Статистическая значимость различия (Chi-square test: $\chi^2$ , p)	$\chi^2 = 22,9$ p<0,001			

мониторингу БА, 36,3% респондентов не удовлетворены организацией взаимодействия между ОЗ и ЦГиЭ, каждый четвертый — между ОЗ, 23,3% респондентов — между структурными подразделениями и медицинскими работниками ОЗ.

Оценили выше среднего взаимодействие между структурными подразделениями и медицинскими работниками ОЗ только 32,8% респондентов, взаимодействие медицинских работников с другими ОЗ — 27,7%, взаимодействие между ОЗ и ЦГиЭ — 22,8%.

## Обсуждение

При изучении удовлетворенности медицинских работников качеством организации СГМ за состоянием здоровья детского населения с БА, проживающего в городских условиях, использовался социологический метод (анкетирование), преимуществами которого являются: доступность, экономичность ресурсов (трудовых и финансовых), объективность и достоверность получения информации (отсутствие влияния интервьюера, формирование объема выборки, обеспечивающей репрезентативность данных), возможность анализа и обобщения [18].

Исследования показали, что наиболее важными мероприятиями организации СГМ за состоянием здоровья пациента с БА респонденты считают «идентификацию факторов риска БА» и «организацию наблюдения за состоянием здоровья пациента». Определение рейтинговой значимости мероприятий необходимо учитывать на различных этапах организации СГМ (от планирования работы с пациентами с БА, особенно с пациентами группы риска развития БА, осуществления диспансеризации, до контроля за соблюдением рекомендаций в рамках медицинской профилактики, лечения, медицинской реабилитации), реализация которых, в конечном счете, влияет на качество оказания медицинской помощи, и качество жизни данных пациентов и их семей.

Уровень общей удовлетворенности респондентов мероприятиями СГМ при организации работы с пациентами группы риска БА, по идентификации факторов и групп риска БА, по взаимодействию между медицинскими работниками по мониторингу БА, факторам и группам риска достаточно низкий и, по-видимому, обусловлен недостатком ресурсов (кадровых и информационных), отсутствием эффективного механизма, координирующего деятельность медицинских работников.

Наиболее низкий уровень удовлетворенности респондентов проведением мероприятий «первичной медицинской профилактики», свидетельствует о сложностях при организации работы с пациентами группы риска развития БА по вопросам предупреждения аллергической сенсibilизации, которая может формироваться у плода со второго триместра беременности [19]. В связи с чем работа с пациентами группы риска развития БА и их семьей должна начинаться не только как можно раньше, но и должна быть основана на координации деятельности медицинских работников ОЗ и ЦГиЭ.

Низкий уровень удовлетворенности респондентов ведением дневника/опросника пациентом для контроля обострений, приступов и симптомов БА и проведением контроля за триггерами симптомов, обострений и приступов БА пациентами и их семьями, по-видимому, с одной стороны связан с пациентом (его недостаточной информированностью, отсутствием мотивации и ответственности за здоровье), с другой стороны — с недостаточно эффективной работой медицинских работников не только в рамках СГМ, но и при осуществлении диспансерного наблюдения (включая патронаж), медицинских осмотров, при оказании медицинской помощи, медицинской реабилитации.

Низкий уровень удовлетворенности респондентов взаимодействием между медицинскими работниками по мониторингу БА свидетельствует о необходимости изменения подходов интеграции и координации деятельности медицинских работников ОЗ и ЦГиЭ в рамках СГМ [20].

### Заключение

Большинство респондентов считают, что наиболее важными мероприятиями СГМ за состоянием здоровья пациента с БА являются организация работы с пациентами группы риска развития БА (70,1%), идентификация факторов риска БА (71,7%), которые необходимо учитывать при организации СГМ.

Низкий уровень общей удовлетворенности респондентов мероприятиями СГМ обусловлен в значительной степени организацией работы с пациентами группы риска развития БА, идентификации факторов и групп риска БА, взаимодействия между медицинскими работниками по мониторингу БА, факторов и групп риска, и свидетельствует о необходимости разработки мероприятий, направленных на повышение качества и эффективности осуществления данного процесса. Удовлетворены организацией работы с пациентами группы риска развития БА только 18,7% респондентов, идентификацией факторов и групп риска БА — 12,8%, взаимодействием между медицинскими работниками по мониторингу БА — 16,9% респондентов.

Медицинские работники считают, что при организации работы с пациентами группы риска развития БА, идентификации факторов и групп риска БА особое внимание необходимо уделить вопросам первичной медицинской профилактики, включая минимизацию или полное исключения факторов, оказывающих вредное воздействие на здоровье, повышение информированности и контроля пациентов (их семей) за триггерами симптомов, обострений и приступов БА, за ведением дневника/опросника, формирование у пациентов ответственного отношения к здоровью. Низкий уровень удовлетворенности респондентов организацией взаимодействия между медицинскими работниками по мониторингу БА, включая взаимодействие между структурными подразделениями и медицинскими работниками организации, в которой работает специалист, между другими ОЗ и взаимодействие между

ОЗ с ЦГиЭ, требует принятия управленческого решения по интеграции их деятельности в рамках СГМ.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Бузин В. Н., Михайлова Ю. В., Чухриенко И. Ю., Бузина Т. С., Шикина И. Б., Михайлов А. Ю. Российское здравоохранение глазами населения: динамика удовлетворенности за последние 14 лет (2006—2019): обзор социологических исследований. *Профилактическая медицина*. 2020;23(3):42—47. DOI: 10.17116/profmed20202303142
2. Евстигнеев С. В., Васильев В. В. Анализ мнения среднего медицинского персонала об удовлетворенности работой и качестве оказываемой медицинской помощи. *Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки*. 2016;4(40): 79—93. DOI: 10.21685/2072-3032-2016-4-9
3. Садовой М. А., Кобякова О. С., Деев И. А., Куликов Е. С., Табакаев Н. А., Тюфилин Д. С., Воробьева О. О. Удовлетворенность качеством медицинской помощи: «всем не угодишь» или «пациент всегда прав»? *Бюллетень сибирской медицины*. 2017;16(1):152—161. DOI: 10.20538/1682-0363-2017-1-152—161
4. Суслин С. А., Вавилов А. В., Гиннятулина Р. И., Садреева С. Х. Анализ мнений врачебного персонала о деятельности городской многопрофильной больницы *Вятский медицинский вестник*. 2018;4(60):66—72.
5. Шарафутдинова Н. Х., Халфин Р. М., Мухаммадеева О. Р., Шарафутдинов М. А., Назмиева Л. Р., Борисова М. В., Сайтова З. Р. Причины усталости и неудовлетворенности работой персонала государственных медицинских организаций. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2023;(4):13—18. DOI: 10.25742/NRIPH.2023.04.002
6. Ситникова Т. Н. Оценка удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи на терапевтическом участке. *Университетская медицина Урала*. 2019;2(17):87—89.
7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*. 2005;83(4):691—729. DOI: 10.1111/j.1468—0009.2005.00397.x
8. Кучма В. Р., Гузик Е. О., Седова А. С. Социально-гигиенический мониторинг в сфере гигиены и охраны здоровья детей и подростков: состояние, проблемы, новая концепция развития. *Гигиена и санитария*. 2022;101(6):709—718. DOI: 10.47470/0016-9900-2022-101-6-709-718
9. Савельев С. И., Трухина Г. М., Бондарев В. А., Нахичеванская Н. В. Развитие социально-гигиенического мониторинга на региональном уровне. *Гигиена и санитария*. 2016;95(11): 1033—1036. DOI: 10.18821/0016-9900-2016-95-11-1033-1036
10. Зайцева Н. В., Май И. В., Кирьянов Д. А., Горяев Д. В., Клейн С. В. Социально-гигиенический мониторинг на современном этапе: состояние и перспективы развития в сопряжении с риск-ориентированным надзором. *Анализ риска здоровью*. 2016;(4):4—16. DOI: 10.21668/health.risk/2016.4.01
11. Тихонова И. В., Землянова М. А. Актуализация системы СГМ на основе анализа риска здоровью (муниципальный уровень). *Анализ риска здоровью*. 2019;(4):60—68. DOI: 10.21668/health.risk/2019.4.06
12. Попова А. Ю., Зайцева Н. В., Май И. В. К вопросу об имплементации оценки качества жизни населения в систему социально-гигиенического мониторинга. *Анализ риска здоровью*. 2018;(3):4—12. DOI: 10.21668/health.risk/2018.3.01
13. Попова А. Ю., Кузьмин С. В., Гурвич В. Б., Козловских Д. Н., Романов С. В., Диконская О. В., Малых О. Л., Кузьмина Е. А., Ярушин С. В. Информационно-аналитическая поддержка управления риском для здоровья населения на основе реализации концепции развития системы социально-гигиенического мониторинга в Российской Федерации на период до 2030 года. *Здоровье населения и среда обитания*. 2019;9 (318):4—12. DOI: 10.35627/2219—5238/2019-318-9-4-12
14. Попцова В. А., Назаренко Н. А., Штоколова К. В. Медицинские кадры как основной ресурс повышения качества оказания медицинской помощи. *Региональный вестник*. 2018;1(10):38—40.
15. Стародубов В. И., Щепин О. П., Линденбратен А. Л., Галанова Г. И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. М.: Медицина; 2001. 784 с.
16. Отдельнова К. А. Определение необходимого числа наблюдений в социально-гигиенических исследованиях. *Сб. трудов 2-го ММИ*. 1980;150(6):18—22.

17. Лихванцев В. В., Ядгаров М. Я., Берикашвили Л. Б., Каданцева К. К., Кузовлев А. Н. Определение объема выборки. *Анестезиология и реаниматология*. 2020;(6):77-86. DOI: 10.17116/anaesthesiology202006177
  18. Решетников А. В., Ефименко С. А., Астафьев Л. М. Методика проведения медико-социологических исследований. М.: ГЭОТАР-МЕД; 2003. 96 с.
  19. Минина, Е.С., Новикова В. И. Бронхиальная астма у детей: особенности лечения и реабилитации: монография. Витебск: ВГМУ; 2017. 275 с.
  20. Гиндюк Л. Л., Мороз И. Н. Организация социально-гигиенического мониторинга бронхиальной астмы детского населения в Республике Беларусь. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. 2021;2(107):56—62.
- REFERENCES
1. Buzin V. N., Mikhaylova Y. V., Chukhriyenko I. Y., Buzina T. S., Shikina I. B., Mikhailov A. Y. Russian healthcare through the eyes of the population: dynamics of satisfaction over the past 14 years (2006—2019): review of sociological studies. *Preventive medicine. [Profilakticheskaya Meditsina]*. 2020;23(3):42—47 (in Russian). DOI: 10.17116/profmed20202303142
  2. Evstigneev S. V., Vasil'ev V. V. Analysis of the opinions of nursing staff on job satisfaction and the quality of medical care provided. *News of higher educational institutions. Volga region. Medical Sciences. [Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedeniy. Povolzhskiy region. Meditsinskie nauki]*. 2016;4(40):79—93 (in Russian). DOI: 10.21685/2072-3032-2016-4-9
  3. Sadovoy M. A., Kobayakova O. S., Deev I. A., Kulikov E. S., Tabakaev N. A., Tyufilin D. S., Vorobyeva O. O. Patient satisfaction with medical care. *Bulletin of Siberian Medicine. [Byulleten' sibirskoy meditsiny]*. 2017;16(1):152—161 (in Russian). DOI: 10.20538/1682-0363-2017-1-152—161
  4. Suslin S. A., Vavilov A. V., Ginnyatulina R. I., Sadreeva S. Kh. Analysis of the opinions of medical personnel on the activities of the city multidisciplinary hospital. *Vyatka Medical Bulletin. [Vyatskiy meditsinskiy vestnik]*. 2018;4(60):66—72 (in Russian).
  5. Sharafutdinova N. Kh., Khalifin R. M., Mukhamadeeva O. R., Sharafutdinov M. A., Nazmieva L. R., Borisova M. V., Saitova Z. R. Causes of fatigue and dissatisfaction with the work of staff of government medical organizations. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health. [Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]*. 2023;4(13)—18 (in Russian). DOI: 10.25742/NRIPH.2023.04.002
  6. Sitnikova T. N. Assessment of patient satisfaction with the quality of medical care at the therapeutic site. *University Medicine of the Urals. [Universitetskaya meditsina Urala]*. 2019;2(17):87—89 (in Russian).
  7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*. 2005;83(4):691—729. DOI: 10.1111/j.1468—0009.2005.00397.x
  8. Kuchma V. R., Guzik E. O., Sedova A. S. Social and hygienic monitoring in the field of hygiene and health protection of children and adolescents: state, problems, new concept of development. *Hygiene and Sanitation. [Gigiya i Sanitariya]*. 2022;101(6):709—718 (in Russian). DOI: 10.47470/0016-9900-2022-101-6-709-718
  9. Savelyev S. I., N. V. Trukhina G. M., Bondarev V. A., Nakhichevanskaya N. V. Development of social and hygienic monitoring at the regional level. *Hygiene and Sanitation. [Gigiya i Sanitariya]*. 2016;95(11):1033—1036 (in Russian). DOI: 10.18821/0016-9900-2016-95-11-1033-1036
  10. Zaitseva N. V., May I. V., Kiryanov D. A., Goryaev D. V., Kleyn S. V. Social and hygienic monitoring today: state and prospects in conjunction with the risk-based supervision. *Health risk analysis. [Analiz riska zdorov'yu]*. 2016;(4):4—16 (in Russian). DOI: 10.21668/health.risk/2016.4.01
  11. Tikhonova I. V., Zemlyanova M. A. Social-hygienic monitoring system updating based on health risk analysis (at the municipal level). *Health Risk Analysis. [Analiz riska zdorov'yu]*. 2019;(4):60—68 (in Russian). DOI: 10.21668/health.risk/2019.4.06
  12. Popova A. Yu., Zaitseva N. V., May I. V. On implementation of population life quality assessment into social-hygienic monitoring system. *Health Risk Analysis. [Analiz riska zdorov'yu]*. 2018;(3):4—12 (in Russian). DOI: 10.21668/health.risk/2018.3.01
  13. Popova A. Yu., Kuz'min S. V., Gurvich V. B., Kozlovskikh D. N., Romanov S. V., Dikonskaya O. V., Malykh O. L., Kuz'mina E. A., Yarushin S. V. Information and analytical support for public health risk management based on the implementation of the concept of development of socio-hygienic monitoring system in the Russian Federation for the period until 2030. *Population health and habitat. [Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya]*. 2019;9 (318):4—12 (in Russian). DOI: 10.35627/2219—5238/2019-318-9-4-12
  14. Poptsova V. A., Nazarenko N. A., Shtokolova K. V. Medical personnel as the main resource for improving the quality of medical care. *Regional newsletter. [Regional'nyy vestnik]*. 2018;1(10):38—40 (in Russian).
  15. Starodubov V. I., Shchepin O. P., Lindenbraten A. L., Galanova G. I. Methodological foundations and mechanisms for ensuring the quality of medical care. М.: Medicine; 2001. 784 p. (in Russian).
  16. Otdel'nova K. A. Determination of the required number of observations in social and hygienic studies. *Sat. works of the 2nd MMI. [Sb. trudov 2-go MMI]*. 1980;150(6):18—22 (in Russian).
  17. Likhvantsev VV, Yadgarov MYa, Berikashvili LB, Kadantseva KK, Kuzovlev AN. Sample size estimation. *Russian Journal of Anesthesiology and Reanimatology. [Anesteziologiya i reanimatologiya]*. 2020;(6):77-86 (in Russian). DOI: 10.17116/anaesthesiology202006177
  18. Reshetnikov A. V., Efimenko S. A., Astaf'ev L. M. Methodology for conducting medical and sociological research. М.: GEOTAR-MED; 2003. 96 p. (in Russian).
  19. Minina, E.S., Novikova V. I. Bronchial asthma in children: features of treatment and rehabilitation: monograph. Vitebsk: VSMU; 2017. 275 p. (in Russian).
  20. Hindziuk L. L., Moroz I. N. Organization of social-hygienic monitoring of bronchial asthma of child population in the Republic of Belarus. *Issues of organization and informatization of healthcare. [Voprosy organizatsii i informatizatsii zdavookhraneniya]*. 2021;2(107):56—62 (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 16.02.2024; одобрена после рецензирования 11.06.2024; принята к публикации 18.11.2024. The article was submitted 16.02.2024; approved after reviewing 11.06.2024; accepted for publication 18.11.2024.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.004

## Стратегические задачи противодействия рискам здоровья населению села

Алефтина Александровна Калининская<sup>1✉</sup>, Андрей Владимирович Лазарев<sup>2</sup>,  
София Исааковна Шляфер<sup>3</sup>, Лидия Алексеевна Бальзамова<sup>4</sup>,  
Алексей Александрович Смирнов<sup>5</sup>

<sup>1, 2, 5</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

<sup>3</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России», г. Москва, Российская Федерация;

<sup>4</sup>Институт профессионального образования СамГМУ г. Самара, Российская Федерация

<sup>1</sup>akalininskaya@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6984-6536>

<sup>2</sup>andrey.v.lazarev@gmail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6574-7875>

<sup>3</sup>sofy@yandex.ru <https://orcid.org/0000-0002-8028-6111>

<sup>4</sup>balzamova.lidiya@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9526-0416>

<sup>5</sup>alexsm-v@ya.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0275-2893>

**Аннотация.** Цель исследования. Разработать стратегические задачи противодействия рискам здоровья населению села на основе анализа медико-демографической ситуации и заболеваемости населения села.

**Методы и материалы:** аналитический, статистический, данные Росстата и ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

За все 20 лет (2003—2022 гг.) анализа смертность сельского населения была выше, чем городского, в ковидные годы (2020—2021 гг.) показатели выросли, в 2022 г. снизились и составили соответственно 13,8 и 12,6‰. Рождаемость сельского населения с 2013 г. ежегодно снижается, в 2022 г. составила 8,8‰, ниже городского населения (8,9‰). Показатель заболеваемости (первичной) сельского населения (в 2022 г.) составил 64755,2 на 100 тыс. сельского населения, ниже, чем в РФ в целом (88748,5‰). Более низкие показатели связаны с плохой доступностью медицинской помощи жителям села. В годы пандемии (2020—2022 гг.) заболеваемость (первичная) снизилась по всем классам болезней, кроме болезни органов дыхания, при этом показатели 2022 г. не достигли уровня 2019 г. (доковидный год), что является результатом ухудшения профилактической и диспансерной работы с населением села. В 2022 г. отмечен рост пандемии, показатель заболеваемости COVID-19 в 2020 г. составил 2151,9‰, в 2021 г. вырос до 6056,8 и в 2022 г. увеличился до 6144,2‰. Результаты анализа свидетельствуют о не ослаблении пандемии в РФ в 2022 г. Ранжирование показателей первичной заболеваемости COVID-19 по субъектам РФ (2022 г.) показало разницу в 12,1 раза, что требует углубленного анализа сложившейся ситуации в регионах страны. Противостояние вызовам и угрозам, связанных с коронавирусной инфекцией, определяет значимость усиления диспансерной работы и реабилитации пациентов. При этом необходимо реформирование первичной медико-санитарной помощи в организационном плане и в кадровом обеспечении.

**Ключевые слова:** здравоохранение села, первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), сельское население, смертность, заболеваемость (общая, первичная), субъекты РФ, врачи.

**Для цитирования:** Калининская А. А., Лазарев А. В., Шляфер С. И., Бальзамова Л. А., Смирнов А. А. Стратегические задачи противодействия рискам здоровья населению села // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 25—31. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.004.

Original article

## Strategic tasks of countering health risks for the rural population

Aleftina A. Kalininskaya<sup>1</sup>, Andrey V. Lazarev<sup>2</sup>, Sofia I. Shlyfer<sup>3</sup>, Lidiya A. Balzamova<sup>4</sup>, Alexey A. Smirnov<sup>5</sup>

<sup>1, 2, 5</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

<sup>3</sup>Federal State Budgetary Institution «Central Research Institute of Organization and Informatization of Health Care of the Ministry of Health of Russia», Moscow, Russian Federation;

<sup>4</sup>IPO GBOU «Samara State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Samara, Russian Federation

<sup>1</sup>akalininskaya@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6984-6536>

<sup>2</sup>andrey.v.lazarev@gmail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6574-7875>

<sup>3</sup>sofy@yandex.ru <https://orcid.org/0000-0002-8028-6111>

<sup>4</sup>balzamova.lidiya@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9526-0416>

<sup>5</sup>alexsm-v@ya.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0275-2893>

**Annotation.** Purpose of the study. Develop strategic objectives for countering health risks for the rural population based on an analysis of the medical and demographic situation and morbidity of the rural population.

**Methods and materials:** analytical, statistical, data from Rosstat and the Federal State Budgetary Institution "TsNIIOIZ" of the Ministry of Health of Russia.

© А. А. Калининская, А. В. Лазарев, С. И. Шляфер, Л. А. Бальзамова, А. А. Смирнов, 2024

Over all 20 years (2003—2022) of the analysis, the mortality rate of the rural population was higher than that of the urban population; in the covid years (2020—2021) the figures increased, in 2022 they decreased and amounted to 13.8 and 12.6‰, respectively. The birth rate of the rural population has been decreasing annually since 2013, in 2022 it was 8.8‰, lower than the urban population (8.9‰). The incidence rate (primary) of the rural population (in 2022) was 64755.2 per 100 thousand rural population, lower than in the Russian Federation as a whole (88748.5‰). Lower rates are associated with poor access to medical care for rural residents. During the pandemic years (2020—2022), the incidence (primary) decreased for all classes of diseases, except for respiratory diseases, while the 2022 indicators did not reach the level of 2019 (pre-Covid year), which is the result of deterioration in preventive and dispensary work with the village population. In 2022, an increase in the pandemic was noted; the incidence rate of COVID-19 in 2020 was 2151.9‰, in 2021 it increased to 6056.8 and in 2022 it increased to 6144.2‰. The results of the analysis indicate that the pandemic in the Russian Federation will not weaken in 2022. The ranking of primary incidence rates of COVID-19 by constituent entities of the Russian Federation (2022) showed a difference of 12.1 times, which requires an in-depth analysis of the current situation in the regions of the country. Confronting the challenges and threats associated with coronavirus infection determines the importance of strengthening dispensary work and rehabilitation of patients. At the same time, it is necessary to reform primary health care in organizational terms and in staffing.

**Key words:** rural healthcare, primary health care (PHC), rural population, mortality, morbidity (general, primary), constituent entities of the Russian Federation, doctors.

**For citation:** Kalininskaya A. A., Lazarev A. V., Shlyafar S. I., Balzamova L. A., Smirnov A. A. Strategic objectives of countering health risks for the rural population. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(4):25–31. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.004.

## Введение

В. В. Путин в обращении к Федеральному Собранию обозначил стратегические задачи государственной политики, направленные на здоровьесбережение населения, развитие ПМСП, повышение ее доступности, в первую очередь, для отдельных сельских территорий<sup>1</sup>.

Негативная медико-демографическая ситуация, низкий уровень здоровья населения страны определяют угрозу снижения человеческого капитала и препятствуют экономическому развитию страны.

Медико-демографическая ситуация на селе характеризуется отрицательной миграцией сельского населения. Численность сельского населения, в том числе трудоспособного возраста, снижается. Постарение населения села требует структурных изменений медико-социальной помощи населению [1—3].

Здоровье сельского населения имеет негативную направленность, что требует решения на уровне медико-социальной и экономической политики [4, 5].

Пандемия COVID-19 усугубила проблемы здравоохранения, увеличила показатели смертности населения, в том числе в сельских территориях [6, 7].

Пандемия COVID-19 повысила смертность и повлияла на изменение показателей заболеваемости населения в Российской Федерации, обострила неинфекционные заболевания, повысила неблагоприятные исходы, что свидетельствует о необходимости усиления профилактической и диспансерной работы, а также реабилитации пациентов.

Демографический кризис, связанный с пандемией коронавирусной инфекции, определяет необходимость здоровьесбережения и повышения качества жизни населения, разработки управленческих решений на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Необходимо использование новых организационных форм работы и технологий медицинского обеспечения на региональном и муниципальном уровнях [8—11].

Проблема здравоохранения села — это, главным образом, низкая доступность медицинской помощи

и кадровый дефицит. Необходимо активизировать направление к работе на селе молодых специалистов [12—14].

В ряде исследовательских работ указывается на плохую транспортную доступность медицинской помощи жителям села [15, 16].

В Федеральном проекте РФ (2018 г.) «Укрепление общественного здоровья» и в национальном проекте «Демография»<sup>2</sup> определены задачи разработки и реализации региональных и муниципальных программ здоровьесбережения населения, в том числе сельского.

Анализ источников литературы, касающихся здравоохранения села, определяет необходимость концептуального подхода к организации медицинской помощи сельскому населению в РФ с учетом региональных социально-экономических, географических, медико-демографических и других особенностей территории [17—20].

## Результаты исследования

За последние 20 лет (2003—2022 гг.) численность сельского населения в Российской Федерации сократилась с 38,7 до 37 млн человек.

На рис. 1 представлено распределение постоянного сельского населения по федеральным округам РФ. Наибольшая доля сельских жителей в Приволжском ФО — 21,6%, в Центральном — 19,5%, Южном ФО — 16,6%, Северо-Кавказском ФО — 13,6%, Сибирском ФО — 11,3 и др.

За все 20 лет (2003—2022 гг.) анализа смертность сельского населения была выше, чем городского, и в 2003 г. показатели составляли для жителей села (18,4‰), для городского населения ниже (15,6‰), в ковидные годы (2020—2021 гг.) показатели резко возросли и в последующий (2022 г.) снизились и составили 13,8 и 12,6‰ соответственно (рис. 2).

За тот же 20-летний период рождаемость сельского населения имела тенденцию роста с 11,1‰ (2003 г.) до 14,7‰ (2012 г.), затем показатель еже-

<sup>1</sup>Послание В. В. Путина Федеральному Собранию 29 февраля 2024 г.

<sup>2</sup>Национальная программа Демография. «Паспорт национального проекта «Демография» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 N 16)

Таблица 1

Ожидаемая продолжительность жизни населения Российской Федерации при рождении (число лет)

Наименование показателя	2018	2019	2020	2021	2022
Женщины					
городское население	78,09	78,41	76,61	74,69	78,01
сельское население	76,93	77,39	75,82	73,88	77,1
Мужчины					
городское население	68,11	68,56	66,67	65,63	67,92
сельское население	66,75	67,36	65,97	65,12	66,67
Оба пола					
городское население	73,34	73,72	71,81	70,3	73,12
сельское население	71,67	72,21	70,69	69,31	71,66

Источник: Федеральная служба государственной статистики URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/31293?> (дата обращения 10.04.2024)

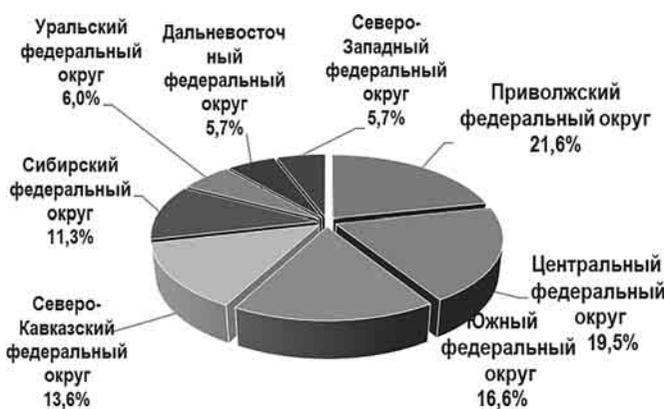


Рис. 1. Распределение постоянного сельского населения по федеральным округам в 2022 г. (в среднем за год, %)

Источник: Федеральная служба государственной статистики URL: [https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Bul\\_MO\\_2023.xlsx](https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Bul_MO_2023.xlsx) (дата обращения 10.04.2024)

годно снижался и в 2022 г. составил 8,8‰, что ниже показателя рождаемости городского населения (8,9‰) (рис. 3).

Ожидаемая продолжительность жизни сельского населения за период (2018—2022 гг.) была ниже, чем городского, и в 2022 г. показатели составили (для сельского населения — 71,7 лет, для городского — 73,1 года) (табл. 1). Анализ показал, что ожида-

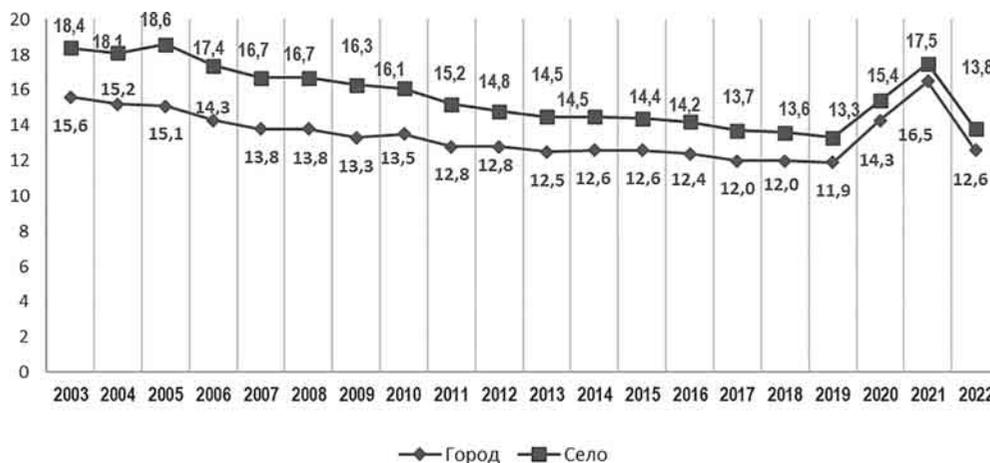


Рис. 2. Показатели смертности городского и сельского населения Российской Федерации (на 1000 населения) в динамике по годам

Источник: Росстат URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (дата обращения 10.04.2024)

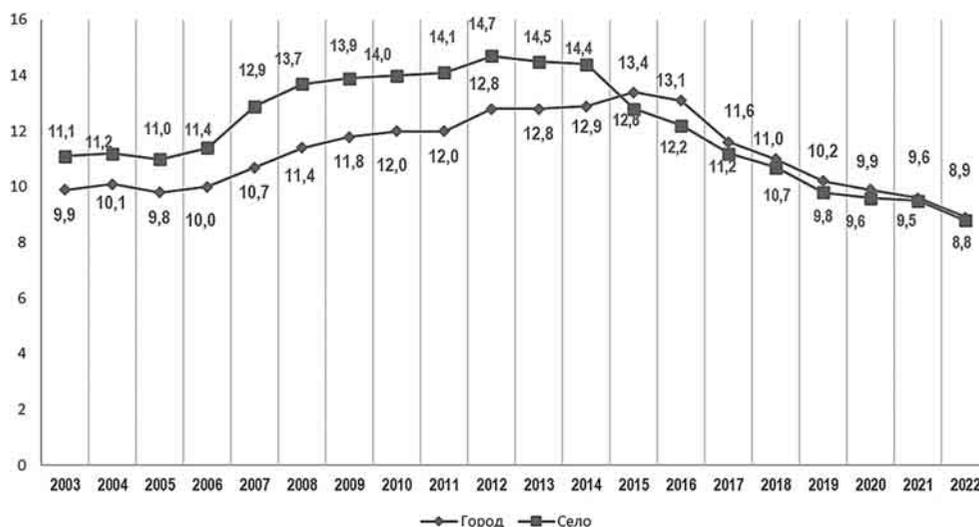


Рис. 3. Динамика рождаемости сельского и городского населения Российской Федерации 2003—2022 гг. (на 1000 населения)

Источник: Росстат URL : <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (дата обращения 10.04.2024)



Рис. 4. Заболеваемость (первичная) сельского населения Российской Федерации в 2022 г. по классам болезней (МКБ-10) (на 100 000 соответствующего населения) Источник: Сельское здравоохранение России в 2022 гг.: статистические материалы. — М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2023

емая продолжительность жизни женщин, как сельских, так и городских, за 5 лет анализа несколько увеличилась и составила в 2022 г. городских 78,0 и сельских 77,1 лет. У мужчин ожидаемая продолжительность жизни за те же 5 лет (2018—2022 гг.) снизилась и составила в 2022 г. для городских мужчин 67,9 лет, для сельских — 66,7 лет.

Результаты исследования требуют углубленного анализа причин и устранения рисков смертности, в первую очередь, мужского населения на селе.

Показатель заболеваемости, впервые выявленной, сельского населения в 2022 г. составил 64755,2 на 100 тыс. сельского населения, что ниже, чем в РФ в целом (88748,5‰). Более низкие показатели заболеваемости (первичной) сельских жителей связаны с плохой доступностью медицинской помощи на селе.

Проведенный анализ заболеваемости (первичной) жителей села по классам болезней (2022 г.) показал, что на первом месте в структуре заболеваемости болезни органов дыхания (почти половина всех случаев), на втором месте — COVID-19 (9,5%), на третьем — травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (почти 7%), последующие места занимают болезни системы кровообращения, болезни мочеполовой системы, болезни органов пищеварения и др. (рис. 4).

В процессе исследования нами была проанализирована заболеваемость (первичная) сельского населения РФ в динамике за доковидный 2019 г. и в последующие годы пандемии (2020—2022 гг.) (табл. 2).

Анализ показал, что показатель заболеваемости (первичной) сельского населения в доковидном 2019 г. со-

ставлял 58047,0 на 100 тыс. населения, в 2020 г. резко снизился до 55280,7‰ и в последующие годы увеличивался, в 2022 г. был 64755,2‰. Рост показателя за период 2019—2022 гг. составил 11,6%. При этом увеличение показателя определил класс болезней органов дыхания на 13,6%, а также распространение COVID-19.

В годы пандемии заболеваемость (впервые выявленная) снизилась во всех классах, кроме класса болезни органов дыхания, при этом показатели заболеваемости 2022 г. не достигли уровня доковидного года (2019 г.), что свидетельствует о низком уровне и необходимости усиления профилактической и диспансерной работы с населением сельских территорий.

Таблица 2

Заболеваемость (первичная) сельского населения Российской Федерации в 2019—2022 гг. по классам болезней (МКБ-10), (на 100 000 соответствующего населения)

Классы болезней	Код МКБ	2019	2020	2021	2022	Изменение 2019/2022, %
Всего болезней, в том числе	A01-T98	58047	55280,7	61819,1	64755,2	11,6
Некоторые инфекционные и паразитарные	A00-B99	1503,5	1191,3	1205,9	1279,7	-14,9
Новообразования	C00-D48	709,5	604,1	616,6	670,6	-5,5
Болезни крови, кроветворных органов и др.	D50-D89	585,4	449,6	465,6	498,7	-14,8
Болезни эндокринной системы, расстройства	E00-E90	1222,9	898,8	921,3	1034,9	-15,4
Психические расстройства и расстройства	F00-F99	298	222,6	252,9	288,1	-3,3
Болезни нервной системы	G00-G99	1204,8	970,4	1061,6	1124,6	-6,7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	2423,8	1894,6	1897	2003,4	-17,3
Болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	1888,4	1530,4	1543,7	1626,6	-13,9
Болезни системы кровообращения	I00-I99	3387,9	2831,4	2973,4	3294,4	-2,8
Болезни органов дыхания	J00-J99	27908,9	28157,6	30490,6	31700,3	13,6
Болезни органов пищеварения	K00-K93	3037,7	2413,3	2425,9	2616,8	-13,9
Болезни кожно и подкожной клетчатки	L00-L99	2335,5	1946	1874,9	1957,1	-16,2
Болезни костно-мышечной системы и соединительной	M00-M99	2387,2	1970,5	2009,5	2309,1	-3,3
Болезни мочеполовой системы	N00-N99	3125,4	2536	2574,8	2733,4	-12,5
Врожденные аномалии [пороки развития]	Q00-Q99	101,3	79,4	81,4	90,5	-10,7
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	R00-R99	81,3	78,6	97,5	101,3	24,6
Травмы, отравления и некоторые другие	S00-T98	4766,2	4374,6	4266,7	4358,8	-8,5
COVID-19			2151,9	6056,8	6144,2	

Источник: Сельское здравоохранение России в 2019—2022 гг.: статистические материалы. -ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2020—2023



Рис. 5. Ранжирование федеральных округов по заболеваемости COVID-19 сельского населения в 2022 г. (на 100 000 соответствующего населения)

Источник: Сельское здравоохранение России в 2022 году: статистические материалы. — М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2023



Рис. 6. Ранжирование субъектов по заболеваемости COVID-19 сельского населения в 2022 г. (на 100 000 соответствующего населения)

Источник: Сельское здравоохранение России в 2022 году: статистические материалы. — М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2023

В 2022 г. отмечен рост пандемии, заболеваемость COVID-19 в 2020 г. составила 2151,9 на 100 тыс. населения, в 2021 г. увеличилась (до 6056,8) и в 2022 г. несколько возросла (до 144,2‰<sub>00</sub>).

Результаты анализа свидетельствуют о не ослаблении ситуации пандемии в РФ в 2022 г. и требуют углубленного анализа сложившейся ситуации на уровне федеральных округов (ФО) и регионов страны.

Ранжирование заболеваемости (первичной) сельского населения COVID-19 по федеральным округам РФ показало, что наибольшие значения показателей были в Северо-Западном ФО, Уральском ФО, Дальневосточном ФО и др. Наименьшие — в Северо-Кавказском ФО, Южном ФО, Центральном ФО (рис. 5).

Ранжирование показателей первичной заболеваемости COVID-19 по субъектам РФ (2022 г.) показало, что наибольшие значения были в Республике Саха (Якутия), Республике Коми, Ульяновской об-

ласти, Ненецком автономном округе (АО) и др. (рис. 7).

Наименьшие — в Республике Дагестан, Чеченской Республике, Чукотском АО и др. Разница в показателях составила в 12,1 раза.

Проведенный анализ свидетельствует о необходимости углубленного анализа заболеваемости коронавирусной инфекцией, как рисков здоровью населения, в частности, сельского. Необходима разработка управленческих решений федерального, регионального и муниципального уровней, касающихся профилактики пандемий на индивидуальном уровне, диспансеризации и реабилитации пациентов с заболеваниями, вызванными и осложненными COVID-19.

### Обсуждение

Проблемами здравоохранения села являются низкая плотность населения, обезлюдение сельских поселений, бездорожье и плохое транспортное сообщение.

Высокая смертность сельского населения, снижение рождаемости и низкий уровень здоровья жителей сельских территорий связаны с плохой доступностью медицинской помощи на селе.

Низкие показатели заболеваемости населения села связаны с плохой доступностью медицинской помощи. Большая разница показателей впервые выявленной заболеваемости в субъектах РФ связана с региональными особенностями сельских территорий.

Пандемия коронавирусной инфекции снизила объемы первичной медико-санитарной помощи, сократила диспансерную и профилактическую работу с населением. У многих пациентов после перенесенной пандемии проявились осложнения, так называемый «постковидный синдром», эти последствия длительно сохраняются, что требует активизации и планирования реабилитации пациентов.

Вызовы и угрозы здоровью населения, связанные с пандемией, определили значимость здоровьесбережения населения. Важное значение в этом направлении должно отводиться первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), которая требует реформирования.

Усилия первичной медико-санитарной помощи должны быть направлены на реабилитацию пациента и углубленную диспансеризацию, в том числе индивидуальную.

Противостояние вызовам и угрозам, связанных с коронавирусной инфекцией, повышает роль медицинских кадров. Пандемия усугубила проблему дефицита врачебных кадров на селе. Следует возродить и активизировать работу общих врачебных практик, при этом врач общей практики (ВОП) должен быть ответственным за здоровье пациента в от-

личии от узкого специалиста, который лечит болезнь. ВОП осуществляет лечение, диагностику и реабилитацию, а также помогает в решении медико-социальных проблем пациента.

### Выводы

Противостояние вызовам и угрозам, связанных с коронавирусной инфекцией, определяет значимость усиления диспансерной работы и реабилитации пациентов. При этом необходимо реформирование ПМСП в организационном плане и в кадровом обеспечении.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Калининская А. А., Васильев М. Д., Лазарев А. В., Кизеев М. В. Медико-демографические показатели населения старше трудоспособного возраста в условиях пенсионной реформы в Российской Федерации. *Менеджер здравоохранения*. 2023;(1):50—59. DOI 10.21045/1811-0185-2023-1-50-59
2. Шляфер С. И., Иванова М. А. Госпитализированная заболеваемость населения старше трудоспособного возраста Российской Федерации. *Успехи геронтологии*. 2016;29(5):690—694.
3. Калининская А. А., Васильев М. Д., Лазарев А. В., Кизеев М. В., Смирнов А. А. Анализ заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации и ее региональные особенности. *Менеджер здравоохранения*. 2023;(2):59—67. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-59-67
4. Калининская А. А., Баянова Н. А., Кизеев М. В., Бальзамова Л. А. Оценка предотвратимых потерь здоровья сельского населения. *Менеджер здравоохранения*. 2022;(3):30—35. DOI: 10.21045/1811-0185-2022-3-30-36
5. Хабриев Р. У., Калининская А. А., Щепин В. О., Лазарев А. В., Шляфер С. И. Медико-демографические показатели и здоровьесбережение сельского населения Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(6):1307—1312. DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-6-1307-1312
6. Есипов А. В., Алехнович А. В., Абушинов В. В. COVID-19: первый опыт оказания медицинской помощи и возможные решения проблемных вопросов (обзор). *Госпитальная медицина: наука и практика*. 2020;1(1):5—8.
7. Кизеев М. В., Лазарев А. В., Валеев В. В., Калининская А. А., Мингазов Р. Н., Сточик А. А., Мингазова Э. Н. Возрастные особенности заболеваемости населения в условиях пандемии COVID-19. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(S):1023—1026. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1023-1026
8. Шляфер С. И. Стационарозамещающая форма оказания медицинской помощи на дому населения Российской Федерации: анализ работы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(1):106—111.
9. Калининская А. А., Шляфер С. И., Дзугаев А. К. Объем и характер работы скорой медицинской помощи в Российской Федерации и пути ее реорганизации. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2005;(4):38—41.
10. Стародубов В. И., Калининская А. А., Сквирская Г. П., Шляфер С. И., Матвеев Э. Н. Методические рекомендации по организации дневных стационаров в больничных учреждениях: Методические рекомендации. М.; 2000. С. 25.
11. Шляфер С. И., Матвеев Э. Н., Ермолюк Е. Н., Горохова Т. А. Анализ эффективности использования коечного фонда. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2007;(5):33—35.
12. Калининская А. А., Бакирова Э. А., Лазарев А. В., Шляфер С. И., Кизеев М. В. Анализ заболеваемости и кадровое обеспечение населения сельских территорий в Российской Федерации. *Менеджер здравоохранения*. 2022;(7):42—51. DOI 10.21045/1811-0185-2022-7-42-51
13. Шляфер С. И. Кадровый потенциал сестринской службы Российской Федерации. *Главная медицинская сестра*. 2011;(7):20—28.
14. Калининская А. А., Лазарев А. В., Шляфер С. И., Бальзамова Л. А. Кадровое обеспечение первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации. *Менеджер здравоохранения*. 2022;(6):62—68. DOI: 10.21045/1811-0185-2022-6-62-68

15. Калининская А. А., Баянова Н. А. Научное обоснование оценки территориальной доступности первичной врачебной медико-санитарной помощи сельскому населению. *Казанский медицинский журнал*. 2020;101(6):890—6. DOI: 10.17816/KMJ2020-890
16. Калининская А. А., Баянова Н. А., Муфтахова А. В., Кизеев М. В., Сулькина Ф. А. Оценка организации и транспортной доступности медицинской помощи жителям села. *Менеджер здравоохранения*. 2020;(2):27—34.
17. Калининская А. А., Бакирова Э. А., Кизеев М. В., Лазарев А. В., Муфтахова А. В., Смирнов А. А. Проблемы здравоохранения села, состояния и перспективы развития. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(6):1224—1229. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-6-1224-1229
18. Стародубов В. И., Калининская А. А., Дзугаев К. Г., Стрючков В. В. Проблемы здравоохранения села: Монография. М.; 2012. 207 с.
19. Калининская А. А., Стрючков В. В., Дзугаев А. К., Кудрявцев А. А. Реформирование функционально-организационной структуры здравоохранения села. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2009;(6):12—16.
20. Калининская А. А., Бакирова Э. А., Кизеев М. В., Лазарев А. В., Шляфер С. И., Бальзамова Л. А. Научное обоснование предложений по совершенствованию медицинской помощи жителям села. *Менеджер здравоохранения*. 2023;(3):13—24. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-3-13-24

### REFERENCES

1. Kalininskaya A. A., Vasiliev M. D., Lazarev A. V., Kizeev M. V. Medical and demographic indicators of the population over working age in the context of pension reform in the Russian Federation. *Healthcare manager. [Menedzher zdravookhraneniya]*. 2023;(1):50—59 (in Russian). DOI 10.21045/1811-0185-2023-1-50-59
2. Shlyafers S. I., Ivanova M. A. Hospitalized morbidity among the population older than working age in the Russian Federation. *Advances in gerontology. [Uspekhi gerontologii]*. 2016;29(5):690—694 (in Russian).
3. Kalininskaya A. A., Vasiliev M. D., Lazarev A. V., Kizeev M. V., Smirnov A. A. Analysis of morbidity among the population older than working age in the Russian Federation and its regional characteristics. *Healthcare manager. [Menedzher zdravookhraneniya]*. 2023;(2):59—67 (in Russian). DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-59-67
4. Kalinskaya A. A., Bayanova N. A., Kizeev M. V., Balzamova L. A. Assessment of preventable health losses in the rural population. *Healthcare manager. [Menedzher zdravookhraneniya]*. 2022;(3):30—35 (in Russian). DOI: 10.21045/1811-0185-2022-3-30-36
5. Khabriev R. U., Kalininskaya A. A., Shchepin V. O., Lazarev A. V., Shlyafers S. I. Medical and demographic indicators and health protection of the rural population of the Russian Federation. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2023;31(6):1307—1312 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-6-1307-1312
6. Esipov A. V., Alekhnovich A. V., Abushinov V. V. COVID-19: first experience in providing medical care and possible solutions to problematic issues (review). *Hospital medicine: science and practice. [Gospital'naya meditsina: nauka i praktika]*. 2020;1(1):5—8 (in Russian).
7. Kizeev M. V., Lazarev A. V., Valeev V. V., Kalininskaya A. A., Mingazov R. N., Stochik A. A., Mingazova E. N. Age-related characteristics of population morbidity during the COVID-19 pandemic. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2022;30(S):1023—1026 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1023-1026
8. Shlyafers S. I. Hospital-substituting form of providing medical care at home to the population of the Russian Federation: analysis of work. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2023;31(1):106—111 (in Russian).
9. Kalininskaya A. A., Shlyafers S. I., Dzugayev A. K. The volume and nature of the work of emergency medical care in the Russian Federation and ways of its reorganization. *Healthcare of the Russian Federation. [Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii]*. 2005;(4):38—41 (in Russian).

10. Starodubov V. I., Kalininskaya A. A., Skvirskaya G. P., Shlyafers S. I., Matveev E. N. Methodological recommendations for organizing day care in hospitals: Methodological recommendations. Moscow; 2000. P. 25 (in Russian).
11. Shlyafers S. I., Matveev E. N., Ermolyuk E. N., Gorokhova T. A. Analysis of the efficiency of bed use. *Healthcare of the Russian Federation. [Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii]*. 2007;(5):33—35 (in Russian).
12. Kalininskaya A. A., Bakirova E. A., Lazarev A. V., Shlyafers S. I., Kizeev M. V. Analysis of morbidity and staffing of the population of rural areas in the Russian Federation. *Healthcare manager. [Menedzher zdravookhraneniya]*. 2022;(7):42—51 (in Russian). DOI 10.21045/1811-0185-2022-7-42-51
13. Shlyafers S. I. Personnel potential of the nursing service of the Russian Federation. *Chief nurse. [Glavnaya meditsinskaya sestra]*. 2011;(7):20—28 (in Russian).
14. Kalininskaya A. A., Lazarev A. V., Shlyafers S. I., Balzamova L. A. Staffing of primary health care in the Russian Federation. *Healthcare manager. [Menedzher zdravookhraneniya]*. 2022;(6):62—68 (in Russian). DOI: 10.21045/1811-0185-2022-6-62-68
15. Kalininskaya A. A., Bayanova N. A. Scientific rationale for assessing the territorial accessibility of primary medical care for the rural population. *Kazan Medical Journal. [Kazanskiy meditsinskiy zhurnal]*. 2020;101(6):890—6 (in Russian). DOI: 10.17816/KMJ2020-890
16. Kalininskaya A. A., Bayanova N. A., Muftakhova A. V., Kizeev M. V., Sulkina F. A. Assessment of the organization and transport accessibility of medical care for rural residents. *Healthcare manager. [Menedzher zdravookhraneniya]*. 2020;(2): 27—34 (in Russian).
17. Kalininskaya A. A., Bakirova E. A., Kizeev M. V., Lazarev A. V., Muftakhova A. V., Smirnov A. A. The problems of rural health care and prospects of development. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2022;30(6):1224—1229 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-6-1224-1229
18. Starodubov V. I. Kalininskaya A. A., Dzugaev K. G., Stryuchkov V. V. Problems of rural health care: Monograph. Moscow, 2012. 207 p. (in Russian).
19. Kalininskaya A. A., Stryuchkov V. V., Dzugaev A. K., Kudryavtsev A. A. Reforming the functional and organizational structure of rural health care. *Healthcare of the Russian Federation. [Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii]*. 2009;(6):12—16.
20. Kalininskaya A. A., Bakirova E. A., Kizeev M. V., Lazarev A. V., Shlyafers S. I., Balzamova L. A. Scientific substantiation of proposals to improve medical care for rural residents. *Healthcare manager. [Menedzher zdravookhraneniya]*. 2023;(3):13—24 (in Russian). DOI: 10.21045/1811-0185-2023-3-13-24

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

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

Статья поступила в редакцию 25.04.2024; одобрена после рецензирования 02.07.2024; принята к публикации 18.11.2024.  
The article was submitted 25.04.2024; approved after reviewing 02.07.2024; accepted for publication 18.11.2024.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.005

## Правовое разграничение оказания бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг

Оксана Юрьевна Александрова<sup>1</sup>, Анна Алексеевна Арестова<sup>2</sup>, Олег Анатольевич Лузанов<sup>3✉</sup>,  
Сергей Анатольевич Лившиц<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>aou18@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7246-4109>

<sup>2</sup>anna.arestova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1720-4312>

<sup>3</sup>quicksilvernov789@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3446-5274>

<sup>4</sup>slmd21@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4257-9658>

**Аннотация.** В статье проведен сравнительный анализ нормативных актов, регулирующих оказание платных медицинских услуг. Установлено, что конкретизация государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи отсутствует, а на практике правовых механизмов разграничения бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг фактически не существует.

**Ключевые слова:** медицинская помощь, платные медицинские услуги

**Для цитирования:** Александрова О. Ю., Арестова А. А., Лузанов О. А., Лившиц С. А. Правовое разграничение оказания бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 32–37. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.005.

Original article

## The legal distinction between the provision of free medical care and paid medical services

Oxana Yu. Alexandrova<sup>1</sup>, Anna A. Arestova<sup>2</sup>, Oleg A. Luzanov<sup>3\*</sup>, Sergey A. Livshitz<sup>4</sup>

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

<sup>1</sup>aou18@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7246-4109>

<sup>2</sup>anna.arestova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1720-4312>

<sup>3</sup>quicksilvernov789@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3446-5274>

<sup>4</sup>slmd21@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4257-9658>

**Annotation.** The article provides a comparative analysis of regulations governing the provision of paid medical services. It has been established that there is no specification of state guarantees for the provision of free medical care, and in practice, legal mechanisms for distinguishing between free medical care and paid medical services actually do not exist.

**Keywords:** medical care, paid medical services

**For citation:** Alexandrova O. Yu., Arestova A. A., Luzanov O. A., Livshitz S. A. The legal distinction between the provision of free medical care and paid medical services. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(4):32–37. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.005.

### Введение

Каждый гражданин Российской Федерации имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Данное право закреплено в 1 части ст. 41 Конституции РФ<sup>1</sup>. Медицинская помощь, которая оказывается гражданам на бесплатной основе, финансируется из бюджетных средств, и страховых взносов в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помо-

щи, ежегодно утверждаемой постановлением Правительства РФ.

Вопрос о конституционной правомерности оказания платных медицинских услуг (далее — ПМУ) в государственных медицинских учреждениях рассматривается уже не первое десятилетие. Верховный Суд Российской Федерации сформулировал позицию, согласно которой законодательство Российской Федерации не запрещает государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения оказывать платные медицинские услуги. Согласно статье 7 Конституции РФ<sup>1</sup>, каждый гражданин имеет право на достойную жизнь и право на свободное развитие. Достойная жизнь должна быть обеспече-

<sup>1</sup>Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020). Available at: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_28399/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/)

на, в том числе, и получением бесплатной качественной медицинской помощи, в объемах медицинской помощи, предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи<sup>2</sup>, а свободное развитие может быть характеризовано возможностью получения дополнительных медицинских услуг за отдельную плату.

Платные медицинские услуги должны представлять собой дополнение к гарантированному законодательством объему бесплатной медицинской помощи гражданам [1], одновременно с этим многие годы продолжается обсуждение сложной проблемы конкретизации платных и бесплатных медицинских услуг [2]. Высокую актуальность сохраняет проблема создания прозрачной и понятной для всех системы оказания платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях [3].

### Результаты

Мы проанализировали нормативно-правовые акты (законы и подзаконные нормативно-правовые акты — далее НПА), регулирующие оказание ПМУ. Применялся метод сравнительного правоведения и аналитический правовой.

### Обсуждение

Ежегодно Правительством Российской Федерации утверждается Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи<sup>2</sup>, которая регламентирует тот объем медицинской помощи, который граждане Российской Федерации могут получить бесплатно.

Данная Программа включает в себя разделы, которые содержат в себе перечень видов, форм и условий предоставления медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно (раздел II), а также перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, и категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно (раздел III).

Конкретизация по видам медицинской помощи в принципе невозможна в связи с невозможностью исключения из ПГГ какого-либо вида и формы медицинской помощи. Также нельзя исключить из гарантированного объема и медицинскую помощь, оказываемую в определенных условиях — вне медицинской организации, амбулаторно, стационарно, в условиях дневного стационара. Из Перечня заболеваний и состояний (раздел III) также невозможно выделить те, которые должны быть исключены из бесплатной для граждан медицинской помощи. В ПГГ не содержится конкретное указание и на перечень медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной

Приказом МЗ РФ от 13.11.2017 № 804н<sup>3</sup>, оказываемых на бесплатной или платной основе. Фактически, в Российской Федерации закреплено право граждан на бесплатную медицинскую помощь при всех видах медицинской помощи при всех известных заболеваниях. Таким образом, все медицинские услуги при оказании всех видов, форм и условий оказания медицинской помощи при всех заболеваниях и состояниях указаны в ПГГ и должны предоставляться гражданам на бесплатной основе.

Несмотря на ежегодное увеличение финансирования здравоохранения, финансовых средств для обеспечения на бесплатной основе гражданину всех видов медицинской помощи при всех известных заболеваниях у государства недостаточно, что приводит к сложностям получения бесплатной медицинской помощи гражданами безотлагательно в необходимом им объеме. Данная ситуация не является характерной только для РФ, не существует ни одной страны в мире, которая может гарантировать своим гражданам бесплатную медицинскую помощь в неограниченном объеме [4—5].

Решением данной ситуации может быть конкретизация государственных гарантий медицинской помощи, оказываемой на бесплатной основе, при адекватной оценке имеющихся государственных ресурсов. Поскольку исключить из ПГГ виды, условия, формы медицинской помощи, нозологии и отдельные услуги невозможно, остается изучить и оценить те позиции, которые в действующем законодательстве поименованы как «иные условия».

Условия, при которых государственные медицинские организации, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги, закреплены в части 5 статьи 84 «Оплата медицинских услуг» Закона 323-ФЗ<sup>4</sup>. Проанализируем все пункты данной статьи с акцентом на возможность практической реализации положений закона.

Оказание платных медицинских услуг легитимно в следующих случаях:

*«1) на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами...»*

Условия предоставления медицинской помощи на бесплатной основе определены разделом VII «Требования к территориальной программе в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи» ПГГ на 2023 год. С позиции оказания ПМУ, поскольку медицинские организации основанием для взимания платы с пациен-

<sup>2</sup> Постановление Правительства РФ «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» от 29.12.2022 № 2497. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/1300493218>

<sup>3</sup> Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 октября 2017 г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (с изменениями и дополнениями). Available at: <https://base.garant.ru/71805302/>

<sup>4</sup> Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (последняя редакция). Available at: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/)

тов часто считают внеочередное оказание медицинской помощи, мы проанализируем требования ППГ к срокам оказания медицинской помощи.

«Территориальная программа в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов.

При этом:

— сроки ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должны превышать 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;... специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию;... приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми не должны превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;... консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;... проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 календарных дней со дня назначения;... проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня назначения...»

Таким образом, все вышеуказанные сроки ожидания оказания медицинской помощи сопровождаются требованием «не должны превышать», т. е. должны быть меньше указанных значений времени ожидания. Уменьшение данных сроков допускается, увеличение — нет. Таким образом, в принципе, внеочередность не имеет значения. К тому же, оказание медицинской помощи одному пациенту вне очереди, удлиняя тем самым сроки ожидания оказания медицинской помощи другому пациенту, является нарушением прав граждан, застрахованных в системе ОМС. Исключение составляют отдельно созданные структурные подразделения медицинских организаций, которые не участвуют в реализации ППГ, а осуществляют свою деятельность исключительно на платной основе (медицинские работники не получают зарплату из государственных средств, оборудование, медикаменты, расходные материалы и т. д. приобретаются исключительно за счет средств от приносящей доход деятельности).

В соответствии со статьей 84 «Оплата медицинских услуг» Закона 323-ФЗ<sup>4</sup> оказание платных медицинских услуг легитимно также:

«2) при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации...»

С принятием Постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»<sup>5</sup>, которое являлось основным регламентирующим документом в разрезе оказания платных медицинских услуг в течение 11 лет, обязательным условием при оказании ПМУ является заключение договора в письменной форме, что делает невозможным оказание медицинских услуг анонимно. Следовательно, данная возможность оказания ПМУ, указанная в Законе 323-ФЗ<sup>4</sup> вошла в противоречие с Постановлением.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 года № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесенный изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006»<sup>6</sup> утверждены новые Правила<sup>7</sup>, в которых конкретизируются некоторые сведения, которые должны содержаться в договоре с учетом субъектного состава и особенностей оказания услуг. Так, например, при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно, сведения будут фиксироваться со слов потребителя услуг. Возникает вопрос легитимности подобного договора в случае предъявления претензии одной из сторон.

В соответствии со статьей 84 «Оплата медицинских услуг» Закона 323-ФЗ<sup>4</sup> оказание платных медицинских услуг легитимно также:

«3) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации...»

В части 3 статьи 19 Закона 323-ФЗ<sup>4</sup> сказано: «Право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории Российской Федерации, устанавливается за-

<sup>5</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» <https://base.garant.ru/70237118/>

<sup>6</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 года № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесенный изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006

<sup>7</sup> Постановление Правительства Российской Федерации № 186 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации» от 6 марта 2013 года

конодательством Российской Федерации и соответствующими международными договорами Российской Федерации. Лица без гражданства, постоянно проживающие на территории Российской Федерации, пользуются правом на медицинскую помощь наравне с гражданами России, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации». К документам, регламентирующим действия медицинских учреждений в отношении иностранных граждан, относится и Постановление Правительства Российской Федерации № 186 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации»<sup>7</sup> от 6 марта 2013 года. Согласно этому документу плановая медицинская помощь иностранным гражданам, не имеющим полиса обязательного или добровольного медицинского страхования, может быть оказана только «при условии предоставления иностранным гражданином письменных гарантий исполнения обязательства по оплате фактической стоимости медицинских услуг или предоплаты медицинских услуг исходя из предполагаемого объема предоставления этих услуг». Указанные Правила<sup>7</sup> определяют также, что медицинская помощь иностранным гражданам не может быть оказана на платной основе при оказании экстренной медицинской помощи и застрахованным по обязательному медицинскому страхованию.

В соответствии со статьей 84 «Оплата медицинских услуг» Закона 323-ФЗ<sup>4</sup> оказание платных медицинских услуг легитимно также:

4) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 настоящего Федерального закона...»

В соответствии со статьей 21 «Выбор врача и медицинской организации» Закона 323-ФЗ<sup>4</sup>:

«1. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на выбор врача с учетом согласия врача.

2. Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

3. Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется: 1) по на-

правлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста; 2) в случае самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию, в том числе организацию, выбранную им в соответствии с частью 2 настоящей статьи, с учетом порядков оказания медицинской помощи.

4. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

5. Медицинская помощь в неотложной или экстренной форме оказывается гражданам с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания...»

Следовательно, данная статья предполагает наличие маршрутизации при обследовании и лечении пациента, и отклонение от данной маршрутизации по желанию пациента должно быть оплачено из его личных средств.

Отклонениями от маршрутизации, закрепленной в Законе 323-ФЗ<sup>4</sup> (т. е. индивидуальным маршрутом оказания медицинской помощи), могут быть:

- выбор медицинской организации при получении ПМСП чаще одного раза в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).
- в выбранной медицинской организации выбор врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера чаще одного раза в год (за исключением случаев замены медицинской организации).
- выбор медицинской организации для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме без направления врача.

На практике данные отклонения являются единичными и поэтому, на наш взгляд, введение в Закон 323-ФЗ<sup>4</sup> данных норм имеет формальный характер, не создает правовой механизм разделения БМП и ПМУ и не обеспечивает законности оказания ПМУ.

Как мы указывали выше, постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 года № 736 утверждены Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (вместо утратившего силу постановления Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006)<sup>6</sup>.

Новые Правила, не меняя принципиального подхода к оказанию ПМУ, вносят некоторые уточнения и дополнения в регламент, усиливая позиции прав граждан на бесплатную медицинскую помощь.

Основными правовыми нормами регулирования ПМУ являются следующие.

1. Оказание платных медицинских услуг медицинскими организациями независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, в случае участия их в программах государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи не должно приводить к снижению объемов и увеличению сроков ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в рамках программ...»

2. В новых Правилах по отношению к **платным** медицинским услугам продублированы нормы Закона 323-ФЗ<sup>4</sup> о требованиях к оказанию **бесплатных** медицинских услуг: «Медицинская помощь при предоставлении **платных** медицинских услуг должна быть организована и оказана в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации; в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями; на основе клинических рекомендаций; с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации...»

3. Названия платных медицинских услуг должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг (приказ Минздрава от 13.10.2017 № 804н)<sup>3</sup>.

4. Усиливаются требования к предоставлению информации о ПМУ. Документ предписывает медицинской организации доводить до сведения потребителей информацию о себе и предоставляемых ею платных медицинских услугах в соответствии со статьями 8 — 10 Закона РФ «О защите прав потребителей»<sup>8</sup>, а также:

- сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программами, в случае участия исполнителя в их реализации;
- стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте исполнителя (при наличии у исполнителя такого сайта) ссылок на «Официальный интернет-портал правовой информации» и официальный сайт Министерства здра-

<sup>3</sup> Закон РФ «О защите прав потребителей» (ЗОЗПП) от 07.02.1992 № 2300-1 (последняя редакция). Available at: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_305/?ysclid=lw4rxuupn338017602](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_305/?ysclid=lw4rxuupn338017602)

воохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах;

- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- образцы договоров;
- перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления учредителем медицинской организации государственной системы здравоохранения или муниципальной системы здравоохранения и (или) руководителем медицинской организации частной системы здравоохранения;
- для медицинских организаций государственной системы здравоохранения или муниципальной системы здравоохранения — адреса и телефоны учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее — органы государственной власти и организации).
- о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию.

Вся вышеуказанная информация должна доводиться до сведения потребителей посредством размещения на сайте медицинской организации в сети «Интернет» (при наличии у медицинской организации такого сайта) и на информационных стендах (стойках) медицинской организации в наглядной и доступной форме.

5. Новые Правила детализируют требования к условиям использования материально-технической базы и условиям привлечения медицинских работников для оказания платных медицинских услуг, а также порядок определения цен (тарифов) на платные медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения.

6. Новые Правила напрямую обязывают исполнителя при предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

7. В новых Правилах предусмотрены особенности оказания медицинских услуг при заключении договора дистанционным способом.

8. В договоре должна содержаться информация об уведомлении потребителя и (или) заказчика о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Все вышеуказанные новеллы законодательства не решают проблемы разграничения ПМУ и бесплатной медицинской помощи.

### Выводы

Анализируя вышеуказанные нормативно-правовые акты, можно сделать вывод, что конкретизации государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи не существует, а на практике правовые механизмы разграничения бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг практически не работают. Оказать платные медицинские услуги гражданам РФ при любых заболеваниях, не нарушая права на бесплатную медицинскую помощь, закономерно практически невозможно. В правовом поле остается только оказание ПМУ гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

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

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

Статья поступила в редакцию 21.05.2024; одобрена после рецензирования 17.07.2024; принята к публикации 18.11.2024. The article was submitted 21.05.2024; approved after reviewing 17.07.2024; accepted for publication 18.11.2024.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Егиазарян К. А., Аттаева Л. Ж. Особенности нормативно-правового регулирования оказания платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения России. *Медицинское право*. 2014;(1):25—39.
2. Калинин Р. Е., Медведева О. В., Артемьева Г. Б. К вопросу о платных медицинских услугах в государственных учреждениях здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2016;24(4):235—237.
3. Панов А. В., Быковская Т. Ю., Современные подходы к совершенствованию института платных медицинских услуг в России. *Исследования и практика в медицине*. 2019;6(1):119—131.
4. Кадиров Ф. Н. Возможные варианты соучастия граждан в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи с использованием ресурсов, не предусмотренных программой госгарантий. *Менеджер здравоохранения*. 2017;(5):70—76.
5. Красова Е. В., Сверчкова А. Д. Коммерческая медицина в России: тенденции развития и факторы спроса. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2022;68(4):8.

### REFERENCES

1. Egiazaryan K. A., Attaeva L.Zh. Features of legal regulation of the provision of paid medical services in state and municipal healthcare institutions in Russia. *Medical Law. [Meditsinskoe pravo]*. 2014;(1):25—39 (in Russian).
2. Kalinin R. E., Medvedeva O. V., Artemyeva G. B. On the issue of paid medical services in public health care institutions. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2016;24(4):235—237 (in Russian).
3. Panov A. V., Bykovskaya T. Yu., Modern approaches to improving the institute of paid medical services in Russia. *Research and Practice in Medicine. [Issledovaniya i praktika v meditsine]*. 2019;6(1):119—131 (in Russian).
4. Kadyrov F. N. Possible options for citizens' participation in the financial provision of medical care using resources not provided for by the state guarantee program. *Healthcare manager. [Menedzher zdravookhraneniya]*. 2017;(5):70—76 (in Russian).
5. Krasova E. V., Sverchkova A. D. Commercial medicine in Russia: development trends and demand factors. *Social aspects of public health. [Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya]*. 2022;68(4):8 (in Russian).

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.006

## Опыт организации риск-менеджмента в медицинском учреждении с применением цифровых технологий

Галина Владимировна Артамонова<sup>1</sup>, Оксана Васильевна Куш<sup>2</sup>,  
Артем Николаевич Попсуйко<sup>3✉</sup>, Наталья Викторовна Астахова<sup>4</sup>,  
Раиса Александровна Серебрякова<sup>5</sup>

<sup>1–5</sup>ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»,  
г. Кемерово, Российская Федерация

<sup>1</sup>artamonova@kemcardio.ru, <http://orcid.org/0000-0003-2279-3307>

<sup>2</sup>kovaov@kemcardio.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8646-7810>

<sup>3</sup>popsan@kemcardio.ru, <http://orcid.org/0000-0002-5162-0029>

<sup>4</sup>astanv@kemcardio.ru, <http://orcid.org/0000-0002-1240-2184>

<sup>5</sup>serera@kemcardio.ru <http://orcid.org/0000-0002-1612-9875>

**Аннотация.** В настоящем исследовании затрагиваются способы совершенствования системы менеджмента рисками в медицинской деятельности с помощью цифровых технологий. Предлагается за основу метод FMEA, как наиболее действенный с позиции оценки наступления, обнаружения и измерения последствий рисков событий. Доказано, что развитие данного метода оценки риска с опорой на современные цифровые решения, позволяет сформировать управленческие решения относительно рисков, влияющих на эффективность деятельности медицинского учреждения. Целью исследования является описание опыта применения цифровых технологий в управлении рисками в деятельности федерального научного медицинского учреждения.

**Ключевые слова:** организация здравоохранения; риск-менеджмент; метод FMEA-анализа; цифровые технологии; система менеджмента качества.

**Для цитирования:** Артамонова Г. В., Куш О. В., Попсуйко А. Н., Астахова Н. В., Серебрякова Р. А. Опыт организации риск-менеджмента в медицинском учреждении с применением цифровых технологий // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 38–42. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.006.

Original article

### Experience in organizing risk management in a medical institution using digital technologies

Galina V. Artamonova<sup>1</sup>, Oksana V. Kushch<sup>2</sup>, Artem N. Popsuyko<sup>3✉</sup>, Natalia V. Astakhova<sup>4</sup>, Raisa A. Serebryakova<sup>5</sup>

<sup>1–5</sup>FGBNU «Research Institute of Complex Problems of Cardiovascular Diseases», Kemerovo, Russian Federation

<sup>1</sup>artamonova@kemcardio.ru, <http://orcid.org/0000-0003-2279-3307>

<sup>2</sup>kovaov@kemcardio.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8646-7810>

<sup>3</sup>popsan@kemcardio.ru, <http://orcid.org/0000-0002-5162-0029>

<sup>4</sup>astanv@kemcardio.ru, <http://orcid.org/0000-0002-1240-2184>

<sup>5</sup>serera@kemcardio.ru <http://orcid.org/0000-0002-1612-9875>

**Annotation.** This study discusses ways to improve the risk management system in medical activities using digital technologies. The FMEA method is proposed as the basis, as the most effective from the point of view of assessing the onset, detecting and measuring the consequences of risky events. It is proved that the development of this method of risk assessment based on modern digital solutions makes it possible to form management decisions regarding risks affecting the effectiveness of a medical institution. The purpose of the study is to describe the experience of using digital technologies in risk management in the activities of a federal scientific medical institution.

**Key words:** healthcare organization; risk management; FMEA analysis method; digital technologies; quality management system.

**For citation:** Artamonova G. V., Kushch O. V., Popsuyko A. N., Astakhova N. V., Serebryakova R. A. Experience in organizing risk management in a medical institution using digital technologies. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2024;(4):38–42. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.006.

### Введение

Актуальность темы, обозначенной в заголовке статьи, обусловлена принадлежностью учреждений здравоохранения к организациям, ассоциирован-

ным с высокорисковой деятельностью [1]. Острота проблемы, положенной в основу представленного исследования, обусловлена выводами некоторых отечественных экспертов, о том, что развитие здравоохранения в постпандемийный период требует

создания такой риск-ориентированной системы управления, успешность которой зависит, прежде всего, от качества человеческого капитала и профессионального управления [2]. Основанием для построения подобной системы могут выступить цифровые и информационные технологии в рамках зарождающегося направления «Digital risk management», а также адаптация различных инструментов риск-менеджмента к особенностям функционирования медицинских организаций [3, 4]. Несмотря на наличие разнообразных публикаций, посвященных вопросам оценки методов, алгоритмов управления рисками, исследовательский потенциал данной области научного поиска остаётся неисчерпаемым [5, 6]. Считается, что уникальность функционирования конкретного учреждения отражается, в том числе, в особенностях организации процесса управления рисками [7]. Поэтому исследования, иллюстрирующие опыт применения различных цифровых решений к реализации риск-менеджмента, могут быть востребованы практическим здравоохранением, в области общественного здоровья и организации здравоохранения. Теоретическая новизна настоящей работы состоит в приращении знаний о методах управления организациями, оказывающих медицинскую помощь, а также разработке процедур и инструментов управления рисками.

**Целью** исследования является описание опыта применения цифровых технологий в управлении рисками в деятельности федерального научного медицинского учреждения.

### Материалы и методы

База исследования — федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» — организация, осуществляющая научно-исследовательскую, лечебно-диагностическую и образовательную деятельности. В структуре Института функционирует клиника сердечно-сосудистой хирургии, включающая два кардиохирургических отделения, отделение для хирургического лечения нарушений ритма, операционный блок, реанимация, реабилитационный блок, диагностические службы. Научные подразделения

Института осуществляют курацию клиники, что включает в себя сопровождение процесса оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, стандартов, передовых научных разработок.

С 2011 г. в НИИ КПССЗ, сертифицирована по стандарту ISO 9001. Модель SMK Института носит процессный характер, медицинская деятельность является в ней одним из процессов жизненного цикла. Риск-менеджмент интегрирован в SMK НИИ КПССЗ. Фокус внимания авторов в представленной работе направлен на описание опыта применения метода FMEA-анализа, который предполагает количественную оценку вероятности наступления, степени опасности и вероятности обнаружения рисков события [8].

Для достижения цели исследования использовались традиционные общенаучные методы системного анализа, единства исторического и логического. Изучены отечественная и зарубежная литература. В качестве маркеров поиска использовались слова «управление рисками», «риск менеджмент», «цифровые технологии в управлении рисками», «система управления рисками в здравоохранении». Для исследования были использованы базы данных Российского индекса научного цитирования (РИНЦ).

### Результаты

Существует мнение, что для предприятий, активно разрабатывающих, внедряющих и постоянно улучшающих SMK, является актуальным применение риск-ориентированного подхода [7]. В соответствии с ГОСТ Р ИСО 31000—2019 «Менеджмент риска. Методы оценки риска» под риском понимается следствие влияния неопределенности на достижение поставленных целей, а менеджментом риска — скоординированные действия по руководству и управлению организацией в области риска. При анализе риска, могут быть использованы качественные, количественные или смешанные методы оценки риска.

Командой экспертов НИИ КПССЗ сформирован реестров рисков по процессам SMK и подразделениям, принимающим непосредственное участие в оказании медицинской помощи (рис. 1).

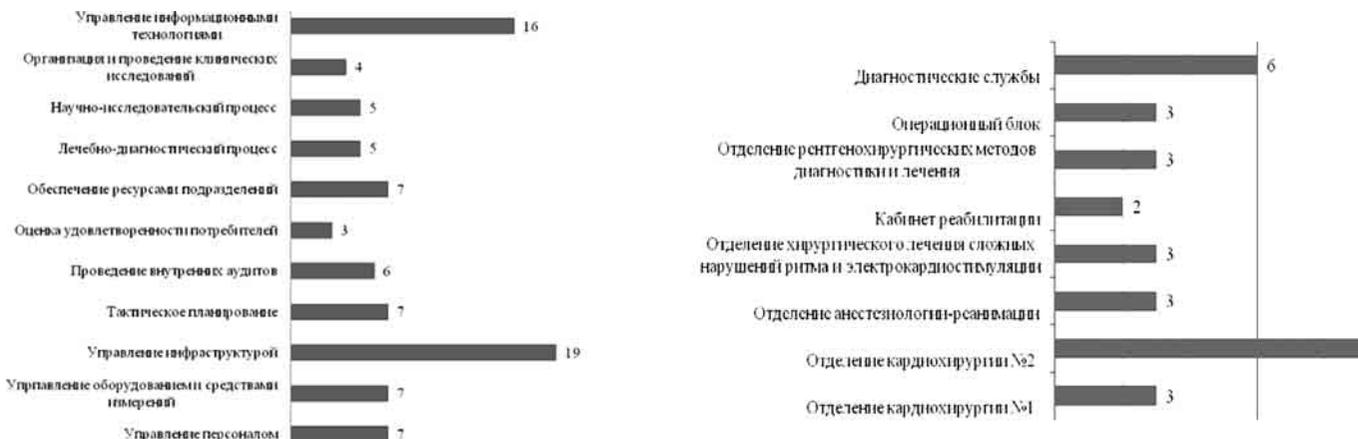


Рис. 1 Распределение рисков по процессам SMK, подразделениям клиники НИИ КПССЗ (ед.)

← → Начальная страница

Управление рисками

Создать Создать на основании - (H) Установить период... Отчеты - Поиск (Ctrl+F) x Q - Еще -

Тип объекта:  Нежелательное событие Объект:

Дата	Номер	Объект	Риск	Тип объе...	Оценка риска			ПЧР	Меропри...	Оценк
					Балл ...	Балл ...	Балл ...			
24.11.2023 11:20:17	000000009	Случай пролежней 1,2 степени тяжести, возникших в период лечения в отделении	Случай пролежней 1,2 степени тяжести, возникших в период...	Нежелате... событие	5	10	5	250	Приобрести противоп... матрасы Непреры... монитори... частоту...	
24.11.2023 11:20:59	000000008	Глубокая инфекция области хирургического вмешательства	Глубокая инфекция области...	Нежелате... событие	9	10	6	540	Внедрение системы триггеров	

Рис. 2 Фрагмент программы ЭВМ IC «Kemcardio:Риск»

Всего идентифицировано 120 рисков, влияющих на процесс оказания медицинской помощи в институте. Информация, представленная на рисунке 1, говорит о неравномерности распределения рисков как по процессам СМК, так и по структурным подразделениям, что обусловлено особенностями каждого из них.

На следующем этапе проведена количественная оценка рисков с использованием методики FMEA-анализа. Каждый выявленный риск ранжирован по десятибалльной шкале по трем показателям: степень опасности S, где 1 — минимальные последствия (вред здоровью не нанесен), а 10 — возможный смертельный исход (опасно без предупреждения); вероятность наступления O, где 1 — маловероятно, а 10 — почти неизбежно; вероятность обнаружения D, где 1 — почти всегда обнаружит, без проведения дополнительных исследований, а 10 — почти никогда не обнаружат, необходима диагностика в течение длительного периода времени после эпизода оказания медицинской помощи либо посмертно. Итоговый расчет уровня опасности выполняется по формуле: ПЧР = S\*O\*D.

Ключевым элементом анализа рисков НИИ КПССЗ является определение приоритета реагирования в зависимости от итогового значения ПЧР: от мониторинга и учета до немедленного реагирования. Так, из 120 идентифицированных рисков 71 имели низкий уровень, 43 средний и 6 высокий уровень опасности.

Считается, что цифровое развитие учреждения любой отраслевой принадлежности представляет собой перманентный процесс поиска и внедрения цифровых технологий, которые изменяют способы и методы риск-менеджмента таким образом, что подавляющее число процедур планирования, проектирования, и т. д. становится персонализированным, безбумажным и осуществляется без лишних действий [4]. Руководствуясь этим посылом, авторами настоящего исследования была разработана программа ЭВМ на цифровой платформе IC «Kemcardio:Риск».

Разработанный программный продукт направлен на автоматизацию системы управления рисками в НИИ КПССЗ, повышение её эффективности за счет снижения временных затрат на исполнение рутинных операций на всех этапах риск-менеджмента, возможности консолидации рисков, идентифицированных на разных уровнях управления (рис. 2).

На рисунке 2 наглядно продемонстрирован интерфейс и отдельные элементы разработанного программного продукта, основные элементы которого соответствуют основным компонентам FMEA-анализа. Для своевременности реагирования на возможные рисковые события степень их опасности (ПЧР) обозначается цветом: зелёный — низкий, желтый — средний, высокий — красный и катастрофический — серый.

В рамках настоящего исследования и в процессе разработки программы для ЭВМ авторами был проведен его сравнительный анализ по отношению к аналогичными продуктам (таблица) [9].

Информация, представленная в таблице 1, говорит о том, что разработанный программный продукт в НИИ КПССЗ имеет преимущество по сравнению с продуктами-аналогами в части удобства адаптации к СМК медицинской организации.

### Обсуждение

Результаты настоящей работы являются продолжением научного поиска отечественных и зарубежных исследователей в направлении лучших практик и теоретического осмысления применения различных инструментов риск-менеджмента в отрасли здравоохранения. Коллективом авторов во главе с И. М. Бурыкиным представлена характеристика различных методов управления рисками в отрасли здравоохранения, а именно: анализ значимых событий (Significant Event Analysis, SEA), анализ причин (root cause analysis), анализ значимых инцидентов (Significant Incident Review, SIR), анализ критических инцидентов (Critical Incident Review), а также дерево решения инцидентов (Incident Decision Tree, IDT). При этом метод FMEA-анализ не находился в области научных интересов рассматриваемых авто-

## Сравнительный анализ программных продуктов по управлению рисками

Возможности программных продуктов (критерии оценки)	Программные продукты										
	TreeTABLE	APIS IQ-FMEA	XFMEA	SCIO™-FMEA	RAM Commander	Windchill FMEA	QMS FMEA	Companion (Minitab)	CASQ-it-FMEA	Relyence FMEA	«Кемкардио:Риск».
Импорт данных из САД-систем (автоматизированного проектирования)						+	+		+		
Импорт данных FMEA из других программ			+	+	+					+	
Управление функциями и требованиями				+	+				+	+	
Структурирование продукта и процесса		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Использование разных шаблонов протокола	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Наличие стандартизированных банков компонентов, отказов, причин, последствий					+					+	
Использование вспомогательных методов анализа последствий и причин (FTA и др.)		+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Визуализация зон высокого риска		+	+	+			+	+	+	+	+
Расчет и анализ общего уровня риска, определение приоритетов для снижения риска	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Возможность управления действиями по снижению риска		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Формирование плана управления, в том числе на основе FMEA	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+

ров, что, с одной стороны показывает многообразие инструментов риск-менеджмента, с другой — усиливает актуальность настоящего исследования ввиду его концентрации на данном методе [10]. В исследовании В. Е. Никитченко с соавторами проанализированы возможные варианты методов оценки рисков в соответствии ГОСТ Р ИСО 31010—2011, а именно: НАССР (анализ опасности и критических контрольных точек), HRA (анализ влияния человеческого фактора), SWIFT (структурированный анализ сценариев методом «что, если?»), FMEA-анализ (анализ видов и последствий отказов и анализ видов, последствий и критичности отказов) и сделан вывод о предпочтительности последнего. Обоснованность выбора обусловлена возможностью его применения для анализа рисков на всех этапах процесса, их улучшения и идентификации возможных ошибок персонала [5]. Представленное в настоящей работе исследование служит продолжением данного направления в части имплементации метода FMEA-анализ к процессной модели СМК Института на основе цифровых решений. Одновременно заслуживают внимания исследования, в которых описанный в настоящем исследовании метод риск-менеджмента адаптирован к деятельности медицинского учреждения. Так, А. Н. Авдеевым с соавторами продемонстрирован опыт управления рисками на основе FMEA-анализа на примере Воронежской городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 10 [11]. Результатом научного поиска Д. В. Антипова и В. А. Бурковой стали предложения по совершенствованию метода FMEA-анализа в направлении увеличения традиционных этапов оценки до пяти, дополнив оценкой значимости риска для потребителя и для учреждения, что, по мнению названных авторов, позволит улучшить качество проводимого анализа [12]. Адаптация данного подхода к медицинской организации предложена рядом российских экспертов [13]. В работе Е. С. Подоплековой и И. И. Князева предложено применить

инструменты машинного обучения и искусственно-интеллекта для прогнозирования этапа (О) в методе FMEA-анализа на основании исторически накопленного массива данных [14]. Авторы настоящего исследования убеждены в перспективности данного направления, в том числе, в качестве источника развития системы управления риск-менеджмента в НИИ КПССЗ с опорой на достигнутые результаты в цифровизации данного процесса.

### Заключение

Опыт организации риск-менеджмента с применением цифровых технологий продемонстрировал широкие возможности быстрой оценки, анализа и реагирования на риски в медицинском учреждении, его можно тиражировать совершенствования системы управления любой медицинской организации.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Восканян Э. В., Шикина И. Б. Глобальные тренды и сценарии развития современного здравоохранения. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2021;(3):628—652.
2. Песенникова Е. В., Перхов В. И. Направления развития медицины и здравоохранения в постпандемическом мире. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2020;(4):535—551.
3. Великороссов В. В. Перспективы применения цифровых технологий в системах управления рисками. *Экономика и управление: проблемы, решения*. 2019;3(1):102—107.
4. Головина Т. А., Адаменко А. А., Сергутина Т. Э. Управление рисками на основе цифровых технологий. *Естественно-гуманитарные исследования*. 2023;47(3):388—392.
5. Никитченко В. Е., Рысцова Е. О., Чернышева А. Н. Анализ и предупреждение рисков при изготовлении лабораторных микробиологических питательных сред методом FMEA. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Агрономия и животноводство*. 2019;14(1):90—98.
6. Радева С. Управление рабочей средой в медицинской организации в условиях риска. *Интерактивная наука*. 2020;53(7):50—56.
7. Ларцева Т. А., Алексахина О. В., Пак Е. В. Процесс управления рисками при производстве медицинской продукции. *Методы менеджмента качества*. 2020;(9):56—61.
8. Клейменова Е. Б., Яшина Л. П. Алгоритмы выявления и анализа внутрибольничных осложнений. Москва: ФГБОУ ДПО

- «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ; 2021. С.180.
- Панюков Д. И., Козловский В. Н., Айдаров Д. В. Программное Обеспечение для поддержки метода FMEA. *Методы менеджмента качества*. 2019;(6):42—49.
  - Бурькин И. М., Алеева Г. Н., Хафизьянова Р. Х. Управление рисками в системе здравоохранения как основа безопасности оказания медицинской помощи. *Современные проблемы науки и образования*. 2013;(1):80.
  - Авдеев А. Н., Иванова М. Ю., Гришкин И. В., Агафонова В. М. Управление рисками медицинской организации на примере городского родильного дома. *Многопрофильный стационар*. 2022;9(1):4—8.
  - Антипов Д. В., Буркова В. А. Совершенствование метода FMEA -анализа для оценки рисков. *Дневник науки*. 2019;29(5):79.
  - Захарова Е. Н., Ковалева И. П. Формирование механизмов управления рисками в медицинском учреждении. *Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 5: Экономика*. 2017;195(1):108—115.
  - Подоплелова Е. С., Князев И. И. Модификация метода FMEA при помощи алгоритмов машинного обучения. *Известия ЮФУ. Технические науки*. 2023;236(6):88—95.
- REFERENCES
- Voskanyan E. V., SHikina I. B. Global trends and scenarios for the development of modern healthcare. *Modern problems of healthcare and medical statistics. [Sovremennye problemy zdavoohraneniya i medicinskoj statistiki]*. 2021;(3):628—652 (in Russian).
  - Pesennikova E. V., Perhov V. I. Directions of development of medicine and healthcare in the post-pandemic world. *Modern problems of healthcare and medical statistics. [Sovremennye problemy zdavoohraneniya i medicinskoj statistiki]*. 2020;(4):535—551 (in Russian).
  - Velikorossov V. V. Prospects for the use of digital technologies in risk management systems. *Economics and management: problems, solutions. [Ekonomika i upravlenie: problemy, resheniya]*. 2019;3(1):102—107 (in Russian).
  - Golovina T. A., Adamenko A. A., Sergutina T. E. Risk management based on digital technologies. *Natural sciences and humanities research. [Estestvenno-gumanitarnye issledovaniya]*. 2023;47(3): 388—392 (in Russian).
  - Nikitchenko V. E., Rystsova E. O., Chernysheva A. N. Risk management based on digital technologies. *Natural sciences and humanities research. [Estestvenno-gumanitarnye issledovaniya]*. 2019;14(1):90—98 (in Russian).
  - Radeva S. Managing the work environment in a medical organization under risk conditions. *Interactive science. [Interaktivnaya nauka]*. 2020;53(7):50—56 (in Russian).
  - Larceva T. A., Aleksashina O. V., Pak E. V. The process of risk management in the production of medical products. *Methods of quality management. [Metody menedzhmenta kachestva]*. 2020;(9): 56—61 (in Russian).
  - Klejmenova E. B., Yashina L. P. Algorithms for the detection and analysis of nosocomial complications. Moscow: FGBOU DPO «Russian Medical Academy of Continuing Professional Education» of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2021. P. 180 (in Russian).
  - Panyukov D. I., Kozlovsky V. N., Aidarov D. V. Software for FMEA method support. *Methods of quality management. [Metody menedzhmenta kachestva]*. 2019;(6):42—49 (in Russian).
  - Burykin I. M., Aleeva G. N., Hafiz'yanova R. H. Risk management in the healthcare system as the basis for the safety of medical care. *Modern problems of science and education. [Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya]*. 2013;(1):80 (in Russian).
  - Avdееv A. N., Ivanova M. YU., Grishkin I. V., Agafonova V. M. Risk management of a medical organization on the example of a city maternity hospital. *A multidisciplinary hospital. [Mnogoprofil'nyj stacionar]*. 2022;9(1):4—8 (in Russian).
  - Antipov D. V., Burkova V. A. Improving the FMEA analysis method for risk assessment. *The diary of Science. [Dnevnik nauki]*. 2019;29(5):79 (in Russian).
  - Zaharova E. N., Kovaleva I. P. Improving the FMEA analysis method for risk assessment. *The diary of Science. [Vestnik Adygejskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 5: Ekonomika]*. 2017;195(1): 108—115 (in Russian).
  - Podoplelova E. S., Knyazev I. I. Modification of the FMEA method using machine learning algorithms. *News of the Southern Federal University. Technical sciences. [Izvestiya YUFU. Tekhnicheskie nauki]*. 2023;236(6):88—95 (in Russian).

**Финансирование:** Результаты получены при поддержке Российской Федерации в лице Министерства науки и высшего образования РФ в рамках Соглашения о предоставлении из федерального бюджета грантов в форме субсидий от «30» сентября 2022 г. № 075-15-2022-1202, комплексной научно-технической программы полного инновационного цикла «Разработка и внедрение комплекса технологий в областях разведки и добычи твердых полезных ископаемых, обеспечения промышленной безопасности, биоремедиации, создания новых продуктов глубокой переработки из угольного сырья при последовательном снижении экологической нагрузки на окружающую среду и рисков для жизни населения» (утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2022 г. № 1144-р).

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

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию 28.05.2024; одобрена после рецензирования 29.10.2024; принята к публикации 18.11.2024. The article was submitted 28.05.2024; approved after reviewing 29.10.2024; accepted for publication 18.11.2024.

**Financing:** The study was supported by the Russian Federation, specifically the Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation, under the Agreement for providing grant funding in the form of subsidies from the federal budget, dated September 30, 2022, No. 075-15-2022-1202. The study is a part of a comprehensive scientific and technological program of the full innovation cycle, entitled "Development and implementation of technologies in the fields of solid mineral exploration and extraction, industrial safety, bioremediation, and the creation of new products through deep coal processing, all with a gradual reduction of environmental impact and risks to the population's well-being". This initiative was established by the Russian Government's decree No. 1144-r on May 11, 2022.

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

The authors declare no conflicts of interests.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.007

## Медико-правовые аспекты этиологии и патогенеза несуицидальных самоповреждений (на примере аутоагрессивного поведения пациентов психиатрической больницы)

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;

ФГАОУ ВО «Государственный университет просвещения», г. Мытищи, Российская Федерация

umnoff2011@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0009-5506-8962?lang=ru>

**Аннотация.** Цель. Изучить этиологию и патогенез самоповреждающего поведения у людей, в том числе выявив особенности причин, форм НССП, а также тактики его лечения у пациентов в условиях психиатрического стационара, исследовать правовую базу и материалы судебной практики по проблеме правового регулирования НССП в России и в мире.

**Процедуры и методы.** Основное содержание исследования составляет повествовательный обзор научной литературы по эпидемиологии НССП, анализ законодательной базы РФ, мировой судебной практики по вопросам правового регулирования НССП, а также изучение и обсуждение 27 клинических случаев аутоагрессивного поведения, произошедших в период с мая 2022 по июнь 2024 года в ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» (филиал ПБ-14).

**Результаты.** В исследовании рассмотрены медицинские и правовые аспекты несуицидального поведения, в том числе изучены причины и формы НССП на основании обзора научной литературы по теме работы и анализа клинических случаев, связанных с несуицидальными актами самоповреждения пациентами психиатрической больницы. Собран анамнез пациентов ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ филиал ПБ 14», которым потребовалась хирургическая помощь после совершения ими действий НССП, выявлены особенности актов несуицидального самоповреждения у пациентов психиатрического стационара по сравнению с общемировыми тенденциями девиантного поведения людей, отражёнными в российских и зарубежных публикациях.

**Теоретическая и / или практическая значимость.** Проведенное исследование позволяет совершенствовать традиционное представление об особенностях несуицидального поведения, в работе затрагиваются проблемы соотношения НССП и суицида, а также рассматривается мировая практика по законодательному регулированию действий членовредительственного характера. Полученные результаты могут быть использованы для профилактики, выявления и контроля самоповреждающих действий у пациентов во время нахождения в психиатрическом стационаре, оптимизации оказания хирургической помощи таким пациентам, а также для совершенствования правового регулирования в вопросах санкционирования аутоагрессивного поведения.

**Ключевые слова:** психические расстройства, аутоагрессивное поведение, аутоагрессия, девиантное поведение, несуицидальные самоповреждения, НССП, хирургическая помощь в психиатрической больнице.

**Для цитирования:** Умнов А. Б. Медико-правовые аспекты этиологии и патогенеза несуицидальных самоповреждений (на примере аутоагрессивного поведения пациентов психиатрической больницы) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 43—52. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.007.

Original article

### Medical and legal aspects of the etiology and pathogenesis of non-suicidal self-injury (drawing on the cases of autoaggressive behavior of patients in a psychiatric hospital)

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;

Federal State University of Education, Moscow region, Mytishchi, Russian Federation,

umnoff2011@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0009-5506-8962?lang=ru>.

**Annotation. Target.** To study the etiology and pathogenesis of self-injurious behavior in humans, including identifying the features of the causes, forms of taking NSSIs, as well as tactics of its treatment in psychiatric hospital patients, taking into account legal conditions and practical materials on the problems of proper regulation of the use of NSSIs in Russia and all over the world.

**Procedures and methods.** The main content of the study is a narrative review of the scientific literature on the epidemiology of NSSI, an analysis of the legislative framework of the Russian Federation, as well as world judicial practice on the problem of legal regulation of NSSI, as well as the study and discussion of 27 clinical cases of autoaggressive summing up that occurred in the period from May 2022 to June 2024 in the Healthcare Institution «PKB № 1» (branch PB 14).

**Results.** An analysis of clinical cases involving non-suicidal acts of self-harm by patients in a psychiatric hospital was carried out. As a result of the study, an anamnesis of patients of the State Budgetary Healthcare Institution «PKB № 1 of the Department of Health, Branch PB 14» who required surgical care was collected, and a survey of medical workers monitoring these patients was also conducted. Features of acts of non-suicidal self-harm in psychiatric hospital patients have been identified, and methodological approaches to organizing surgical treatment of such patients, taking into account their psychosomatic state, have been proposed.

*Theoretical and/or practical significance.* The conducted research makes it possible to improve the traditional understanding of the features of non-suicidal behavior; the work touches on the problems of the relationship between NSSI and suicide, and examines the world practice of legislative regulation of actions of a self-destructive nature. The obtained results can be used for the prevention, detection and control of self-injurious actions in patients while in a psychiatric hospital, optimization of surgical care, as well as to improve legal regulation of sanctioning autoaggressive behavior.

**К е y w o r d s:** *mental disorders, autoaggressive behavior, autoaggression, deviant behavior, nonsuicidal self-injury; NSSI, NSSI disorder, self-harm, suicide, organization of surgical care in a psychiatric hospital.*

**For citation:** Umnov A. B. Medical and legal aspects of the etiology and pathogenesis of non-suicidal self-injury (drawing on the cases of autoaggressive behavior of patients in a psychiatric hospital). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2024;(4):43–52. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.007.

## Введение

Несуицидальное самоповреждение (НССП) — деяние, при котором человек повреждает свой организм без суицидальных мотивов; разновидность возможных форм поведения человека (Whitlock, Eckenrode, Silverman, Yates) [1], может быть следствием других расстройств психики, в частности, может возникнуть при пограничном расстройстве личности, расстройстве пищевого поведения, алкоголизме и наркомании.

В МКБ-10 действия самоповреждающего характера расположены в разделах: (Y26—Y30) «Повреждения с неопределенными намерениями», (X76—X83) «Преднамеренные самоповреждения», (Y87.0) «Последствия умышленных самоповреждений», а не в разделе о психических расстройствах.

Как указывали Glassman, Cloutier, Humphreys [2], самоповреждающие действия — доклинический феномен. В отечественной психиатрии и клинической психологии несуйцидальное самоповреждение изучалось в рамках аутоагрессивного деструктивного поведения, в частности, Кудрявцевым, Бойко, Верещагиным и др. Многие ученые, в том числе Н. А. Польская [3], исследовали феноменологию самоповреждающего поведения.

## Материалы и методы исследования

В данном исследовании произведен повествовательный обзор научной литературы по эпидемиологии НССП на основе работ, содержащихся в базах MEDLINE/PubMed/КиберЛенинка, Elibrary.ru, Scopus (релевантность работ оценивалась в том числе с помощью поиска по ключевым словам).

Изучены правовые аспекты аутодеструктивного поведения людей, связанного с действиями несуйцидального характера. Проведен обзор основных законодательных актов, позиций правоведов, осуществлен анализ судебной практики по теме исследования.

Кроме того, в процессе исследования проанализировано аутоагрессивное поведение несуйцидального характера пациентов ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» в филиале «ПБ 14» (далее — Психиатрическая больница) и отражены особенности оказания хирургической помощи пациентам после совершения ими НССП. Исследование осуществлялось на основе жалоб пациентов, собранного анамнеза и проведения клинической беседы перед оказанием хирургической по-

мощи (в том числе с помощью осмотра кожных покровов в зоне наиболее вероятного нанесения самоповреждений).

В процессе исследования проанализированы действия 27 пациентов с несуйцидальными самоповреждениями (от 20 до 94 лет), находящихся на стационарном лечении в Психиатрической больнице. Единицей наблюдения выступил пациент психиатрического стационара, хоть раз обратившийся за хирургической помощью после совершения им несуйцидального поведения. Среди них женщин — 16, мужчин — 11.

Исследование проводилось с соблюдением принципов Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации. Все данные о пациентах отражены в исследовании обезличено (за исключением данных о возрасте и поле), при проведении данного исследования приняты все меры для защиты частной жизни субъектов исследования и конфиденциальности их персональных данных.

В нашем исследовании помимо проведенного обзора литературы по теме НССП для изучения особенностей несуйцидального поведения пациентов Психиатрической больницы была использована шкала Н. А. Польской [3], которая определяет частоту самоповреждающих действий по 12 пунктам (от «ни разу ранее» до «часто»), продолжительность по времени самоповреждения, мотивы и понимание совершения самоповреждающих действий.

При проведении оценки самоповреждающих действий пациентами психиатрической больницы был определен тип самоповреждения (как правило, в Филиале ПБ 14 были зафиксированы типы самоповреждения небольшой степени тяжести, которые, однако, потребовали хирургическую помощь). В ходе исследования были выяснены длительность и частота таких действий, значение самоповреждений для пациента. Изучены сопутствующие психиатрические расстройства личности и оценен возможный риск суицида для пациента.

При проведении исследования также применялся статистический анализ (Statistica 10.0 for Windows) в виде описательной и частотной статистики, клиничко-психологический метод в виде исследования факторов несуйцидального поведения, типологии, феноменологии в клинической выборке. В исследовании использовались также: нарративный обзор отечественной и зарубежной литературы по эпидемиологии несуйцидального самоповреждающего поведения; сравнительно-правовой анализ российской и зарубежной судебной практики, а так-

же нормативных правовых актов, методы контент-анализа, выкопировки данных из медицинской документации.

### Повествовательный обзор исследований о несуицидальном самоповреждении (НССП)

По мнению Ch. Scharfetter [4], несуицидальные самоповреждения выступают своеобразной деформацией тела. Шер и Баумейстер определяли акты самоповреждения как пагубные действия по отношению к самому себе (*self-defeating*). Однако, на наш взгляд, такое понимание исключает компромиссный подход, поскольку в ходе изучения историй болезни пациентов, за которыми были замечены случаи НССП, а также проведения беседы с такими пациентами, нами было выявлено, что подобные действия помимо того, что пагубно влияли на здоровье пациентов, также могли успокаивать их и даже приносить им удовольствие.

Интересна, однако весьма спорна, позиция К. Меннигера [5], согласно которой несуицидальные действия выступают своеобразным спасением человечества от больших случаев суицида, поскольку являются «самоисцелением» (Menniger, 1938).

Указанная теория подвергалась широкой дискуссии, но уже в 1969 году Krietman N., Philip A.E, Greer S, Bagley C. R. [6] оспорили выдвинутый К. Меннигером тезис, отметив, что «несуицидальные действия» как раз уже по своему названию отличаются от суицида и совершенно не свидетельствуют о том, что люди, их совершающие, вообще когда-либо задумывались о самоубийстве (например, такие «привычки» как навязчивое покусывание ногтей (онихофагия), не означают, что человек не хочет жить).

На наш взгляд, само понятие «несуицидальное поведение» не совсем точно, поскольку оно, как было указано выше, как бы отрицает наличие у человека суицидальной интенции, что всегда не соответствует действительности. Так, по данным R. Dulit и соавт. [7], 80% всех пациентов с пограничным расстройством личности (ПРЛ), неоднократно прибегавших к самоповреждающему поведению, совершают как минимум одну суицидальную попытку.

Стоит отметить, что романтизация суицида и, как следствие, самоповреждений, в литературе (например, в произведениях И. С. Тургенева «Затишье» (1854), «Несчастливая» (1868) и «Клара Милич (После смерти)» (1882), Шекспира, Гёте), в искусстве и истории, как ни странно, также сказывается на людях с неустойчивой психикой, слишком чувствительно реагирующих на то, что им удалось прочитать, услышать или иным способом узнать.

Нельзя не заметить и тот факт, что ряд наблюдаемых нами пациентов Психиатрической больницы достаточно эрудированны, в том числе имеют высшее образование, и зачастую, как указывал сторонник социального подхода Э. Дюркгейм, детерминирующими факторами несуицидальных и суицидальных действий таких людей являются в первую очередь их социальные коммуникации, социальное окружение.

Возникает резонный вопрос, почему тогда люди, имеющие определенное образование, знание и навыки в различных областях, столкнулись в своей жизни с НССП? Безусловно, нельзя отрицать, что многие психиатрические заболевания носят наследственный характер (например, шизофрения, болезнь Альцгеймера и др.), при этом триггером НССП могут выступить, в частности, императивные галлюцинации, например, при шизофрении. По мнению ряда исследователей, возникающие на фоне психиатрических расстройств НССП целесообразно расценивать как симптом основного заболевания, а не как отдельный феномен (критерии DSM-5 для NSSI-D в указанных исследованиях предлагается не применять) [8]. На наш взгляд, это не совсем точно, поскольку НССП имеют свои отличительные особенности, а потому их отдельное выделение представляется целесообразным. В связи с этим в нашем исследовании НССП у пациентов Психиатрической больницы рассматривалось отдельно от их основного заболевания, из-за которого они находились на стационарном лечении.

Как уже отмечалось, НССП выступает разновидностью агрессивного поведения, направленного на самого себя. В различных словарях приводятся вариативные дефиниции понятия «агрессия» (в частности, «поведение/действие, наносящее физический или психический вред»; «мотивированное деструктивное поведение, противоречащее общественным нормам, наносящее вред объектам нападения, приносящее физический ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт»<sup>2</sup>). На наш взгляд, особого внимания заслуживает емкое определение агрессии, данное Э. Фроммом: «агрессия — это коллекция хлама, куда мы сваливаем многие психологические механизмы, которые мы не умеем анализировать, или даже не знаем, как их точно назвать». Среди наиболее важных факторов аутоагрессивного поведения людей выделяют наличие аффективного, личностного, умственного расстройства или наличие психического диагноза в семье [9].

Поскольку в выборке нашего исследования принимали участие исключительно пациенты Психиатрической больницы, наличие у них психиатрического заболевания презюмируется. Вместе с тем далеко не каждый пациент больницы обращался за хирургической помощью после совершения несуицидальных действий, в связи с чем в нашем исследовании были отобраны только те случаи, в результате которых потребовалось соответствующее хирургическое вмешательство.

Стоит отметить, что наличие интеллектуального потенциала так называемой интеллигенции [10], составляющей часть пациентов Психиатрической больницы, не способно обезопасить людей от различных психозов и атипичного поведения, в связи

<sup>1</sup> Словарь практического психолога /Сост. С. Ю. Головин. — Харвест; Минск. 1998. — 84 с.

<sup>2</sup> Психологический словарь/ под ред. В. П. Зинченко, Б. Г. Мещерякова. — М., 1997. — 440 с.

с чем также возрастает риск частоты несуицидальных действий у пациентов.

В частности, с начала пандемии Covid-19, у многих людей, в том числе не находящихся на диспансерном наблюдении по причине наличия психиатрических заболеваний, были зафиксированы действия самоповреждающего характера, а потому некоторые ученые выдвигали гипотезы о том, что стресс выступает наиболее активным триггером к подобным действиям (Е. В. Дарьин, О. Г. Зайцева [11]).

В зарубежном обзоре научных работ, связанных с влиянием эпидемии Covid-19 на распространенность НССП, проведенном Дарьиным Е. В. и Зайцевой О. Г. [11], показано, что тенденция всплеска роста НССП в ковидное время зафиксирована во многих странах. В частности, в Швеции за время пандемии 2020—2021 г.г. такой прирост составил 27,6% (исследование Maria Zetterqvist с соавт.). В Азиатско-Тихоокеанском регионе (согласно материалам Tang et al.) распространенность НССП за аналогичное время также значительно возросла. Схожие результаты наблюдались в Китае (исследование Jiayi Xiao с соавт.), Австралии (исследование Sara Grant et al.), Италии (исследование Michela Gatta), Республике Корея (исследование Park, S. J. et al.).

Следует подчеркнуть, что НССП выступает не единственным способом нанесения вреда здоровью и качеству жизни человека. В частности, чрезмерное употребление алкоголя, курение, наркотики, так называемое «рискованное поведение», нарушение пищевого поведения и др. наносят не меньший ущерб здоровью населения. Кроме того, стоит отметить и проблему комплаентности пациентов, например, при приеме лекарственных средств, поскольку отказ от медикаментов, в частности, при диабете, болезнях сердечно-сосудистой системы не менее опасен. В связи с чем, на наш взгляд, самоповреждающие действия можно также классифицировать на активные («самокусание», «самоцарапанье» и т. д.), и пассивные несуицидальные действия (отказ от приема пищи, от медикаментов). Полагаем, что «прямым несуицидальным действием» можно считать такое поведение, в результате которого вред здоровью был нанесен сразу после совершения членовредительного акта (например, кровь пошла из раны сразу после укуса), а «косвенным несуицидальным действием» целесообразно обозначить то, при котором отсутствует немедленная причинно-следственная связь (длительное пребывание в абьюзивных отношениях). Вместе с тем на практике нами были обнаружены также и такие несуицидальные действия, которые можно назвать прямыми и косвенными одновременно (например, отказ от пищи с одновременным расстройством пищевого поведения и, как следствием, нервной анорексией).

Несмотря на изучение многими исследователями мотивов несуицидальных действий, окончательного полного списка причин их совершения на данный момент нет. На наш взгляд, указанные факторы можно сгруппировать на базисные доминанты: психологические, социальные и биологические предпо-

сылки. В свою очередь, М. Нокк и М. Пинштейн [12—14] психологические предпосылки разделили на четыре категории: мотив почувствовать что-то после совершения НССП; генерация прилива сил; отрицание внешнего раздражителя (желание избежать стресс); желание получить внешний отклик (получить ресурсы, обратную связь); желание избежать негативного подкрепления (избегание наказания).

В настоящее время также не существует, и, видимо, не может существовать полного списка самоповреждающих действий. Наиболее частыми являются нарушение целостности покровов тела и слизистых (путем расчесывания, укусов, порезов т. д.) и немотивированный отказ от приема пищи. Такие несуицидальные самоповреждения, как расчесы кожи, повреждение ногтевых пластинок и слизистой оболочки носа, могут иметь место в раннем подростковом возрасте, наиболее распространены среди девушек, и, как правило, с возрастом частота таких действий уменьшается. Вместе с тем распространенность подобных актов несуицидального характера также высока среди преступных и асоциальных групп населения.

В практике системы уголовно-исполнительного судопроизводства, как пишут В. В. Соломенцев, Е. В. Станевич [15], многие заключенные используют так называемую «профессиональную технику членовредительства», зная, какие раны будут способствовать обильному кровоизлиянию, чтобы показательно измазать себя кровью, тем самым преследуя цель шантажировать зрителей. Подобные действия пациентов, как правило, носят неумышленный и неосознанный характер.

Несуицидальные повреждения могут различаться в зависимости от умысла и характера психических расстройств. Так, А. Г. Амбуровой и В. А. Тихоненко [16] была предложена следующая классификация несуицидальных самоповреждений по названным выше критериям: протест; месть; привлечение внимания; самоустранение как уход от угрозы, проявление агрессии, отказ от своего существования (наиболее близко к суициду, может перерасти в него); самонаказание, снижение напряжения.

Ряд исследователей, в частности Е. Stengel, N. Krietman [17], попытки несуицидальных самоповреждений также именуют «квазисуицидом» или «парасуицидом», поскольку, по их мнению, такие действия можно также рассматривать как феномен незавершенного или длящегося суицида. Несмотря на отсутствие немедленного летального исхода, несуицидальные самоповреждения не должны оставаться без внимания, так как могут не только навредить здоровью человека, но и вызвать смертельный исход. Особенности психосоматического состояния пациентов при наличии несуицидального самоповреждения, должны учитываться при оказании медицинской помощи пациентам.

Действия несуицидального характера в психиатрии носят свои определённые особенности, которые можно рассмотреть в сравнении: с правовой точки зрения, и с медицинской.

## Правовые аспекты НССП

Исследование нормативно-правовой стороны проблемы показало, что согласно ст. 3 Всеобщей декларации прав человека «каждый человек имеет право на жизнь», аналогичное утверждение закрепляется и в ст. 20 Конституции РФ<sup>3</sup>: «каждый имеет право на жизнь». С одной стороны, законодатель четко обозначает, что жизнь — это право, а не обязанность человека, но с другой стороны, в ч. 1 ст. 27 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>4</sup> указывается, что «граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья», тем не менее, в действующем законодательстве РФ отсутствуют какие-либо негативные юридические санкции за несутцидальное самоповреждение.

По мнению многих ученых (В. Б. Шабанов, М. Ю. Кашинский [18]), большинство действий и квази-подобных действий людей выступает результатом взаимодействия личности и социума, в связи с чем корни несутцидальных действий ряде случаев исходят из сферы взаимодействия пациентов с окружающими их средой (то есть как с окружением пациента в стационаре, так и с ранним окружением, в случае, например, недавнего поступления в Психиатрическую больницу).

Несуцидальные действия в правовой науке принято рассматривать как разновидность посягательства на свое здоровье и качество жизни [19], они способны привести к длительным и необратимым последствиям. Поскольку несутцидальные действия чаще всего характеризуются таковыми, если они были совершены индивидуумом неоднократно (в науке превалирует позиция о том, что такие действия должны быть совершены не менее 5 раз<sup>5</sup>), их можно рассматривать, на наш взгляд, как дрящееся действие.

До сих пор в мировой юриспруденции не сформулированы четкие критерии для отдельного регулирования прав и интересов лиц, совершающих акты НССП, не закреплена ответственность за так называемое «участие в своем членовредительстве».

Вместе с тем, определенные попытки формирования ответственности за акты самоповреждения можно обнаружить в законодательной практике в Российской Федерации.

Так, обратимся к Федеральному закону от 03.05.2012 № 45-ФЗ «О внесении изменения в ст. 76 Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации»<sup>6</sup>. Указанный закон был внесен в Государственную Думу Правительством РФ 31.08.2011 как законопроект № 597884—5 под наименованием «О

внесении изменений в ст. 76 и 116 Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации» и существенно отличался по своему содержанию от принятой редакции.<sup>7</sup> В частности, законопроектом предлагалось также внести в ст. 116 УИК РФ<sup>8</sup> изменения, направленные на усиление ответственности осужденных за действия, дезорганизующие деятельность исправительных учреждений, признав групповой отказ от приема пищи или его организацию, совершение группового акта членовредительства злостным нарушением установленного порядка отбывания наказания. В пояснительной записке была приведена статистика, свидетельствующая о тенденции усиления подобных протестных акций, чтобы осужденных не обыскивали, не досматривали их посылки, разрешали носить гражданскую одежду. В связи с этим предлагалось установить ответственность за несутцидальные повреждения применительно к особым субъектам: лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы.

Вместе с тем в процессе рассмотрения законопроекта предлагаемые поправки в ст. 116 УИК РФ были исключены. В частности, как было отмечено Комитетом Государственной Думы по безопасности и противодействия коррупции<sup>9</sup>, «акты голодовки и членовредительства не являются фактами противоправного поведения, а напротив требуют дополнительного внимания и проверки в деятельности исправительного учреждения».

Отмечаем, что в Методических рекомендациях Минпросвещения России от 28.07.2023 № 07—4251 «Профилактика девиантного поведения обучающихся в образовательных организациях: психолого-педагогический скрининг и формирование благоприятного социально-психологического климата» в качестве одного из критериев фактора риска совершения общественно опасного деяния служат изменения в поведении обучающихся в сторону аутоагрессии, высказывание суцидальных мыслей, наличие рисунков суцидального содержания, обсуждение суцида в социальных сетях, планирование/попытка суцида, наличие признаков самоповреждающего поведения (селфхарма).

Анализ судебной практики в России, проведенный в начале июня 2024 года с помощью системы КонсультантПлюс на основании «карточки поиска» по релевантным словам, позволил выявить, что: использование слов «селфхарм» в российской судебной практике отсутствует; слово «аутоагрессия» в судебной практике употреблялось 87 раз (из них 6 раз в решениях высших судов, 1 раз в решении арбитражного суда, 80 раз в решениях судов общей юрисдикции); слово «самоповреждение» в судебной практике использовалось 160 раз (из них 15 раз в решениях высших судов, 19 раз в решениях арбитражных судов, 126 раз в решениях судов общей юрисдикции). При этом выявлено, что по смыслу

<sup>3</sup> Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // <http://www.pravo.gov.ru>, 04.07.2020.

<sup>4</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2024) // Российская газета, № 263, 23.11.2011.

<sup>5</sup> <https://medconfer.com/node/19637>.

<sup>6</sup> <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201205040004>.

<sup>7</sup> <https://sozd.duma.gov.ru/bill/597884-5>.

<sup>8</sup> Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации от 08.01.1997 № 1-ФЗ // Российская газета, № 9, 16.01.1997.

<sup>9</sup> <https://sozd.duma.gov.ru/bill/597884-5>.

слово «самоповреждение» иногда использовалось судами как контекстный синоним понятия «суицид». Анализ судебной практики позволил заключить, что в России отсутствует ответственность за самоповреждающие действия, не носящие суицидальный характер.

В большинстве стран выработаны юридические оценки суицидальных действий: как запрет суицидов, в том числе уголовная ответственность за попытки суицида, а также беспрепятственная возможность распоряжения своей жизнью, в том числе законодательное разрешение суицидов, эвтанази.

В российском законодательстве определение эвтаназии закреплено в ст. 45 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», под которой понимается «ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием), средствами, в т.ч. прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента». Кроме того, данная статья содержит прямой запрет медицинским работникам на ее осуществление. Эвтаназия квалифицируется по ст. 105 Уголовного кодекса РФ<sup>10</sup> как убийство.

Обращаясь к зарубежному опыту, заметим, что в 2020 г. Федеральный Конституционный Суд Германии (Bundesverfassungsgericht, BVerfG)<sup>11</sup> выявил право на самостоятельную смерть и возможность распоряжения своим телом, жизнью и здоровьем из общих прав личности.

Таким образом, немецкая правовая система стала опираться на отсутствие обязанности человека жить, быть здоровым. Впоследствии в Германии сложилась судебная практика, подтверждающая право человека самостоятельно выбирать уровень качества и своей жизни, а значит, право на совершение самоповреждающих актов [20]. Так, в силу пункта 1 (а) Постановления Второго Сената от 26.02.2020: «Общее право личности (п. 1 ст. 2 и п. 1 ст.1 Основного закона Германии) включает в себя, право на самоопределение в вопросах смерти, как акт личной автономии». Закрепленное BVerfG право на личную идентичность и включает в себя право на самоопределение смерти, которое, в свою очередь, содержит право на самоубийство. На наш взгляд, к нему можно отнести и право на НССП.

Многие страны следуют прецеденту, выраженному в решении ЕСПЧ по делу «Pretty v. the United Kingdom» от 29.04.2002,<sup>12</sup> в котором дано заключение от ЕСПЧ о том, что право на жизнь не предусматривает под собой права на смерть. С 16.03.2022 Россия вышла из-под юрисдикции ЕСПЧ, однако ни сейчас, ни ранее законодательного права на смерть, а также членовредительские действия по отношению к своему организму в РФ не было, в том числе

данное право никогда не выводилось из судебной практики.

На сегодняшний день в мире выделяются два основных руководства, на которые опираются специалисты из разных стран для классификации и диагностики всех существующих заболеваний, это МКБ и DSM. Отмечаем, что изменения в последней редакции DSM были достаточно дискуссионные (М. С. Зинчук, А. С. Аведисова и др. [21]). Так, в номенклатуре DSM-5 появилось «несуицидальное самоповреждение», которое было включено в секцию III и отнесено к состояниям, рекомендованным для дальнейшего изучения. Кроме того, дополнительно выделено 2 подтипа неутонченного НССП (nonsuicidal self-injury, not otherwise specified), к которым могут быть отнесены случаи с меньшей чем 5 раз за год частотой самоповреждений (тип 1, sub-threshold), и случаи, когда при НССП возникало и желание совершить суицид (тип 2, intent uncertain).

### Обзор и обсуждение НССП, потребовавшего хирургического вмешательства у пациентов Психиатрической больницы

Психические нарушения и эмоциональные расстройства — частый признак, ассоциирующийся с НССП — 45—88% [22].

В результате анализа медицинской документации, бесед с пациентами и медицинским персоналом выявлено, что все обследованные пациенты (27 человек), находясь в стационаре, хотя бы раз совершили акт самоповреждения до того, как им потребовалась хирургическая помощь за аналогичные действия.

Проведенное нами исследование показало, что наиболее частыми причинами совершения несуйцидальных действий во время нахождения в стационаре больницы стали: страх, переживание, снижение стресса, самонаказание, решение межличностных проблем, обида, непонимание, желание скрыть свои недостатки, обращение за помощью.

Указанные действия относятся к понятию аутоагрессивного поведения, под которым, согласно позиции Амбрумовой А. Г., Тихоненко В. А. [16], понимаются преднамеренные действия (преднамеренные поступки при неосознании возможности смертельного исхода как их результата), следствием которых является физическое или психическое разрушение личности, не носящее осознанной цели лишения себя жизни.

Самыми частыми примерами несуйцидальных повреждений в рамках проведения нашего исследования стали: нарушение целостности покровов тела из-за постоянного расчесывания кожи, препятствование заживлению поверхностных ран, сдирание ногтя, падения на колени, занесение инфекции в рану (15 случаев); немотивированный отказ от приема пищи (6 случаев); отказ от хирургических вмешательств (3 случая, в частности, отказ от операции по удалению вросшего ногтя, привел к осложнениям в виде развития флегмоны пальца); укусы различных частей тела (рук, губ и т. д.) (3 случая).

<sup>10</sup> Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 06.04.2024) // Собрание законодательства РФ, 17.06.1996, № 25, ст. 2954.

<sup>11</sup> [https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226\\_2bvr234715.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html)

<sup>12</sup> <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/58060487/>

Рассмотренные случаи несутцидальных действий стали причиной обращения за хирургической помощью. Так, отказ от приема пищи потребовал от хирурга установки назогастрального зонда для осуществления персоналом отделения кормления больного. Повреждение кожных покровов из-за расчеса и возникновения нагноения кожи, послужило основанием назначения антибактериальной терапии и обработки кожи «фукорцином». Умышленная экскориация ногтя после ушиба пальца руки привела к его отслойке и последующей резекции хирургом. Поверхностный укус плеча обрабатывали «фукорцином», а также с профилактической целью был назначен антибиотик. В результате повторных отказов пациентов от резекции вросшего ногтя, послуживших развитию гнойного воспаления бокового валика большого пальца нижней конечности, потребовалось проведение операции под внутривенным наркозом, в ходе которой ногтевая пластинка была полностью удалена, рана санирована и назначены антибиотики.

Чаще пациенты, расчесывая кожные покровы и образования кожи, наносят повреждения в одном и том же месте, как правило, в легко скрываемых, но доступных местах (например, на лице, передней поверхности бедра и туловища). Постоянное повреждение одного места может привести развитию гнойного воспаления кожи, язвы, заживление которых сопровождается, порой, образованием грубых рубцов. Иногда они это совершают бессознательно, иногда в их поступках присутствует умысел. В результате подобных несутцидальных действий, как уже было указано выше, пациенты нуждаются в том числе в оказании хирургической помощи.

Стоит отметить, что согласно Справочнику MSD<sup>13</sup>, в мире наиболее частыми случаями НССП являются порезы или проколы кожи острым предметом (например, ножом, лезвием бритвы, иглой), а также обжигание кожи (как правило, сигаретой).

Одной из особенностей НССП среди пациентов Психиатрической больницы можно называть то, что пациенты не имеют в свободном доступе какие-либо колющие и режущие предметы, а также сигареты, а потому указанная мировая тенденция к ним не применима.

При оказании хирургической помощи пациентам, находящимся на лечении в психиатрической больнице, были выделены следующие особенности психоэмоционального состояния пациентов: 1) боязнь врача, особенно хирурга, который, по их мнению, может причинить боль; 2) неспособность четко и внятно объяснить причину возникновения проблемы, требующей хирургического вмешательства; 3) отсутствие самоконтроля при соблюдении рекомендаций о дальнейшем лечении; 4) частота рецидивов самопроизвольных травм и увечий, требующая повторного хирургического вмешательства и т. д.

Некоторые пациенты не считают самоповреждение проблемой, не ищут, и не принимают консультативную помощь. Довольно часто возникновению несутцидальных мыслей способствуют «голоса в голове», «приказывающие» человеку наносить себе вред и отказываться от помощи специалистов. Отказ от операций также происходит из-за слабоумия некоторых пациентов, при котором больные мучаются от боли, но вмешательство хирурга также не допускают, так как из-за включения безусловных рефлексов стремятся избежать новой боли, после преодоления которой основное заболевание пройдет. Поэтому данным пациентам очень трудно провести некоторые манипуляции, например, резекцию вросшего ногтя или удаление нагноившейся атеромы, под местной анестезией. Необходимо отметить, что диагностика несутцидального членовредительства должна исключить суицид. Оценку самоповреждения необходимо осуществлять до начала и на протяжении всего курса терапии.

Нет сомнения в том, что проблема распространенности НССП актуальна во всем мире, вместе с тем именно пациенты психиатрической больницы как наиболее уязвимая категория людей по склонности к частоте возникновения несутцидальных самоповреждений нуждаются в особом контроле и изучении подобных действий, поскольку НССП способно также выступить триггером к дальнейшим формам проблемного поведения, в том числе перерасти в суицидальное настроение. Лечение психических расстройств по сравнению с лечением соматических болезней имеет свои особенности, в первую очередь, обусловленные спецификой восприятия пациентами окружающего мира и самих себя.

При использовании методов оперативного лечения лечащий врач должен, максимально не причинить пациенту еще большие страдания, в том числе психологические. Немаловажным фактором в соматическом выздоровлении пациента и успешности хирургических манипуляций в психиатрии можно назвать послеоперационный период. В виду этого, если после операции пациент, например, продолжит расчесывать кожу, будет отказываться в дальнейшем от необходимого медицинского вмешательства, или будет кусать себя снова, — все это скажется на здоровье пациента и сведет все старания хирурга на нет. В связи с этим, помимо проведения хирургических манипуляций, врач осуществляет непосредственное словесное и вербальное коммуницирование с пациентом, учитывает его психиатрическое заболевание и старается максимально доступно и понятно объяснить свои действия, опасность и вред для здоровья актов несутцидального характера, совершенных пациентом. Необходимо совместное с пациентом обсуждение несутцидальных действий для адекватного восприятия пациентом своих поступков и их последствий, даже если пациент страдает психическими заболеваниями. Врачу при этом необходимо внимательно выслушать пациента, серьезно отнестись к его чувствам и переживаниям, постараться обратить внимание на эмоцио-

<sup>13</sup> Авторы: Christine Moutier, MD, American Foundation For Suicide Prevention). В ред. июля 2023 г.

нальное состояние пациента, узнать причины и мотивы поступков.

При изучении несуицидальных действий и методики их хирургического лечения, особый акцент сделан на коммуникации таких субъектов правоотношений как «врач-пациент», поскольку, помимо рутинных медицинских манипуляций большое значение имеет организация превенции несуицидальных действий (в том числе повторных) и методика проведения терапии с пациентами, совершившими подобные действия.

Полагаем, что несуицидальные действия можно сгруппировать на: активные и пассивные. К последним отнесем отказ от приема пищи и отказ от хирургического вмешательства, при наличии явных оснований для него. В такой классификации пассивные действия можно расценить как бездействия, поскольку никакого физического воздействия по отношению к своему телу пациент не предпринимает, или же как пассивно-подобное действие, в результате которого наступают неблагоприятные последствия для здоровья и жизни человека.

Поскольку в стационаре пациенты находятся под пристальным наблюдением со стороны медицинского персонала, подобные действия в практике больницы довольно редко встречаются, однако если такие случаи происходят, после их совершения пациенты получают дополнительные контроль и когнитивно-поведенческую терапию. При этом врачами определяется степень желания получать пациентом такую терапию. В качестве указанной терапии используются диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) и (или) эмоционально-регулирующая групповая терапия (ЭРГТ). Кроме того, продолжается лечение сопутствующих психиатрических расстройств. На сегодняшний день никакие медикаментозные препараты не были одобрены для лечения исключительно несуицидального членовредительства.

Хирургическая помощь пациентам психиатрической больницы может быть оказана как в самой больнице, так и с переводом в другие медицинские организации, т. е. во взаимодействии со сторонними медицинскими организациями. Не секрет, что указанные характерные аспекты оказания медицинской помощи лицам с психическими расстройствами не теряют своей актуальности и при лечении соматических заболеваний, в частности, требующих оказания хирургической помощи. Вместе с тем, взаимодействие медицинских организаций при оказании плановой и экстренной хирургической помощи зависит не только от особенностей состояния пациентов с психическими расстройствами, но и обусловлено самой медицинской организацией, где такие пациенты находятся на стационарном лечении, в частности, зависит от ее инфраструктуры, наличия необходимых инструментов, кабинетов, специалистов и от ряда других факторов. При этом поведенческие и когнитивные способности пациентов, возможность их осознавать и понимать свое состояние, последствия своих действий также сказываются на построении грамотной техники взаимодействия ме-

дицинского персонала и организаций при лечении таких пациентов.

При оказании помощи пациентам с НССП необходимо следующее: 1) выяснение причин совершения конкретных несуицидальных действий, объяснение возможных последствий в случае рецидива таких поступков, общение с пациентом, попытки устранить факторы, способствующие подобным действиям; 2) объединять пациентов, совершающих аналогичные НССП в группы и поводить с ними совместные беседы, разговоры, направленные на предотвращения повторных актов самоповреждения. Кроме того, требуется особое внимание медицинского персонала к таким пациентам, а также разработка организации превенции НССП, в том числе активного взаимодействия с младшим медицинским персоналом и родственниками пациентов. Хирурги зачастую не могут оценить суицидальные намерения пациентов лишь по особенностям раны, в связи с чем им нужно привлекать врача-психиатра.

Обзор литературы по теме, связанной с самоповреждениями, и анализ клинического материала на основе обращений пациентов Психиатрической больницы свидетельствуют о том, что среди обращающихся за хирургической помощью с НССП, доля лиц с суицидальным поведением за период с мая 2022 по июнь 2024 года составляла 0% процентов. Это отличается от данных, приводимых в литературе. Среди причин можно выделить, на наш взгляд, следующие наиболее значимые: во всех случаях привлекался врач-психиатр (поскольку заявку для обращения к хирургу формирует как раз лечащий врач-психиатр); в больнице организована система дифференцированного учёта повреждений по суицидальным и несуицидальным мотивам (в случае серьезных травм (жизнеугрожающих) пациенты могут быть переведены в многопрофильный стационар).

### Заключение

Проведенное нами исследование свидетельствует о возрастающей актуальности проблемы распространенности НССП во всем мире. Вместе с тем, несмотря на многочисленные публикации по теме, связанной с самоповреждениями, в России и во всем мире не сформулирован закрытый перечень самоповреждающих действий, а также причин и форм их совершения. Предложено сгруппировать различные причины НССП по следующим категориям: психологические, социальные и биологические предпосылки. При этом доказано, что одной из предпосылок роста НССП можно назвать пандемию Covid-19, о чем свидетельствуют проведенные в различных странах исследования. Выявлено, что НССП по своему названию отличается от суицида, однако может привести к нему, а также свидетельствовать о намерении человека его совершить. Сделан вывод о том, что уровень образования не гарантирует отсутствие актов НССП в анамнезе пациента.

Рассмотрены юридические гарантии права на жизнь и здоровье, а также проанализирована судебная практика России и других стран, свидетельствующая о том, что на сегодняшний день отсутствует ответственность за совершение несуицидальных действий, что отличает НССП, в частности, от правового регулирования суицида, который санкционирован в ряде стран. Выявлено, что на законодательном уровне предпринимались попытки также установить ответственность за членовредительство, которые, однако, не увенчались успехом.

Проанализированы случаи обращения за хирургической помощью после совершения самоповреждений пациентами Психиатрической больницы. Определено, что акты НССП следует рассматривать как отдельное заболевание, а не только как один из симптомов психологической болезни. Выявлены особенности, отличающие характер и причины проявления НССП у пациентов Психиатрической больницы от особенностей, описанных в изученных исследованиях по теме аутоагрессивного поведения. Отражена тактика оказания хирургической помощи в связи с обращением по поводу совершения пациентами НССП.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- Whitlock J., Eckenrode J., Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*. 2006.
- Klonsky E.D, Victor S. E., Saffer B. Y. Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2014;59(11):565—568.
- Польская Н. А. Психология самоповреждающего поведения. Москва: ЛЕНАНД; 2017.
- Scharfetter Ch. Allgemeine psychopathology. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1991.
- Menninger K. A. Man against Himself. Harcourt, Brace: New York; 1938.
- Krietman N., Philip A. E., Greer S., Bagley C. R. Parasuicide. *Br J Psychiatry*. 1969;115(523):746—747.
- Dulit R.A, Fyer M.R, Leon A.C, Brodsky B.S, Frances A. J. Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1994;151(9):1305—1311.
- Дарьин Е. В., Зайцева О. Г. Этиология и факторы риска несуицидального самоповреждающего поведения. *Медицинский вестник Юга России*. 2023;(1):13—23.
- Абрамова А. А., Ениколопов С. Н., Ефремов А. Г., Кузнецова С. О. Аутоагрессивное несуицидальное поведение как способ совладания с негативными эмоциями. *Клиническая и специальная психология*. 2018;7(2):21—40.
- Кулешова И. Н., Минников В. К. Социально-психологические особенности политического мировоззрения и политической активности современной интеллигенции. *Интеллигенция и мир*. 2016;(1):66—76.
- Дарьин Е. В., Зайцева О. Г. Эпидемиология несуицидального самоповреждающего поведения (несистематический повествовательный обзор). *Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева*. 2023;57(2):8—19.
- Nock M. K., Prinstein M. J. A functional approach to the assessment of self mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;(72):885—890.
- Nock M. K., Prinstein M. J. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*. 2005;(114):140—146.
- Nock M. K., Prinstein, M. J., Sterba S. K. Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*. 2009;118(4):816.

- Соломенцев В. В., Станевич Е. В. К вопросу о структуре травматизма в местах лишения свободы России. *Царскосельские чтения*. 2013;(8):60—63.
- Амбурова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения: метод. Рекомендации. Москва: Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР; 1980.
- Krietman N., Philip A.E, Greer S, Bagley C. R. Parasuicide. *Br J Psychiatry*. 1969;115(523):746—747.
- Шабанов В. Б., Кашинский М. Ю. Организационно-правовые проблемы противодействия суицидальным и несуицидальным аутодеструктивным проявлениям осужденных в местах лишения свободы. *Вестник ВИ МВД России*. 2012;(3):17—24.
- Vega D., Sintes A., Fernández M., Puntí J., Soler J., Santamarina P., et al., editors. Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why? *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2018;46(4):146—55.
- Henking T. Suizid und Suizidbeihilfe aus rechtlicher und ethischer Perspektive. *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz. German*. 2022;65(1):67—73.
- Зинчук М. С., Аведисова А. С., Гехт А. Б. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихотического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2019;119(3):108-119.
- Скрябин Е. Г., Зотов П. Б., Аксельров М. А., Трошина И. А., Рейхерт Л. И., Бухна Ю. А., Петрова А. Г. Преднамеренные самопорезы с суицидальной и несуицидальной целью в клинической практике. *Суицидология*. 2020;40(3):130—147.

## REFERENCES

- Whitlock J., Eckenrode J., Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*. 2006.
- Klonsky E.D, Victor S. E., Saffer B. Y. Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2014;59(11):565—568.
- Polskaya N. A. Psychology of self-injurious behavior. Moscow: LENAND; 2017 (in Russian).
- Scharfetter Ch. Allgemeine psychopathology. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1991.
- Menninger K. A. Man against Himself. Harcourt, Brace: New York; 1938.
- Krietman N., Philip A. E., Greer S., Bagley C. R. Parasuicide. *Br J Psychiatry*. 1969;115(523):746—747.
- Dulit R.A, Fyer M.R, Leon A.C, Brodsky B.S, Frances A. J. Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1994;151(9):1305—1311.
- Darin E. V., Zaitseva O. G. Etiology and risk factors for non-suicidal self-injurious behavior. *Medical Herald of the South of Russia. [Meditinskij vestnik Yuga Rossii]*. 2023;14(1):13—23 (in Russian).
- Abramova A. A., Enikolopov S. N., Efremov A. G., Kuznetsova S. O. Auto-aggressive non-suicidal behavior as a way of coping with negative emotions. *Clinical and special psychology. [Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya]*. 2018;7(2):21—40 (in Russian).
- Kuleshova I. N., Minnikov V. K. Social and psychological features of the political worldview and political activity of the modern intelligentsia. *Intelligentsia and the world. [Intelligentsiya i mir]*. 2016;(1):66—76 (in Russian).
- Daryin E. V., Zaitseva O. G. Epidemiology of non-suicidal self-injurious behavior (non-systematic narrative review). *Review of psychiatry and medical psychology named after V. M. Bekhterev. [Obzornye psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V. M. Bekhtereva]*. 2023;57(2):8—19 (in Russian).
- Nock M. K., Prinstein M. J. A functional approach to the assessment of self mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;(72):885—890.
- Nock M. K., Prinstein M. J. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*. 2005;(114):140—146.
- Nock M. K., Prinstein, M. J., Sterba S. K. Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*. 2009;118(4):816.

15. Solomentsev V. V., Stanevich E. V. On the issue of the structure of injuries in places of deprivation of liberty in Russia. *Tsarskoye Selo readings. [Tsarskosel'skiye chteniya]*. 2013;(8):60—63 (in Russian).
16. Amburova A. G., Tikhonenko V. A. Diagnosis of suicidal behavior: method. Recommendations. Moscow: Moscow Research Institute of Psychiatry of the Ministry of Health of the RSFSR; 1980 (in Russian).
17. Krietman N., Philip A.E, Greer S, Bagley C. R. Parasuicide. *Br.J. Psychiatry*. 1969;115(523):746—747.
18. Shabanov V. B., Kashinsky M. Yu. Organizational and legal problems of countering suicidal and non-suicidal self-destructive manifestations of convicts in prison. *Bulletin of the Voronezh Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russia. [Vestnik Voronezhskogo instituta MVD Rossii]*. 2012; (3):17—24 (in Russian).
19. Vega D., Sintes A., Fernández M., Puntí J., Soler J., Santamarina P, et al., editors. Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why? *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2018;46(4):146—55.
20. Henking T. Suizid und Suizidbeihilfe aus rechtlicher und ethischer Perspektive. *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz. German*. 2022;65(1):67—73.
21. Zinchuk M. S., Avedisova A. S., Gekht A. B. Non-suicidal self-injurious behavior in non-psychotic mental disorders: epidemiology, social and clinical risk factors. *Journal of Neurology and Psychiatry. [Zhurnal nevrologii i psikiatrii]*. 2019;119(3):108—119 (in Russian).
22. Skryabin E. G., Zotov P. B., Akselrov M. A., Troshina I. A., Reichert L. I., Bukhna Yu. A., Petrova A. G. Intentional self-cuts with suicidal and non-suicidal intent in clinical practice. *Suicidology. [Suitsidologiya]*. 2020;40(3):130—147 (in Russian).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.  
The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 12.06.2024; одобрена после рецензирования 29.10.2024; принята к публикации 18.11.2024  
The article was submitted 12.06.2024; approved after reviewing 29.10.2024; accepted for publication 18.11.2024.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.008

## Динамика потребности компонентов донорской крови в медицинских организациях акушерско — гинекологического профиля на региональном уровне

Роза Рамильевна Тураева<sup>1</sup>, Рамиль Габдельхакович Тураев<sup>2</sup>,  
Эльмира Нурисламовна Мингазова<sup>3</sup>, Оксана Петровна Тарасова<sup>4</sup>,  
Раушания Мансуровна Хайруллина<sup>5</sup>, Евгений Борисович Жибурт<sup>6</sup>

<sup>1,2</sup>ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан»,  
Казань, Российская Федерация;

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

<sup>3</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>3</sup>ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань, Российская Федерация;

<sup>4</sup>ГАУЗ «Республиканский центр крови Министерства здравоохранения Республики Татарстан», г. Казань,  
Российская Федерация;

<sup>5</sup>«Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан»,  
г. Казань, Российская Федерация;

<sup>6</sup>ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, Москва,  
Российская Федерация

<sup>1</sup>turaeva\_roza@bk.ru, <https://orcid.org/0009-0000-4637-1024>

<sup>2</sup>ramil.turaev@tatar.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6456-8346>

<sup>3</sup>elmira\_mingazova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8558-8928>

<sup>4</sup>Oksana.Tarasova@tatar.ru, <https://orcid.org/0009-0003-6380-7987>

<sup>5</sup>Raushaniya.Hairullin@tatar.ru, <https://orcid.org/0009-0008-3873-2801>

<sup>6</sup>ezhiburt@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7943-6266>

**Аннотация.** Целью данного исследования явилась оценка динамики изменений в потребности компонентов донорской крови медицинскими организациями Республики Татарстан, в том числе акушерско-гинекологического профиля. **Материалы и методы.** Изучили данные информационной системы службы крови «АИСТ» о выдаче компонентов крови в медицинские организации Республики Татарстан в 2019—2023 гг. Провели дополнительный опрос заведующих трансфузиологическими отделениями медицинских организаций о применении компонентов крови в акушерско-гинекологических стационарах (АГС). **Результаты.** В исследуемый период потребность компонентов крови в медицинских организациях возросла на 33,1 %, а в АГС — значительно больше, на 44,3 ( $p < 0,001$ ). По отдельным компонентам крови прирост в целом и в АГС в частности составил: эритроциты: 29,2 % и 48,5 % ( $p < 0,001$ ), тромбоциты: 50,4 % и 520,0 % ( $p < 0,001$ ), плазма: 31,1 % и 1,1 % ( $p < 0,001$ ), криопреципитат: 421,8 % и 315,9 % ( $p < 0,03$ ). **Заключение.** В 2019—2023 гг. доля компонентов крови, полученных АГС, составила 3,04 % — 3,37 % от всех компонентов крови, полученных медицинскими организациями Республики Татарстан. По сравнению с медицинскими организациями в целом, в АГС преимущественно возрастает потребление тромбоцитов и эритроцитов и менее активно — плазмы и криопреципитата.

**Ключевые слова:** переливание крови, акушерско-гинекологический стационар, эритроциты, тромбоциты, плазма, криопреципитат.

**Для цитирования:** Тураева Р. Р., Тураев Р. Г., Мингазова Э. Н., Тарасова О. П., Хайруллина Р. М., Жибурт Е. Б. Динамика потребности компонентов донорской крови в медицинских организациях акушерско — гинекологического профиля на региональном уровне // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 53—57. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.008.

Original article

## Dynamics of the need for donor blood components in obstetric and gynecological medical organizations at the regional level

Roza R. Turaeva<sup>1</sup>, Ramil G. Turaev<sup>2</sup>, Elmira N. Mingazova<sup>3</sup>, Oksana P. Tarasova<sup>4</sup>, Raushaniya M. Hairullina<sup>5</sup>, Evgeny B. Zhiburt<sup>6</sup>

<sup>1,2</sup>Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan, Russian Federation;

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

<sup>3</sup>Biomedical University of Innovation and Continuing Education of the State Scientific Center of the Russian Federation — A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center of the Federal Medical Biological Agency of Russia, Moscow, Russian Federation;

<sup>3</sup>Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation;

<sup>4</sup>Republican Blood Center of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan, Russian Federation;

<sup>5</sup>Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan, Russian Federation;

<sup>6</sup>Pirogov National Medical and Surgical Center, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>turaeva\_roza@bk.ru, <https://orcid.org/0009-0000-4637-1024>

<sup>2</sup>ramil.turaev@tatar.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6456-8346>

<sup>3</sup>elmira\_mingazova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8558-8928>

<sup>4</sup>Oksana.Tarasova@tatar.ru, <https://orcid.org/0009-0003-6380-7987>

<sup>5</sup>Raushaniya.Hairullin@tatar.ru, <https://orcid.org/0009-0008-3873-2801>

<sup>6</sup>ezhiburt@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7943-6266>

**Annotation.** The purpose of this study was to assess the dynamics of changes in the need for components of donor blood by medical organizations of the Republic of Tatarstan, including obstetrics and gynecology. Materials and methods. We studied the data from the AIST blood service information system on the issuance of blood components to medical organizations of the Republic of Tatarstan in 2019 — 2023. We conducted an additional survey of heads of transfusiology departments of medical organizations about the use of blood components in obstetric and gynecological hospitals (AGH). Results. During the study period, the need for blood components in medical organizations increased by 33.1%, and in AGH — significantly more, by 44.3 ( $p < 0.001$ ). For individual blood components, the increase in general and in the AGH in particular was: red blood cells: 29.2% and 48.5% ( $p < 0.001$ ), platelets: 50.4% and 520.0% ( $p < 0.001$ ), plasma: 31.1% and 1.1% ( $p < 0.001$ ), cryoprecipitate: 421.8% and 315.9% ( $p < 0.03$ ). Conclusion. In 2019—2023, the part of blood components received by the ACH was 3.04% — 3.37% of all blood components received by medical organizations of the Republic of Tatarstan. Compared to medical organizations in general, in the AGH the consumption of platelets and erythrocytes is predominantly increasing and less actively — plasma and cryoprecipitate.

**Key words:** blood transfusion, obstetrics and gynecology hospital, red blood cells, platelets, plasma, cryoprecipitate.

**For citation:** Turaeva R. R., Turaev R. G., Mingazova E. N., Tarasova O. P., Hairullina R. M., Zhiburt E. B. Dynamics of the need for donor blood components in obstetric and gynecological medical organizations at the regional level. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(4):53–57. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.008.

### Введение

Переливание крови — важный элемент оказания специализированной медицинской помощи. Первое переливание крови в России выполнил 20 апреля 1832 года акушер Андрей Вольф. В акушерско-гинекологической практике переливание крови обеспечивает хирургическое лечение женских болезней, борьбу с послеродовыми кровотечениями и гемолитической болезнью плода и новорожденного [1, 2].

В России в 2016—2020 гг количество доноров крови в расчете на 1000 населения сократилось с 9,68 до 8,26 ( $p < 0,0001$ ). Количество донаций уменьшилось на 6,0 %, при этом наиболее выраженным было уменьшение количества донаций плазмы, заготовленной методом автоматического афереза (с 507 396 в 2016 г. до 388 742 в 2020 г.,  $p < 0,001$ ), в то же время отмечено увеличение количества донаций тромбоцитов (с 83 285 донаций в 2016 г. до 126 574 в 2020 г.,  $p < 0,001$ ). Несмотря на уменьшение общего количества донаций, в анализируемый период увеличился объем компонентов крови, переданных для клинического использования. Наибольшее увеличение компонентов крови, переданных по заявкам медицинских организаций, отмечено в отношении концентрата донорских тромбоцитов (с 702 732 единиц в 2016 г. до 1 072 830 в 2020 г., на 34,5 %) и эри-

троцитсодержащих компонентов крови (с 491 791 л в 2016 г. до 555 909 л в 2020 г., на 13,5 %) [3].

Тренды трансфузий в США: а) значительное снижение количества переливаний эритроцитов и плазмы среди госпитализированных пациентов; б) увеличение использования криопреципитата из-за расширенного внедрения коррекции гипофибриногенемии и тестирования гемостаза у пациентов с коагулопатией [4].

С учетом медико-социальных показателей репродуктивного потенциала женского населения Республики Татарстан и тенденций в формировании медико-демографического процесса в регионе, свидетельствующих о снижении уровня плодovitости (фертильности) женщин при росте показателя среднего возраста рожениц, проблема качества и доступности в оказании специализированной медицинской помощи по профилю акушерство-гинекология, в том числе и в отношении обеспечения потребности компонентов донорской крови, приобретает особую актуальность [5—7].

Переливание крови в акушерско-гинекологическими стационарами регулируется клиническими рекомендациями. Некоторые из этих рекомендаций нуждаются в уточнении. Например, установлено, что вопросы переливания крови в клинических рекомендациях «Внематочная (эктопическая) беременность — 2021-2022-2023 (01.07.2021)» нуждаются

**Выдача компонентов крови в Республике Татарстан (общая и в акушерско-гинекологические стационары), дозы**

Компонент крови	2019	2020	2021	2022	2023
Эритроциты					
всего	39757	39871	48772	50546	51357
в АГС	1150	1241	1545	1530	1708
доля АГС, %	2,89	3,11	3,17	3,03	3,33
Тромбоциты					
всего	4904	4782	6521	7700	7374
в АГС	10	52	44	43	52
доля АГС, %	0,20	1,09	0,67	0,56	0,71
Плазма					
всего	25428	32029	35555	34716	33592
в АГС	912	1095	1255	1008	922
доля АГС, %	3,59	3,42	3,53	2,90	2,74
Криопреципитат					
всего	252	650	738	1213	1315
в АГС	113	115	187	280	470
доля АГС, %	44,84	17,69	25,34	23,08	35,74
Все компоненты					
всего	70341	77332	91586	94175	93638
в АГС	2185	2503	3031	2861	3152
доля АГС, %	3,11	3,24	3,31	3,04	3,37

в коррекции по следующим пунктам: заменить названия устаревших компонентов крови современными; рекомендовать иммуногематологическое обследование реципиента и подбор совместимых компонентов крови; исключить рекомендации использовать отменённые «регуляторной гильотиной» приказы Минздрава России; заменить термин «концентрат фактора VIII» на «криопреципитат»; для мониторинга эффективности криопреципитата использовать концентрацию фибриногена, а не активность фактора VIII; при описании протокола массивной трансфузии уточнить, что для получения лечебной дозы тромбоцитов нужно пулировать 4 единицы, а для получения лечебной дозы криопреципитата — 5 единиц, выделенных из дозы цельной крови; привести рекомендации в соответствии с инструкциями по медицинскому применению лекарственных препаратов: концентрат протромбинового комплекса и эптакон альфа активированный; удалить рекомендацию использовать незарегистрированный в России концентрат фибриногена [8].

Данные о потреблении крови акушерско-гинекологическими стационарами не изучались.

**Цель работы:** оценить динамику изменений в потребности компонентов донорской крови медицинскими организациями Республики Татарстан, в том числе акушерско-гинекологического профиля.

**Методы**

В работе применялись методы: аналитический, социологический, статистический, в частности метод описательной статистики.

Изучили данные информационной системы службы крови «АИСТ» о выдаче компонентов крови в медицинские организации Республики Татарстан в 2019 — 2023 гг. Про-

вели дополнительный опрос заведующих трансфузиологическими отделениями медицинских организаций о применении компонентов крови в акушерско-гинекологических стационарах (АГС). Компоненты крови в Республике Татарстан выдают в 74 медицинские организации, в том числе в 10 АГС.

Результаты оценили с использованием описательных статистик, непараметрического  $\chi^2$ -критерия, отношения шансов (ОШ) и 95 % доверительного интервала (ДИ 95%).

**Результаты**

В исследуемый период потребность компонентов крови в медицинских организациях возросла на 33,1 %, а в АГС — значимо больше, на 44,3 (ОШ=1,34, ДИ 95% от 1,24 до 1,44,  $\chi^2=54,59$ ,  $p<0,001$ ) (табл. 1).

По отдельным компонентам крови прирост в целом и в АГС в частности составил:

— эритроциты: 29,2 % и 48,5 % (ОШ=1,66, ДИ 95% от 1,5 до 1,84,  $\chi^2=95,15$ ,  $p<0,001$ ),

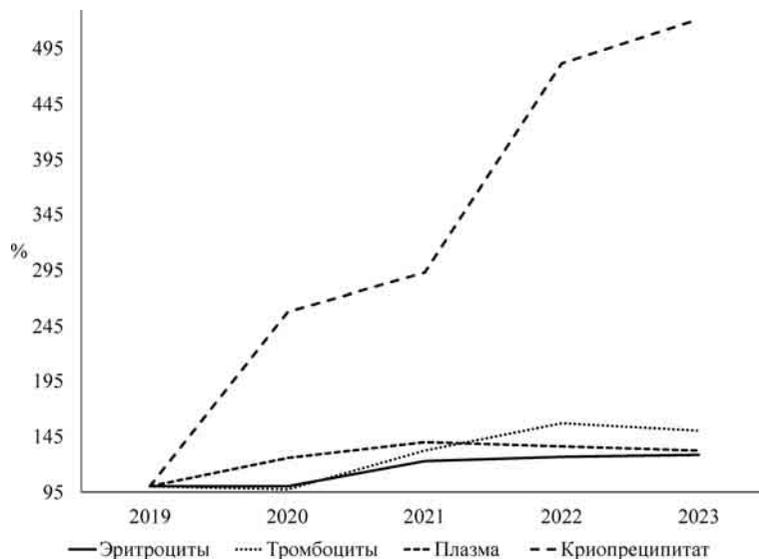


Рис. 1. Динамика показателей выдачи компонентов крови в медицинские организации Республики Татарстан в 2019 — 2023 гг.

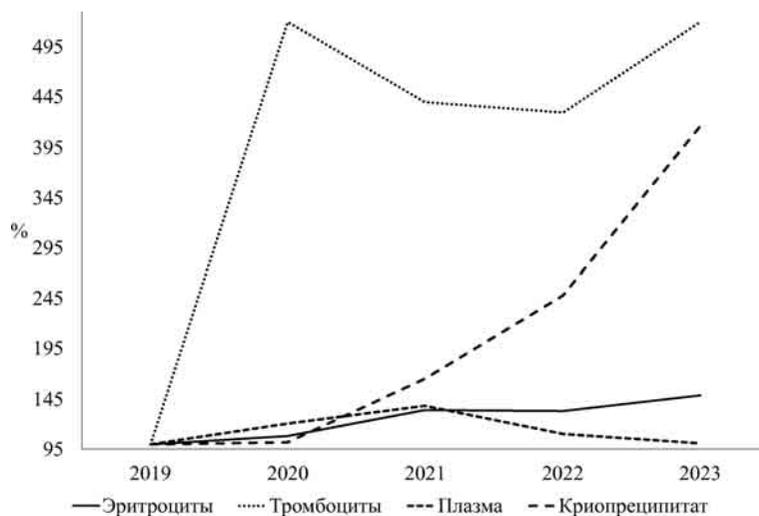


Рис. 2. Динамика показателей выдачи компонентов крови в медицинские организации Республики Татарстан в 2019 — 2023 гг.

- тромбоциты: 50,4 % и 520,0 % (ОШ=8,34, ДИ 95% от 4,18 до 16,65,  $\chi^2=51,55$ ,  $p<0,001$ ),
- плазма: 31,1 % и 1,1 % (ОШ=0,03, ДИ 95% от 0,02 до 0,06,  $\chi^2=267,66$ ,  $p<0,001$ ),
- криопреципитат: 421,8 % и 315,9 % (ОШ=1,34, ДИ 95% от 1,04 до 1,72,  $\chi^2=5,07$ ,  $p<0,03$ ) (рис. 1 и 2).

Можно констатировать, что при возрастающем потреблении компонентов донорской крови в целом, опережающими темпами растёт потребность в криопреципитате и тромбоцитах. По-видимому, среди врачей растёт понимание необходимости восполнения дефицита фибриногена, средством выбора для которой является криопреципитат [9]. Увеличение онкогематологической и трансплантационной помощи обуславливает рост потребности в тромбоцитах. Увеличение переливания тромбоцитов связано с ростом их доступности — вследствие роста производственной мощности Республиканского Центра крови, увеличение заготовки и выпуска пулированных и аферезных концентратов тромбоцитов, в том числе патогенредуцированных, в добавочном растворе, срок хранения которых увеличен с 5 до 7 суток [10].

С увеличением возможностей лабораторной диагностики коагулопатии потребность в переливании плазмы сокращается [11]. В Республике Татарстан такое сокращение активнее происходит в АГС.

Ограничение настоящего исследования: некоторых онкогинекологических пациентов оперируют вне АГС.

### Заключение

В 2019 — 2023 гг доля компонентов крови, полученных АГС, составила 3,04 % — 3,37 % от всех компонентов крови, полученных медицинскими организациями Республики Татарстан, в том числе:

- эритроциты — 2,89 % — 3,33 %,
- тромбоциты — 0,20 % — 1,09 %,
- плазма — 2,74 % — 3,59 %,
- криопреципитат — 17,69 % — 44,84 %.

В период исследования выдача компонентов крови в медицинские организации Республики Татарстан увеличилась на 33,1 %, а в АГС — значительно больше, на 44,3 ( $p<0,001$ ).

По сравнению с медицинскими организациями в целом, в АГС преимущественно возрастает потребление тромбоцитов и эритроцитов и менее активно — плазмы и криопреципитата.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Шевченко Ю. Л., Карпов О. Э., Жибурт Е. Б. Переливание крови: история и современность (к 100-летию переливания крови в России). *Вестник Национального медико-хирургического центра имени Н. И. Пирогова*. 2019;14(4):4—11. DOI: 10.25881/VPNMSC.2020.29.78.001
2. Жибурт Е. Б., Чемоданов И. Г., Аверьянов Е. Г., Кожемяко О. В. Устойчивость служб крови. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2017;(7):17—24.
3. Гапонова Т. В., Капранов Н. М., Тихомиров Д. С. [и др.] Характеристика основных тенденций в работе службы крови Российской Федерации в 2016—2020 годах. *Гематология и*

- трансфузиология*. 2022;67(3):388—397. DOI: 10.35754/0234-5730-2022-67-3-388-397
4. Goel R., Zhu X., Patel E. U., Crowe E. P., Ness P. M., Katz L. M. et al. Blood transfusion trends in the United States: national inpatient sample, 2015 to 2018. *Blood Adv*. 2021;5(20):4179—4184. DOI: 10.1182/bloodadvances.2021005361
  5. Хабриев Р. У., Мингазова Э. Н., Шигабутдинова Т. Н., Садыкова Р. Н. Медико-социальные показатели репродуктивного потенциала женского населения региона на примере Республики Татарстан. *Казанский медицинский журнал*. 2020;101(5):719—726. DOI: 10.17816/KMJ2020-719
  6. 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(63):5—10.
  7. Мингазова Э. Н., Щепин В. О., Шигабутдинова Т. Н., Садыкова Р. Н. Динамика основных репродуктивно-демографических показателей системы охраны материнства и детства в Республике Татарстан. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2019;4(64):5—13.
  8. Похабов Д. С., Жибурт Е. Б. Проблемы переливания крови в клинических рекомендациях «Внематочная (эктопическая) беременность». *Архив акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирёва*. 2023;10(2):155—160. DOI: 10.17816/2313-8726-2023-10-2-155-160
  9. Жибурт Е. Б., Чемоданов И. Г., Шестаков Е. А. Производство криопреципитата в России: прошлое, настоящее и будущее. *Гематология и трансфузиология*. 2019;64(1):16—20. DOI: 10.35754/0234-5730-2019-64-1-16-20
  10. Танкаева Х. С., Шестаков Е. А., Мельниченко В. Я., Жибурт Е. Б. Внедрение переливания патогенредуцированных тромбоцитов в многопрофильной клинике. *Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова*. 2020;15(1):78—83. DOI: 10.25881/VPNMSC.2020.84.31.015
  11. Хофманн А., Аапро М., Федорова Т. А. [и др.] Менеджмент крови пациентов в онкологии в Российской Федерации. Резолюция во имя улучшения оказания помощи онкологическим больным. *Современная онкология*. 2020;22(3):59—78. DOI: 10.26442/18151434.2020.3.200340

### REFERENCES

1. Shevchenko Yu. L., Karpov O. E., Zhiburt E. B. Blood transfusion: history and modernity (on the 100th anniversary of blood transfusion in Russia). *Bulletin of the Pirogov National Medical and Surgical Center. [Vestnik Nacional'nogo mediko-hirurgicheskogo centra imeni N. I. Pirogova]*. 2019;14(4):4—11 (in Russian). DOI: 10.25881/VPNMSC.2020.29.78.001
2. Zhiburt E. B., Chemodanov I. G., Averyanov E. G., Kozhemyako O. V. Sustainability of blood services. *Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N. A. Semashko. [Bjulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja imeni N. A. Semashko]*. 2017;(7):17—24 (in Russian).
3. Gaponova T. V., Kapranov N. M., Tikhomirov D. S. et al. Characteristics of the main trends in the work of the blood service of the Russian Federation in 2016—2020. *Hematology and transfusiology. [Gematologija i transfuziologija]*. 2022;67(3):388—397 (in Russian). DOI 10.35754/0234-5730-2022-67-3-388-397
4. Goel R., Zhu X., Patel E. U., Crowe E. P., Ness P. M., Katz L. M. et al. Blood transfusion trends in the United States: national inpatient sample, 2015 to 2018. *Blood Adv*. 2021;5(20):4179—4184. DOI: 10.1182/bloodadvances.2021005361.
5. Khabriev R. U., Mingazova E. N., Shigabutdinova T. N., Sadykova R. N. Medical and social indicators of the reproductive potential of the female population of the region using the example of the Republic of Tatarstan. *Kazan Medical Journal. [Kazanskij medicinskij zhurnal]*. 2020;101(5):719—726. DOI: 10.17816/KMJ2020-719
6. Khabriev R. U., Mingazova E. N., Shigabutdinova T. N. Main trends in medical and demographic indicators in the Republic of Tatar-

- stan (1991—2018). *Public health and healthcare. [Obshhestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie]*. 2019;3(63):5—10 (in Russian).
7. Mingazova E. N., Shchepin V. O., Shigabutdinova T. N., Sadykova R. N. Dynamics of the main reproductive and demographic indicators of the maternal and child health care system in the Republic of Tatarstan. *Public health and healthcare. [Obshhestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie]*. 2019;4(64):5—13 (in Russian).
8. Pokhabov D. S., Zhiburt E. B. Problems of blood transfusion in clinical guidelines "Ectopic (ectopic) pregnancy." *Archive of Obstetrics and Gynecology named after. V. F. Snegireva [Arhiv akusherstva i ginekologii im. V. F. Snegirjova.]* 2023;10(2):155—160 (in Russian). DOI: 10.17816/2313-8726-2023-10-2-155-160
9. Zhiburt E. B., Chemodanov I. G., Shestakov E. A. Cryoprecipitate production in Russia: past, present and future. *Hematology and transfusiology. [Gematologija i transfuziologija]*. 2019;64(1):16—20 (in Russian). DOI: 10.35754/0234-5730-2019-64-1-16-20
10. Tankaeva Kh. S., Shestakov E. A., Melnichenko V. Ya., Zhiburt E. B. Introduction of pathogen-reduced platelet transfusion in a multidisciplinary clinic. *Bulletin of the Pirogov National Medical and Surgical Center. [Vestnik Nacional'nogo mediko-hirurgicheskogo centra imeni N. I. Pirogova]*. 2020;15(1):78—83 (in Russian). DOI: 10.25881/BPNMSC.2020.84.31.015
11. Hofmann A., Aapro M., Fedorova T. A. et al. Patient blood management in oncology in the Russian Federation. Resolution to improve care for cancer patients. *Modern oncology. [Sovremennaja onkologija]*. 2020;22(3):59—78 (in Russian). DOI: 10.26442/18151434.2020.3.200340

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

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

Статья поступила в редакцию 21.06.2024; одобрена после рецензирования 27.08.2024; принята к публикации 18.11.2024.  
The article was submitted 21.06.2024; approved after reviewing 27.08.2024; accepted for publication 18.11.2024.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.009

## Медицинский туризм: анализ причин временного выезда из места постоянного проживания в целях получения медицинской помощи

Денис Олегович Рошин<sup>1</sup>, Идрис Рамазанович Магомедов<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>droshchin2@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0001-7151-1324>

<sup>2</sup>magomedov313313313@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0000-6463-8431>

**Аннотация.** В настоящей работе проведен анализ и представлены результаты исследования объективных и субъективных причин выезда из места постоянного проживания в другой регион своей страны или иностранное государство в целях получения там медицинской помощи, в зависимости степени влияния таких причин на принятие окончательного решения. Для это методом анкетирования проведен опрос германоговорящих, англоговорящих и русскоговорящих респондентов. Общее количество опрошенных респондентов из разных стран составляло более 150 человек.

**Ключевые слова:** медицинский туризм, медицинская помощь, качество медицинской помощи, факторы медицинского туризма.

**Для цитирования:** Рошин Д. О., Магомедов И. Р. Медицинский туризм: Анализ причин временного выезда из места постоянного проживания в целях получения медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 58—62. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.009.

Original article

## Medical tourism: analysis of the reasons for temporary departure from the place of permanent residence in order to receive medical care

Denis O. Roshchin<sup>1</sup>, Idris R. Magomedov<sup>2</sup>

<sup>1–2</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>droshchin2@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0001-7151-1324>

<sup>2</sup>magomedov313313313@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0000-6463-8431>

**Annotation.** This paper analyzes and presents the results of a study of objective and subjective reasons for leaving the place of permanent residence to another region of your country or a foreign country in order to receive medical care there, depending on the degree of influence of such reasons on the final decision. For this purpose, a survey of German-speaking, English-speaking and Russian-speaking respondents was conducted using the questionnaire method. The total number of respondents from different countries was more than 150 people.

**Key words:** medical tourism, medical care, quality of medical care, factors of medical tourism.

**For citation:** Denis O. Roshchin, Idris R. Magomedov. Medical tourism: analysis of the reasons for temporary departure from the place of permanent residence in order to receive medical care. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2024;(4):58–62. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.009.

### Введение

В России отмечается тенденция выезда со своего места постоянного проживания за получением медицинской помощи [1]. Выезд из места своего постоянного проживания в другой регион или страну в целях получения медицинской помощи общепринято называть медицинским туризмом. Сам термин медицинский туризм все ещё требует уточнения [2]. В научной литературе однозначной трактовки содержания понятия «медицинский туризм» сегодня не существует [3]. При этом в рамках данного исследования предлагаем под медицинским туризмом понимать временный выезд из места своего постоянного

проживания в другой регион своей страны или иностранное государство в целях получения за счет собственных средств медицинской помощи, без занятия там деятельностью, связанной с получением дохода от источника в стране (месте) временного пребывания.

Поскольку такое явление как медицинский туризм можно считать укрепившемся в восприятии общества как некоего симбиоза медицинской и туристической деятельности, наибольшее внимание, в рамках настоящего исследования, считаем возможным уделить изучению объективных и субъективных факторов, влияющих на принятие лицом решения о медицинском туризме.

По нашему мнению, определение таких факторов позволит приблизиться к пониманию тенденций развития медицинского туризма в России и мире, что на сегодняшний день является наиболее актуальным вопросом в данной области.

В этой связи интерес представляет мнение некоторых специалистов, подразделяющих ключевые факторы развития медицинского туризма на две основные группы [4]:

- экономические факторы — стоимость лечения, рост страховых затрат на медицинское обслуживание;
- социальные факторы — несоответствие цены и качества оказываемых медицинских услуг их ограниченность или невозможность получения в месте проживания.

Другие авторы в своих работах выделяют основные движущие постулаты медицинского туризма, к которым, по их мнению, относятся: получение качественного лечения; желание экономно осуществить получение медицинских услуг, которые в данном регионе или за рубежом дешевле, чем в местах постоянного проживания пациента; параллельное ознакомление с культурой, традициями, достопримечательностями; желание улучшить свое здоровье в условиях более благоприятного климата в отличие от места проживания [5].

Отдельный интерес представляют исследования субъективных причин, побуждающих пациентов на выезд из места постоянного проживания за получением медицинской помощи в иностранные государства. Согласно таким исследованиям к ключевым факторам при выборе страны в целях получения там медицинских услуг пациенты относят экономичность, доступность, возможности и приемлемость [6].

Не останавливаясь в отдельности на каждом таком факторе или если говорить проще причине, в целом, можно согласиться с указанными мнениями исследователей.

Кроме того, можно предположить, что те или иные причины оказывают большее или меньшее влияние на принятие лицом решения о медицинском туризме. Следовательно, возникает не менее интересный вопрос определения градация таких причин в зависимости от степени влияния на принятие такого решения.

Настоящее исследование ставит перед собой задачу изучить некоторые объективные и субъективные причины, способствующие осуществлению медицинского туризма в зависимости от степени их влияния на лицо, планирующее осуществить выезд из места постоянного проживания в другой регион своей страны или иностранное государства в целях получения там медицинской помощи.

## Материалы и методы

Проведено социологическое исследование в форме заочного анкетирования. К участию приглашались совершеннолетние граждане, постоянно проживающие на территории Российской Федерации, так и зарубежных странах.

Анкетирование проводилось в сети Интернет на трёх языках: русском, английском, немецком (чем был ограничен круг респондентов). Участие в исследовании было добровольным, на основании предоставляемого согласия; персональные данные не собирались и не обрабатывались. Для проведения анкетирования использовалось программное обеспечение Google Forms, для обработки результатов — Microsoft Excel 2013.

Анкета содержала 20 вопросов, 5 из них относились к «паспортной» части, а 15 «основных» вопросов касались отношения и опыта получения медицинской помощи вне места постоянного проживания. Проведению исследования предшествовало пилотное исследование, в ходе которого все респонденты имели возможность внесения открытых ответов, а также дополнительные комментарии, в том числе относительно однозначности вопросов в анкетах на иностранных языках.

При этом, вопросы были построены в большей степени предполагая получить информацию об опыте получения специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях, так как именно это могло являться целью поездки, а не попутным её обстоятельством.

Респонденты являлись гражданами следующих стран:

Германоговорящие респонденты — ФРГ и Австрия (германоговорящие страны);

Англоговорящие респонденты — США и Великобритания (англоговорящие страны);

Русскоговорящие респонденты — Российская Федерация и Беларусь (русскоговорящие страны).

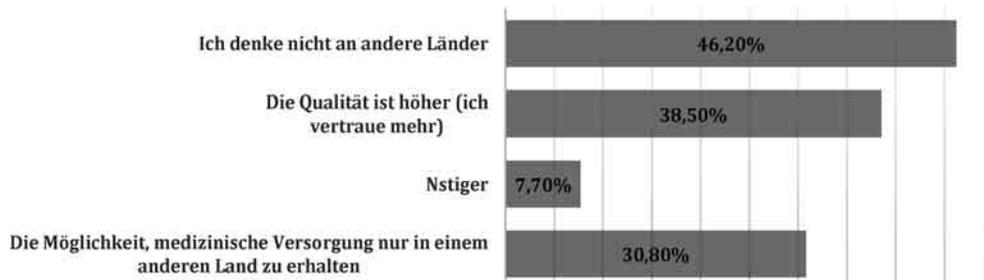
## Результаты

### Германоговорящие респонденты

Примерно половина респондентов (47%), сообщили, что получали медицинскую помощь в другом регионе своей страны.

На вопрос о преимуществах получения медицинской помощи в другом регионе своей страны 38%

### WAS SIND DIE VORTEILE EINER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG IN ANDEREN LÄNDERN, DIE SIE FÜR EINE MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN BETRACHT ZIEHEN WÜRDEN (SONDERREISE)?



опрошенных указали на возможность ее получения только в другом регионе, 15% как преимущество указали более высокое качество ее получения, а 7% конфиденциальность.

Примерно половина респондентов (47%) на вопрос получали ли они медицинскую помощь в иностранном государстве ответили утвердительно.

На вопрос о преимуществах получения медицинской помощи в иностранных государствах (респонденты могли выбирать более одного варианта ответа), 38,5% опрошенных сообщили что считают таким преимуществом ее более высокое качество, 30,8% опрошенных сообщили о возможности ее получения только в иностранных государствах, еще 7,7% как преимущество указали низкую стоимость.

На вопрос рассматривают ли респонденты возможность получения медицинской помощи в Российской Федерации 11% респондентов, допускают такую возможность, при этом противоположной точки зрения придерживаются 53% опрошенных.

WIR GLAUBEN, DASS WISSENSCHAFT UND MEDIZIN AUßERHALB DER POLITIK LIEGEN. WÜRDEN SIE DENNOCH IN BETRACHT ZIEHEN, IN DER RUSSISCHEN FÖDERATION MEDIZINISCHE VERSORGUNG ZU ERHALTEN?



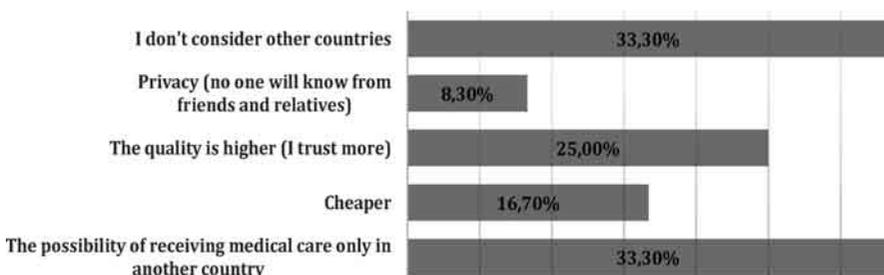
Англоговорящие респонденты

Более половины опрошенных респондентов (58%), сообщили, что получали медицинскую помощь в другом регионе своей страны.

На вопрос о преимуществах получения медицинской помощи в другом регионе своей страны, ответы респондентов разделились. Так равное количество респондентов (по 41%) указали более низкую стоимость и более высокое качество ее получения соответственно.

63 % респондентов на вопрос получали ли они медицинскую помощь в иностранном государстве ответило утвердительно.

WHAT ARE THE ADVANTAGES OF RECEIVING MEDICAL CARE IN OTHER COUNTRIES THAT YOU WOULD CONSIDER FOR MEDICAL CARE (SPECIAL TRIP)?



На вопрос о преимуществах получения медицинской помощи в иностранных государствах (респонденты могли выбирать более одного варианта ответа), 33,3% опрошенных указали на возможность ее получения только в иностранном государстве, 25% как преимущество указали более высокое качество ее получения, 16,7% считают преимуществом более низкую стоимость оказания медицинской помощи в другом государстве, в свою очередь 8% указали на конфиденциальность ее получения.

На вопрос рассматривают ли респонденты возможность получения медицинской помощи в Российской Федерации, 42% респондентов допускают такую возможность, противоположной точки зрения придерживаются половина (50%) опрошенных.

WE BELIEVE THAT SCIENCE AND MEDICINE ARE OUTSIDE POLITICS. NEVERTHELESS, WOULD YOU CONSIDER RECEIVING MEDICAL CARE IN THE RUSSIAN FEDERATION?



Русскоговорящие респонденты

Примерно половина респондентов (53%), сообщили, что получали медицинскую помощь в другом регионе своей страны.

На вопрос о преимуществах получения медицинской помощи в другом регионе своей страны 49% опрошенных указали на возможность ее получения только в другом регионе, 34% указали преимуществом более высокое качество ее получения, 23% сообщили, что преимуществом является ее более низкая стоимость.

КАКИЕ ПЛЮСЫ ЕСТЬ У ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДРУГИХ СТРАНАХ, КОТОРЫЕ РАССМАТРИВАЛИ БЫ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СПЕЦИАЛЬНАЯ ПОЕЗДКА)?



16% респондентов на вопрос получали ли они медицинскую помощь в иностранном государстве ответили утвердительно, при этом только 1,6% указали что поездка была спланирована для этих целей.

На вопрос о том какие они видят плюсы получения медицинской помощи в иностранных государствах (респонденты могли выбирать более одного варианта

ответа), 41,7% опрошенных сообщили что считают таким преимуществом ее более высокое качество, 18,5% указали на возможность ее получения только в иностранном государстве, еще 6,5% указали на приватность ее получения (никто не узнает из моих близких).

### Выводы

Прежде всего обращает на себя внимание соразмерный процент ответов респондентов из разных стран на вопрос о получении медицинской помощи в другом регионе своей страны (респонденты из германоговорящих стран — 47%, респонденты из англоговорящих стран — 53%, респонденты из русскоговорящих стран — 53%), что, по нашему мнению, может свидетельствовать о схожих возможностях и равном уровне развития внутреннего медицинского туризма в странах в которых проживают респонденты.

Кроме того, полученные данные говорят о высоком спросе на внутренний медицинский туризм как среди жителей англоговорящих и германоговорящих стран, так и граждан Российской Федерации.

Интерес представляют ответы германоговорящих и русскоговорящих респондентов, на вопрос об основных преимуществах получения медицинской помощи в другом регионе своей страны, указавших основным таким преимуществом возможность ее получения только в другом регионе, в свою очередь англоговорящие респонденты в равной степени отмечают как преимущество ее низкой стоимости, так и высокого качества ее получения.

По нашему мнению, полученные данные формируют представление об объективных и субъективных причинах принятия решений о выезде из своего места постоянного проживания в другой регион своей страны за получением медицинской помощи в странах проживания респондентов. Причем исследование показало различную направленность формирования таких причин в зависимости от стран проживания респондентов.

Это большей степени обусловлено возможностью получения медицинской помощи в другом регионе, в том числе наличия профильных специалистов необходимого оборудования.

Также, по нашему мнению, следует выделить существенные различия в ответах русскоговорящих респондентов в сравнении с англоговорящими и германоговорящими на вопрос о получении медицинской помощи в других странах.

По нашему мнению, данные свидетельствуют как о низкой заинтересованности, так и о недостаточных возможностях граждан России в получении медицинской помощи в иностранных государствах.

Кроме того, исследование показало достаточно высокую на наш взгляд долю русскоговорящих граждан недовольных оказанием медицинской помощи в месте своего постоянного проживания, при этом более половины опрошенных получали медицинскую помощь в другом регионе России.

### Заключение

Результаты исследования показали уровень заинтересованности граждан из англоговорящих, германоговорящих и русскоговорящих стран во внутреннем медицинском туризме, как достаточно высокий, а также перспективность этого направления.

Результаты исследования позволили сформировать представление об основных причинах, влияющих на принятие решения о медицинском туризме.

Кроме того, удалось определить на сколько те или иные причины влияют на принятие такого решения.

Согласно полученным данным в большей степени развитию медицинского туризма в России способствует неравенство регионов в качестве оказания медицинской помощи.

Это выражено в отсутствии необходимых специалистов и оборудования для ее оказания.

Стоит так же отметить финансовый фактор, который так же влияет на граждан при принятии решения о выезде в другой регион за получением медицинской помощи. При этом информацию о возможности получения более качественной медицинской помощи в другом регионе граждане России получают от своих родственников и знакомых, что говорит об отсутствии четкой региональной политики местных властей и медицинских организаций по развитию внутреннего медицинского туризма в собственном регионе.

В свою очередь на решение жителей англоговорящих и германоговорящих стран о медицинском туризме в иностранное государство в большей степени обусловлен качеством и стоимостью получения такой медицинской помощи.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Акимомма А. В. Современное состояние медицинского туризма в России. *Modern Science*. 2021;1(2):30—32.
2. Ермаков Б. А. Медицинский туризм как компонент национального проекта «Здравоохранение». *Sochi Journal of Economy*. 2020;(14):355—359.
3. Ермаков Б. А., Каташина Т. Б. Медицинский туризм: компонент системы здравоохранения или сегмент туристской сферы. *Профессорский журнал. Серия: Рекреация и туризм*. 2020;1(5):4—12.
4. Жуковская И. Ф. Медицинский туризм: сущность, причины возникновения и перспективы развития. *Глобальный научный потенциал*. 2018;12(93):230—232.
5. Макаренко А. В. Развитие медицинского туризма на современном этапе. Конференциум АСОУ: сборник научных трудов и материалов научно-практических конференций. 2018;(1):191—195.
6. Вдовин К. Э. Перспективы развития медицинского туризма в Российской Федерации: анализ конкурентной среды методом DEA. *Вестник университета*. 2019;(6):57—67.

### REFERENCES

1. Akimoma A. V. The current state of medical tourism in Russia. *Modern Science*. [Modern Science]. 2021;1(2):30—32 (in Russian).
2. Ermakov B. A. Medical tourism as a component of the national project «Healthcare». *Sochi Journal of Economy*. [Sochi Journal of Economy]. 2020;(14):355—359 (in Russian).

3. Ermakov B. A., Katashina T. B. Medical tourism: a component of the healthcare system or a segment of the tourism sector. *The professorial journal. Series: Recreation and Tourism. [Professorskiy zhurnal. Seriya: Rekreatsiya i turizm]*. 2020;1(5):4—12 (in Russian).
4. Zhukovskaya I. F. Medical tourism: the essence causes and prospects of development. *Global scientific potential. [Global'nyy nauchnyy potentsial]*. 2018;12(93):230—232 (in Russian).
5. Makarenko A. V. The development of medical tourism at the present stage. ASOU Conference: collection of scientific papers and materials of scientific and practical conferences. 2018;(1):191—195 (in Russian).
6. Vdovin K. E. Prospects for the development of medical tourism in the Russian Federation: analysis of the competitive environment by the DEA method. *Bulletin of the University. [Vestnik universiteta]*. 2019;(6):57—67 (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 22.06.2024; одобрена после рецензирования 20.08.2024; принята к публикации 18.11.2024.

The article was submitted 22.06.2024; approved after reviewing 20.08.2024; accepted for publication 18.11.2024

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.010

## Ресурсы и результаты организации работы передвижных подразделений медицинских организаций

Владимир Иванович Перхов<sup>1✉</sup>, Дмитрий Андреевич Каприн<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>ГБУЗ «Городская клиническая больница имени М. П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Российская Федерация

<sup>1</sup>finramn@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4134-3371>

<sup>2</sup>kaprind@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-1490-0427>

**Аннотация.** В статье изложены аналитически материалы, свидетельствующие о неупорядоченном применении в субъектах Российской Федерации передвижных подразделений медицинских организаций, что требует совершенствования нормативно-правового регулирования их деятельности. Выполненный анализ подтверждает также важность использования новых стратегий при организации оказания медицинской помощи, основанных не только на росте финансирования здравоохранения и объемов медицинских услуг, но и на оценках достигнутых результатов в сохранении и улучшении здоровья людей на индивидуальном, групповом и (или) популяционном уровне.

**Ключевые слова:** передвижные медицинские комплексы, затраты на здравоохранение, организация медицинской помощи в условиях финансовых ограничений

**Для цитирования:** Перхов В. И., Каприн Д. А. Ресурсы и результаты организации работы передвижных подразделений медицинских организаций // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 63–70. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.010.

Original article

## Resources and results of the organization of work of mobile divisions of the medical organizations

Vladimir I. Perkhov<sup>1\*</sup>, Dmitrii A. Kaprin<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Konchalovsky City Clinical Hospital of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>finramn@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4134-3371>

<sup>2</sup>kaprind@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-1490-0427>

**Annotation.** In article the materials demonstrating to the disordered application in territorial subjects of the Russian Federation of mobile divisions of the medical organizations that demands improvement of legal regulation of their activity are stated analytically. The made analysis confirms also importance of use of the new strategy at the organization of delivery of health care based not only on growth of financing of health care and volumes of medical services, but also on estimates of the achieved results in preservation and improvement of human health at individual, group and (or) population level.

**Key words:** mobile medical complexes, costs of health care, the organization of medical care in the conditions of financial restrictions

**For citation:** Perkhov V. I., Kaprin D. A. Resources and results of the organization of work of mobile divisions of the medical organizations. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2024;(4):63–70. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.010.

### Введение

7 мая 2024 года Президент Российской Федерации В. Путин подписал Указ № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2023 года и на перспективу до 2036 года», первой из которых является национальная цель по «сохранению населения, укреплению здоровья и повышению благополучия людей, поддержка семьи». Связанной с этой целью является задача по увеличению ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году и до 81 года к 2036 году.

Хотя увеличение ожидаемой продолжительности жизни не является прямой функцией здравоохранения и сильно зависит от социально-экономических условий жизни людей [1, 2], такие факторы, как большая территория и низкая плотность населения во многих регионах, диспропорции в уровнях финансирования региональных систем здравоохранения из государственных источников [3, 4], обуславливают необходимость обеспечения доступности медицинской помощи в случае необходимости вне зависимости от места проживания людей, в том

числе путем использования выездных (передвижных) форм оказания медицинских услуг.

**Цель исследования:** экспертная оценка мощностей и результатов работы передвижных подразделений медицинских организаций в субъектах Российской Федерации.

### Материалы и методы

Для формирования массива числовых данных использованы сведения из форм федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» по субъектам Российской Федерации (таблицы 1003,2105), предоставленных ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. При расчетах интенсивных показателей использованы данные Росстата о среднегодовой численности и плотности населения в субъектах Российской Федерации. Значения парной корреляции рассчитаны в программе SPSS v. 22.0. Уровень значимости корреляции определялся с помощью двустороннего теста значимости (t-теста). В качестве геоинформационной графической платформы использовался сервис «Datawrapper» — бесплатный инструмент для визуализации данных (<https://www.datawrapper.de/>), который позволяет графически изображать статистические данные, сведенные по географическому принципу. В соответствии с Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н, в мобильные медицинские бригады могут быть оснащены оборудованием для проведения флюорографии и маммографии. В этом случае используется термин «комплекс передвижной медицинской, включающий маммограф (флюорограф)». В нашем исследовании эти типы подразделений поименованы как в форме № 30 — «маммографические установки».

### Результаты

В России число передвижных медицинских подразделений растет, объемы их медицинской деятельности увеличиваются. Так, например, если в 2015 году в целом по России имелось 1064 мобильных медицинских бригад, а объем их работы составляли 2,1 млн. принятых пациентов, или 0,27% от об-

Таблица 1

Суммарное число передвижных медицинских подразделений в гражданских государственных медицинских организациях Российской Федерации в 2020—2022 гг. (ед.)

Наименование подразделений, год	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Подразделения и выезды	4959	5259	5265
Амбулатории	46	42	42
Врачебные бригады	789	900	848
Клинико-диагностические лаборатории	15	16	19
Маммографические установки	268	313	324
Мобильные медицинские бригады	1534	1468	1449
Мобильные медицинские комплексы	484	553	605
Стоматологические кабинеты	101	129	114
ФАПы	658	779	844
Флюорографические установки	1064	1059	1020

Таблица 2

Суммарные объемы деятельности передвижных медицинских подразделений в гражданских государственных медицинских организациях Российской Федерации в 2020—2022 годах, тыс. выездов в год

Наименование подразделений, год	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Амбулатории	2,5	3,9	5,4
Врачебные бригады	81,9	92,7	67,1
Клинико-диагностические лаборатории	0,5	0,8	1,2
Маммографические установки	8,6	18,2	22,4
Мобильные медицинские бригады	88,9	210,8	188,8
Мобильные медицинские комплексы	18,1	39,8	45,5
Стоматологические кабинеты	2,3	5,1	6,7
ФАПы	45,1	95,7	107,8
Флюорографические установки	52,7	78,6	74,9

щего числа посещений поликлиник по поводу заболеваний [5], то в 2022 году в целом по стране было зарегистрировано уже 1449 мобильных медицинских бригад, объем работы которых составил 3,9 млн принятых пациентов (без объемов деятельности отделений выездной патронажной паллиативной медицинской помощи), или 1,6% от общего числа посещений поликлиник по поводу заболеваний (таблицы №№ 1—3).

Как видно из таблиц, за исследуемый период времени в наибольшей степени (в 1,3 раза) увеличилось число передвижных фельдшерско-акушерских пунктов, маммографических установок, клинико-диагностических лабораторий, мобильных медицинских комплексов. Объемы деятельности всех типов передвижных медицинских подразделений по числу выездов также увеличились в среднем в 2,2 раза, за исключением врачебных бригад. При этом наиболее высокий темп роста объема деятельности по числу принятых пациентов за три года продемонстрировали передвижные клинико-диагностические лаборатории — рост в 6,4 раза.

По данным 2022 года, наиболее хорошо представлены на территории Российской Федерации передвижные флюорографические установки, практически все (84 из 85) регионы оснащены ими. В большинстве субъектов Российской Федерации функционируют мобильные медицинские бригады и комплексы, а также маммографические установки. Наиболее редко в региональных системах здравоохранения используются передвижные клинико-диагностические лаборатории и амбулатории.

Таблица 3

Суммарные объемы деятельности передвижных медицинских подразделений в гражданских государственных медицинских организациях Российской Федерации в 2020—2022 годах, тыс. принятых пациентов в год

Наименование подразделений, год	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Амбулатории	70,2	151,5	129,2
Врачебные бригады	1053,4	1532,2	1707,4
Клинико-диагностические лаборатории	24,0	126,0	153,2
Маммографические установки	233,8	546,6	638,0
Мобильные медицинские бригады	2296,7	6452,4	3872,7
Мобильные медицинские комплексы	714,8	1837,9	1946,2
Стоматологические кабинеты	62,2	108,4	148,2
ФАПы	543,3	1856,4	1868,6
Флюорографические установки	3904,1	4993,2	5376,4

Таблица 4

**Динамика количества субъектов Российской Федерации, в которых функционируют передвижные медицинские подразделения, 2020—2022 гг.**

Названия типов мобильных медицинских подразделений/год	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Амбулатории	10	11	11
Врачебные бригады	61	61	62
Клинико-диагностические лаборатории	11	9	12
Маммографические установки	61	72	75
Мобильные медицинские бригады	76	75	74
Мобильные медицинские комплексы	70	75	74
Стоматологические кабинеты	33	35	38
ФАПы	48	53	54
Флюорографические установки	84	84	84

В частности, передвижные клинико-диагностические лаборатории в 2022 году функционировали всего в 12 регионах: Республика Дагестан, Новгородская область, Томская область, Амурская область, Челябинская область, Еврейская автономная область, Севастополь, Ленинградская область, Тульская область, Московская область, Ханты-Мансийский автономный округ — Югра. Причем число субъектов Российской Федерации, на территории которых размещены этих лаборатории, за период пандемии COVID-19 *уменьшилось* с 13 в 2019 году до 9 в 2021 году, затем увеличилось до 12 в 2022 году.

В таблице 4 представлена динамика за период с 2020 по 2022 гг. количества субъектов Российской Федерации, в которых функционируют передвижные медицинские подразделения.

В таблице отсутствуют данные об отделениях выездной патронажной паллиативной медицинской помощи, которые появились после того, как в 2019 году был издан приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья». К 2022 году в России насчитывалось уже 765 отделений выездной патронажной паллиативной медицинской помощи почти во всех субъектах Российской Федерации (n=81), которыми в этом году при осуществлении 666,1 тыс. выездов принято 823,7 тыс. пациентов.

Для оценки обеспеченности населения субъектов Российской Федерации объемами деятельности передвижных медицинских

подразделений (по числу принятых пациентов в расчете на 10000 населения), мы выбрали четыре типа подразделений, которые имеются практически во всех регионах — мобильные медицинские бригады, маммографические и флюорографические установки, а также отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи.

**Мобильные медицинские бригады (ММБ).** В соответствии с Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н, мобильная медицинская бригада организуется в структуре медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, для проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации и оказания первичной медико-санитарной помощи населению, в том числе жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность.

На рисунке 1 представлена картограмма обеспеченности субъектов Российской Федерации объемами деятельности ММБ в 2022 году.

В 2022 году в среднем по субъектам Российской Федерации уровень обеспеченности населения объемами деятельности ММБ составил  $276,2 \pm 320,2$  принятых пациентов на 10000 населения.

Наиболее обеспеченными объемами деятельности ПФУ в 2022 году являются регионы: Амурская область (1386,0), Курганская область (1301,5), Ненецкий автономный округ (1260,0), Ямало-Ненецкий автономный округ (868,1), Республика Алтай



**Рис. 1.** Картограмма обеспеченности субъектов Российской Федерации объемами деятельности мобильных медицинских бригад в 2022 году (число принятых пациентов на 10000 населения)



Рис. 2. Картограмма обеспеченности субъектов Российской Федерации объемами деятельности передвижных маммографов в 2022 году (число принятых пациенток на 10000 населения женского пола)

(842,2), Пензенская область (836,7), Волгоградская область (777,2), Республика Тыва (767,8), Удмуртская Республика (762,0), Москва (752,3). Наиболее низкие показатели обеспеченности в регионах: Республика Адыгея (6,6), Республика Башкортостан (9,6), Ярославская область (11,6), Карачаево-Черкесская Республика (11,8), Приморский край (12,7), Санкт-Петербург (15,8), Свердловская область (16,0), Калужская область (18,6), Краснодарский край (23,0), Ханты-Мансийский автономный округ — Югра (24,5).

В 11 субъектах Российской Федерации по состоянию на конец 2022 года мобильные медицинские бригады отсутствовали: Пермский край, Костромская область, Чукотский автономный округ, Еврейская автономная область, Республика Бурятия, Кировская область, Республика Коми, Камчатский край, Республика Саха (Якутия), Ставропольский край, Севастополь.

**Передвижные маммографические установки (ПМУ).** В 2022 году в среднем по субъектам Российской Федерации уровень обеспеченности населения объемами деятельности передвижных маммографов составил  $97,8 \pm 125,0$  принятых пациенток на 10000 населения женского пола. На рисунке 2 представлена картограмма обеспеченности субъектов Российской Федерации объемами деятельности ПМУ в 2022 году.

Наиболее высокие показатели обеспеченности населения объемами деятельности передвижных маммографов 2022 году в регионах: Республика Мордовия (660,1), Республика Калмыкия (483,0), Республика Коми (423,3), Кемеровская область (402,3), Кировская область (374,2), Пензенская область (346,6), Новгородская область (317,9), Республика Тыва (266,3). Наиболее низкие показатели обеспеченности в регионах: Сахалинская область

(2,6), Челябинская область (3,5), Калужская область (3,9), Республика Ингушетия (5,4), Московская область (7,0), Тверская область (7,5), Иркутская область (8,1), Республика Саха (Якутия) — 8,6 принятых пациенток на 10000 населения.

По состоянию на конец 2022 года в субъектах Российской Федерации года мобильные медицинские подразделения для проведения маммографии отсутствовали в регионах: Псковская область, Москва, Магаданская область, Белгородская область, Вологодская область, Ярославская область, Курганская область, Ненецкий автономный округ, Липецкая область, Республика Карелия, Еврейская автономная область, Республика Марий Эл, Севастополь, Курская область.

**Передвижные флюорографические установки (ПФУ).** В 2022 году в среднем по субъектам Российской Федерации уровень обеспеченности населения объемами деятельности ПФУ составил  $363,6 \pm 294,5$  принятых пациентов на 10000 населения.

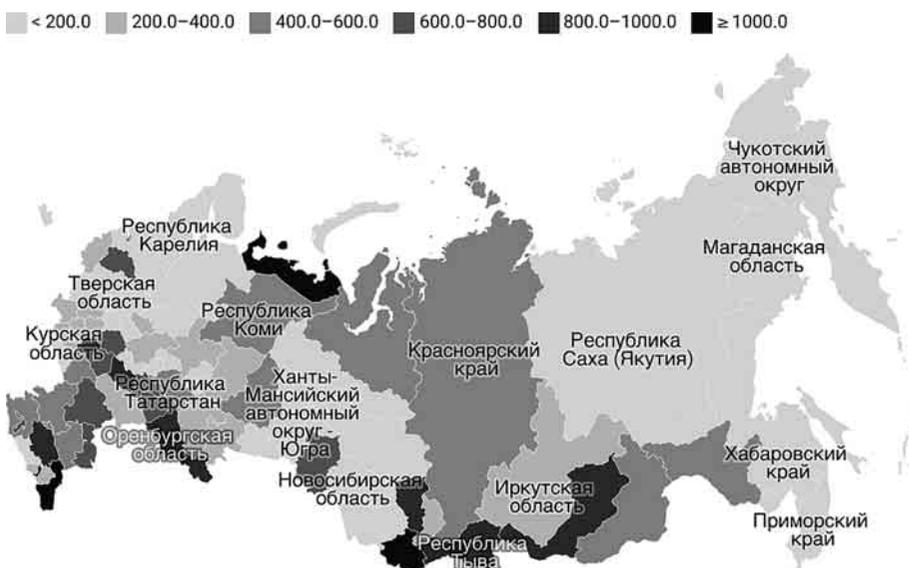
На рисунке 3 представлена картограмма обеспеченности субъектов Российской Федерации объемами ПФУ в 2022 году.

Наиболее обеспеченными объемами деятельности ПФУ в 2022 году являются регионы: Республика Алтай (1151,4 принятых пациентов на 10000 населения), Ненецкий автономный округ (1099,1), Республика Дагестан (1063,1), Ставропольский край (975,9), Республика Тыва (965,2), Кемеровская область (909,8), Липецкая область (866,7), Пензенская область (853,1), Оренбургская область (825,9), Республика Ингушетия (818,5). Наиболее низкие показатели обеспеченности в регионах: Удмуртская Республика (7,2), Костромская область (28,5), Московская область (28,5), Камчатский край (55,0), Мурманская область (58,2), Кабардино-Балкарская Республика (70,6), Томская область (71,6), Республика Саха (Якутия) -83,0, Вологодская область (89,0), Калининградская область (91,9).

В трех регионах передвижные флюорографические установки по состоянию на конец 2022 года отсутствовали: Еврейская автономная область, Магаданская область, Чукотский автономный округ.

**Отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи (ОПМП).** 2022 году в среднем по субъектам Российской Федерации уровень обеспеченности населения объемами деятельности ОПМП составил  $47,5 \pm 42,0$  принятых пациентов на 10000 населения.

На рисунке 4 представлена картограмма обеспеченности субъектов Российской Федерации объемами ОПМП в 2022 году.



мобильные флюорографы  
Created with Datawrapper

Рис. 3. Картограмма обеспеченности субъектов Российской Федерации объемами деятельности передвижных флюорографических установок в 2022 году (число принятых пациентов на 10000 населения)

Наиболее обеспеченными объемами деятельности ПФУ в 2022 году являются регионы: Республика Карелия (220,4), Республика Саха (Якутия) — 181,4, Москва (169,1), Камчатский край (139,5), Республика Бурятия (118,1), Новгородская область (104,5), Ямало-Ненецкий автономный округ (101,2), Санкт-Петербург (100,2), Ивановская область (98,9), Республика Татарстан (97,0). Наиболее низкие показатели обеспеченности в регионах: Еврейская автономная область (0,5), Калужская область (1,6), Воронежская область (2,6), Тверская область (2,7), Республика Северная Осетия — Алания (4,0), Ростовская область (4,5), Забайкальский край (5,0), Республика Крым (7,1), Вологодская область (7,3), Ярославская область (8,1).

В 4 субъектах Российской Федерации по состоянию на конец 2022 года отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи отсутствовали: Магаданская область, Республика Дагестан, Чукотский автономный округ, Ненецкий автономный округ.

Таким образом, население разных субъектов Российской Федерации чрезвычайно неравномерно обеспечено объемами медицинской помощи, оказываемой передвижными подразделениями медицинских организаций. Как показал наш анализ, различия между регионами по данному показателю достигает *стократных различий* и даже более.

Возможно, что одной из причин выявленной чрезвычайно сильной дифференциации субъектов Российской Федерации по показателям объемов работы передвижных медицинских подразделений и небольшого их числа в некоторых субъектах Российской Федерации — это различия между регионами в плотности населения, доле сельского населения и в мощностях стационарной медицинской инфраструктуры, которую можно измерить, например, с помощью таких показателей, как обеспеченность населения объемами медицинской помощи в круглосуточных стационарах по числу случаев госпитализации и в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) по числу посещений по поводу заболеваний.

То есть, с точки зрения организации работы региональной системы здравоохранения, чем меньше плотность населения, слабее и меньше задействована недвижимая медицинская инфраструктура для удовлетворения потребности людей в медицинских услугах, тем активнее должны использоваться передвижные медицинские подразделения. Если из этого правила исключить деятельность отделений выездной патронажной паллиативной медицинской помощи, объем работы которых с организационной точки зрения не должен быть связан с указанными факторами, то, подчиняясь логике



Отделения выездной патронажной паллиативной мед. помощи  
Created with Datawrapper

Рис. 4. Картограмма обеспеченности субъектов Российской Федерации объемами деятельности отделений выездной патронажной паллиативной медицинской помощи (число принятых пациентов на 10000 населения в 2022 году)

Корреляционная матрица зависимостей между показателями объема работы стационарных и передвижных подразделений медицинских организаций субъектов Российской Федерации в 2022 году

	Признак № 1	Признак № 2	Признак № 3	Признак № 4	Признак № 5	Признак № 6
Число принятых в ПМУ пациентов на 10000 населения — признак № 1	1,00	0,17	−0,05	−0,04	−0,14	0,18
P-value	—	0,12	0,68	0,71	0,21	0,10
Число принятых в ПФУ пациентов на 10000 населения — признак № 2	0,17	1,00	−0,08	0,06	−0,11	0,19
P-value	0,12	—	0,46	0,62	0,30	0,08
Число посещений АПУ на 100 населения — признак № 3	−0,05	−0,08	1,00	0,16	0,19	−0,13
P-value	0,68	0,46	—	0,15	0,08	0,23
Число госпитализаций на 100 населения — признак № 4	−0,04	0,06	0,16	1,00	0,09	−0,13
P-value	0,71	0,62	0,15	—	0,42	0,25
Плотность населения, чел. на 1 кв. км. — признак № 5	−0,14	−0,11	0,19	0,09	1,00	−0,25
P-value	0,21	0,30	0,08	0,42	—	0,02
Доля сельского населения — признак № 6	0,18	0,19	−0,13	−0,13	−0,25	1,00
	0,10	0,08	0,23	0,25	0,02	—

сформулированного выше правила, должны существовать отрицательные статистические связи между плотностью населения, показателями объема работы стационарных и передвижных подразделений медицинских организаций. При этом чем больше доля сельских жителей, тем больше должен быть объем работы передвижных подразделений медицинских организаций.

В действительности, как показал корреляционный анализ, такие связи хотя присутствуют, но они очень слабой силы при низком уровне статистической значимости (таблица 5)

При этом наиболее существенная отрицательная, статистически значимая ( $P$ -value = 0,02) корреляционная связь ( $r$  = − 0,25) обнаружена между показателями плотности и доли сельского населения в субъектах Российской Федерации — чем выше плотность, тем меньше доля сельского населения, что является естественным явлением и доказывает правильность выбора количественных переменных.

### Обсуждение

В России первые мобильные подразделения медицинского предназначения появились в военно-медицинской службе в середине прошлого века в виде автоперевозочных на базе автомобиля ГАЗ-63 [6]. В течении последних лет в качестве баз для передвижных подразделений медицинских организаций используются тяжелые автомобили, железнодорожные вагоны, а также самолеты и вертолеты [7,8].

В настоящее время мобильные медицинские подразделения используются для проведения профилактических медицинских осмотров, раннего выявления заболеваний, оказания экстренной медицинской помощи во время природных и техногенных катастроф, аварий и военных конфликтов, а также во время спортивных соревнований [9]. Гражданские мобильные медицинские комплексы могут также усилить деятельность военных медицинских служб в современной войне и при возникновении других чрезвычайных ситуаций, характеризующейся одномоментным возникновением массовых санитарных потерь [10,11]. И наоборот, передвижные рентгенодиагностические комплексы военно-медицинского применения могут также использоваться

для профилактических обследований населения, проживающих в районах, удаленных от медицинских учреждений [12].

Стоимость передвижных медицинских подразделений довольно высока. Так, например, стоимость диагностического мобильного комплекса «Маммография», включающего маммографическую систему Planmed Clarity 2D (Финляндия) в базовой комплектации по состоянию на май 2024 года составляет 19,3 млн. рублей<sup>14</sup>, что почти в 7 раз (3,0 млн. рублей) дороже стационарного цифрового маммографа GE Senographe Essential (США)<sup>15</sup>.

Как показал наш анализ, субъекты Российской Федерации крайне неравномерно обеспечены объемами деятельности передвижных медицинских подразделений. Различия между регионами по данному показателю достигает стократных различий и даже более. При этом, объемы деятельности передвижных медицинских подразделений не согласовываются ни с плотностью населения, ни с уровнем урбанизации регионов. Также отсутствуют значимые связи между объемами медицинских услуг, оказываемых в стационарных медицинских организациях и в их передвижных медицинских подразделениях, что противоречит аксиоме — чем недоступнее и (или) меньше задействована недвижимая медицинская инфраструктура для удовлетворения потребности людей в медицинских услугах, тем активнее должны использоваться передвижные медицинские подразделения.

По нашему мнению, одной из причин нерационального размещения и использования передвижных подразделений медицинских организаций являются недостатки нормативно-правового регулирования их деятельности.

Так, например, до сих пор оказание медицинской помощи вне медицинской организации допускается только при оказании скорой медицинской помощи (пункт 2 статьи 35 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ). Классификатор работ

<sup>14</sup> По данным сайта АО «Швабе-Медицинская Компания». Производство и продажа мобильных медицинских комплексов. <https://shvabe-mc.ru/> (дата обращения: 23 мая 2024 г.)

<sup>15</sup> По данным сайта компании «Anytrans». <https://anytrans.ru/catalog/mammography/ge-essential/> (дата обращения: 23 мая 2024 г.)

(услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 августа 2021 г. № 866н для целей лицензирования, не предусматривает деятельность передвижных подразделений медицинских организаций. В результате этот вид медицинской деятельности осуществляется медицинскими организациями без лицензии.

Также действующим законодательством не предусмотрено оказание медицинской помощи врачами, состоящими в штате одной медицинской организации, пациенту, который находится в другой медицинской организации, за исключением медицинской помощи, оказываемой выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи (пункт 2 статьи 35 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ). То есть, к примеру, врач мобильной медицинской бригады, действующий в рамках одной медицинской организации, не обладает правом оказывать ни один из видов медицинской помощи пациенту, находящемуся на лечении в другой медицинской организации.

Одновременно с этим, согласно Правилам организации деятельности мобильной медицинской бригады (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н), в состав мобильной медицинской бригады по согласованию могут включаться медицинские работники других медицинских организаций, что является юридической коллизией. Мобильные медицинские бригады являются структурными подразделениями медицинских организаций и не предназначены для оказания скорой медицинской помощи в экстренной форме. Де-юре медицинский работник мобильной медицинской бригады не может оказывать плановую первичную медико-санитарную помощь пациентам, обращающимся к нему бригаде по месту прибытия мобильной бригады.

С 2019 года в постановлениях Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» на соответствующий период, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации предоставлено право устанавливать нормативные объемы деятельности для передвижных форм оказания медицинской помощи. При этом единые («федеральные») нормативы объемов медицинских услуг, оказываемых с использованием передвижных медицинских подразделений, отсутствуют.

Другая важная причина нерационального размещения и использования передвижных подразделений медицинских организаций отражает общую фундаментальную проблему, связанную с недостаточной организацией и предоставлением населению не только высокочрезмерной, но и эффективной медицинской помощи, способной при разумных финансовых вложениях. Подобному положению дел способствует отсутствие в Российской Федерации системы счетов здравоохранения, позволяющих кон-

тролировать финансовые потоки и оценивать экономическую эффективность затрат.

Проблема становится особо актуальной в условиях растущего спроса на качественные медицинские услуги, когда ресурсы ограничены, а потребности населения требуют мгновенного реагирования. Устойчивое развитие системы здравоохранения невозможно без создания мотивационной среды, которая побудит руководителей не только к эффективному использованию имеющихся ресурсов, но и к поиску новых путей улучшения обслуживания. В противном случае, передвижные медицинские подразделения останутся лишь формальной частью системы, не являясь реальным ответом на вызовы времени.

### Заключение

Результаты выполненного анализа мощностей и результатов деятельности передвижных подразделений медицинских организаций подтверждают необходимость использования новых стратегий при организации и финансировании медицинской помощи, которая в настоящее время характеризуется растущей стоимостью не только из-за старения населения и широкого использования дорогостоящих методов лечения, но и отсутствием заинтересованности органов и организаций здравоохранения в обеспечении общественной результативности затрат. В условиях неизбежных ограничений бюджетных расходов на социальную сферу из-за сложной геополитической обстановки, для обеспечения эффективности затрат на здравоохранение, необходимо дополнить оценки объемных и ресурсных показателей медицинской помощи оценкам достигнутых результатов в сохранении и восстановлении здоровья людей на групповом и (или) популяционном уровне.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Перхов В. И. Мнение эксперта о статье «Ассоциация между смертностью от болезней системы кровообращения и депривацией у взрослого населения России». *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2024;23(3):3979. DOI: 10.15829/1728-8800-2024-3979
2. Singh GK, Lee H. Marked Disparities in Life Expectancy by Education, Poverty Level, Occupation, and Housing Tenure in the United States, 1997—2014. *Int J MCH AIDS*. 2021;10(1):7—18. DOI: 10.21106/ijma.402
3. Перхов В. И., Самородская И. В., Ступаков И. Н. К вопросу о критериях дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи. *Менеджер здравоохранения*. 2007;(5):34—42.
4. Улумбекова Г. Э. и др. Финансирование здравоохранения в России (2021—2024 гг.). Факты и предложения. *ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2019;18(4):50—63.
5. Корхмазов В. Т., Перхов В. И. К вопросу о необходимости расширения использования технологий мобильной медицины в период инфекционных пандемий. *Российский медицинский журнал*. 2022;28(1):5—10. DOI: 10.17816/medjrf92834
6. Бухтияров И. В. и др. Мобильные медицинские комплексы: вчера, сегодня, завтра. *Медицина катастроф*. 2010;(2):29—32.
7. Половиткина А. В. Мобильные медицинские комплексы: отечественная и зарубежная практика использования. *Альманах сестринского дела*. 2014;7(2):34—41.
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—154.

9. Абдуллабеков Р. Н., Федорчук В. Е., Минникова Т. В. Передвижные медицинские комплексы в России. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2021;43(3):45—52.
10. Половиткина А. В. Оценка перспектив реализации проекта по организации медицинских мобильных комплексов на территории Иркутской области. *Байкальский медицинский журнал*. 2014;131(8):75—78.
11. Гончаров С. Ф. и др. Мобильные медицинские формирования Службы медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации. *Медицина катастроф*. 2019;(3):5—11.
12. Железняк И. С. и др. Использование некоторых современных рентгенодиагностических аппаратов и комплексов в полевых условиях. *Военно-медицинский журнал*. 2017;338(1):50—56.

## REFERENCE

1. Perkhov V. I. Opinion of the expert on article «Association between Mortality from Diseases of the Blood Circulatory System and a Deprivation at Adult Population of Russia». *Cardiovascular therapy and prevention. [Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika]*. 2024;23(3):3979 (in Russian). DOI: 10.15829/1728-8800-2024-3979
2. Singh GK, Lee H. Marked Disparities in Life Expectancy by Education, Poverty Level, Occupation, and Housing Tenure in the United States, 1997—2014. *Int J MCH AIDS*. 2021;10(1):7—18. DOI: 10.21106/ijma.402
3. Perkhov V. I., Samorodskaya I. V., Stupakov I. N. To a question of criteria of expensive and hi-tech medical care. *The Manager of health care. [Menedzher zdravookhraneniya]*. 2007;(5):34—42 (in Russian).
4. Ulumbekova G. E., etc. Financing of health care in Russia (2021—2024). Facts and offers. *ORGZDRAV: News. Opinions. Training. VShOUZ bulletin. [ORGZDRAV: Novosti. Mneniya. Obuchenie. Vestnik VShOUZ]*. 2019;18(4):50—63 (in Russian).
5. Korkhmazov V. T., Perkhov V. I. To a question of need of expansion of use of technologies of mobile medicine in the period of infectious pandemics. *Russian medical magazine. [Rossiyskoy meditsinskiy zhurnal]*. 2022;28(1):5—10 (in Russian). DOI: 10.17816/medjrf92834
6. Bukhtiyarov I. V., etc. Mobile medical complexes: yesterday, today, tomorrow. *Medicine of accidents. [Meditsina katastrof]*. 2010;(2):29—32 (in Russian).
7. Polovitkina A. V. Mobile medical complexes: domestic and foreign practice of use. *Almanac of nurse business. [Al'manakh sestrinskogo dela]*. 2014;7(2):34—41 (in Russian).
8. Kalinin A. A., Bayanova N. A., Sulkina F. A. Mobile medical complexes in the conditions of the village. *Modern problems of health care and medical statistics. [Sovremennye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoy statistiki]*. 2019;(1):144—154 (in Russian).
9. Abdullabekov R. N., Fedorchuk V. E., Minnikova T. V. Mobile medical complexes in Russia. *Medical technologies. Assessment and choice. [Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor]*. 2021;43(3):45—52 (in Russian).
10. Polovitkina A. V. Assessment of prospects of implementation of the project for the organization of medical mobile complexes in the territory of the Irkutsk region. *The Baikal medical magazine. [Baykal'skiy meditsinskiy zhurnal]*. 2014;131(8):75—78 (in Russian).
11. Goncharov S. F., etc. Mobile medical formations of Service of medicine of accidents of the Ministry of Health of the Russian Federation. *Medicine of accidents. [Meditsina katastrof]*. 2019;(3):5—11 (in Russian).
12. Zheleznyak I. S., etc. Use of some modern X-ray diagnostic devices and complexes in field conditions. *The Military-medical magazine. [Voенно-meditsinskiy zhurnal]*. 2017;338(1):50—56 (in Russian).

**Вклад авторов:** все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Contribution of the authors:** the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests. Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Статья поступила в редакцию 31.05.2024; одобрена после рецензирования 24.07.2024; принята к публикации 18.11.2024. The article was submitted 31.05.2024; approved after reviewing 24.07.2024; accepted for publication 18.11.2024.

Научная статья

УДК 616.89—008.442.36

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.011

## Доступность гендерно-аффирмативного и общего здравоохранения для трансгендерных людей в Республике Беларусь

Яна Кирей-Ситникова<sup>1</sup>, Алиса Кумец<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Уппсальский университет, г. Уппсала, Швеция;

<sup>2</sup>Т\*Belarus, г. Минск, Республика Беларусь

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

<sup>2</sup>alisa.kumets@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-6014-9134>

**Аннотация. Обоснование.** Обратная связь со стороны пациентов является важным источником информации, необходимой для совершенствования системы здравоохранения. Целью исследования является изучение доступности гендерно-аффирмативного и общего здравоохранения для трансгендерных людей в Республике Беларусь. **Материалы и методы.** Тематический анализ 16 устных интервью с использованием социоэкологической модели. **Результаты.** К социальным факторам, затрудняющим доступ к гендерно-аффирмативному здравоохранению, относились: отсутствие юридической возможности начать гормональную терапию до смены гражданского пола; невозможность начать медицинский переход до 18 лет; психопатологизация трансгендерности; невозможность изменения идентификационного номера, в котором закодирован пол; невозможность зарегистрировать брак между лицами с одним гражданским полом. Институциональные факторы: централизация гендерно-аффирмативного здравоохранения в Минске, приводящая к географическим барьерам и неустойчивости системы; необходимость оплачивать гормональные препараты из личных средств; длительное время наблюдения и неопределённость; избыточные обследования; низкое качество операций; разобщённость специалистов; отсутствие гендерно-нейтральных туалетов; разделение специалистов по признаку пола (гинеколог/уролог). Межличностные факторы: использование имени и грамматического рода, не соответствующего гендерной идентичности; отсутствие внятных критериев диагностики; гендерные стереотипы специалистов; отказ в обслуживании; нарушение конфиденциальности. Внутриличностные факторы: недостаточная информированность; психофобия; неуверенность в себе; обеспокоенность в связи с реакцией окружающих.

**Заключение.** Достоинством системы гендерно-аффирмативного здравоохранения в Беларуси является её бесплатность для пациентов, недостатками — централизация, невнятные критерии диагностики и некомпетентность/невежливость медицинского персонала.

**Ключевые слова:** трансгендерность, транссексуальность, гендерная дисфория, гендерное несоответствие, доступ к медицинской помощи, Восточная Европа.

**Для цитирования:** Кирей-Ситникова Я., Кумец, А. Доступность гендерно-аффирмативного и общего здравоохранения для трансгендерных людей в Республике Беларусь // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 71—79. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.011.

Research article

### Access to gender-affirming and general healthcare for transgender people in the Republic of Belarus

Yana Kirey-Sitnikova<sup>1</sup>, Alisa Kumets<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uppsala University, Uppsala, Sweden;

<sup>2</sup>Т\*Belarus, Minsk, Republic of Belarus

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

<sup>2</sup>alisa.kumets@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-6014-9134>

**Annotation. Background.** Feedback from patients is an important source of information for improving healthcare. This study aims to investigate accessibility of gender-affirming and general healthcare for transgender people in the Republic of Belarus. **Materials and methods.** Thematic analysis of 16 oral interviews using the socio-ecological model. **Results.** Social factors complicating access to gender-affirming healthcare include: the lack of legal possibility to initiate hormone therapy before changing the gender marker; inaccessibility of medical transition for individuals under 18; psychopathologization of transgenderism; inability to change the identification number, which encodes gender; inability to enter marriage for individuals with the same legal gender. Institutional factors: centralization of gender-affirming healthcare in Minsk, which leads to geographic barriers and the system's instability; the need to pay for hormonal drugs out of pocket; long evaluation time and unpredictability; unnecessary evaluations; low quality of surgeries; the lack of connection between specialists; the lack of gender-neutral toilets; sex-based separation of specialists (gynecologist/urologist). Interpersonal factors: misgendering and deadnaming; the lack of properly defined diagnostic criteria; gender stereotypes of specialists; denial of service; breach of confidentiality. Intrapersonal factors: low awareness; psychophobia; the lack of self-confidence; concerns about the reactions of people around.

**Conclusions.** Gender-affirming healthcare is free for patients in Belarus, which is its major advantage. The disadvantages include: centralization, unclear diagnostic criteria, and the lack of competence/politeness on behalf of medical professionals.

**Keywords:** transgender, transsexual, gender dysphoria, gender incongruence, access to healthcare, Eastern Europe

**For citation:** Kirey-Sitnikova Y., Kumets, A. Access to gender-affirming and general healthcare for transgender people in the Republic of Belarus. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(4):71–79. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.011.

## Введение

Интерес к теме трансгендерности растёт во всём мире, включая страны Восточной Европы. По данным Российского индекса научного цитирования, к настоящему моменту на русском языке опубликовано не менее 300 научных работ, посвящённых медицинским вопросам смены/коррекции половой принадлежности (также используются термины «медицинский переход» и «гендерно-аффирмативное здравоохранение»), а именно: диагностике F64.0 «транссексуализм» (МКБ-10), заместительной гормональной терапии (ЗГТ) и хирургическим вмешательствам, направленным на приведение первичных и вторичных половых характеристик в соответствие гендерной идентичности. Ряд статей посвящён вопросам организации медицинской помощи трансгендерным людям (ТГЛ) в странах Восточной Европы, прежде всего в России [1–4]. Тем не менее, эта литература, как правило, не учитывает мнение самих пациентов, которые не понаслышке знакомы с препятствиями, возникающими при доступе к гендерно-аффирмативному здравоохранению. Лишь в одной работе [5] проанализированы данные об удовлетворённости и барьерах в доступе к здравоохранению среди ТГЛ в Армении, Грузии, Кыргызстане, России и Украине. Целью настоящего исследования является выявление факторов, облегчающих или затрудняющих доступ к гендерно-аффирмативному и общему здравоохранению, среди ТГЛ в Республике Беларусь (РБ).

## Материалы и методы

Скрининговая анкета (вопросы: гендерная идентичность, возраст, место получения гендерно-аффирмативных медицинских услуг, тип полученных услуг, информированное согласие, контакты) распространена в сети Интернет среди ТГЛ в РБ. С за-



Социоэкологическая модель доступности гендерно-аффирмативного и общего здравоохранения для ТГЛ.

полнившими анкету и давшими информированное согласие проводились устные интервью. Вопросы интервью основаны на социоэкологической модели, которая включала четыре уровня: социальные факторы (законы, культурные нормы), институциональные факторы (организация медицинской помощи), межличностные факторы (взаимодействие с работниками сферы здравоохранения и другими пациентами) и внутриличностные факторы (рисунок) (адаптировано из [6]). Эти факторы рассматривались применительно к гендерно-аффирмативному и общему здравоохранению. Также спрашивалось, какое влияние эти факторы оказывают на ментальное здоровье. Аудиозаписи транскрибировались вручную, тематический анализ выполнен в программе Taguette [7].

## Результаты

Получено 26 ответов на скрининговую анкету. Одна респондентка отказалась дать информированное согласие и была исключена. Трое оставили несуществующие контакты. Оставшимся 22 респондентам высланы приглашения для участия в устных интервью. Четверо не ответили, ещё одна отказалась из опасений за конфиденциальность. Проведено 17 интервью, одно из них не записалось. Итого для анализа использовались 16 интервью продолжительностью от 16 до 106 минут. Средний возраст — 28 лет (диапазон от 18 до 53). Гендерные идентичности: семь трансгендерных мужчин (ТГМ), шесть трансгендерных женщин (ТГЖ), по одной — трансфеминная небинарная идентичность (ТФНБ), трансмаскулинная небинарная идентичность (ТМНБ) и небинарная персона (НБ).

**Социальные факторы.** Говоря о законодательном уровне, следует отметить высокий уровень регулирования гендерно-аффирмативного здравоохранения в РБ. Возможность медицинского перехода для совершеннолетних граждан гарантирована законом № 2435-XII «О здравоохранении» от 18 июня 1993 г., статья 19. Более подробно порядок прописан в Постановлении Министерства здравоохранения № 163 «Об изменении и коррекции половой принадлежности» от 9 декабря 2010 г. Диагностика проводится централизованно на базе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (РНПЦ). Центральной фигурой является сексолог, который в течение одного года проводит сексологическое обследование пациента и направляет на дополнительные обследования к психологу, эндокринологу, гинекологу или урологу, а также на анализ кариотипа и стационарное наблюдение в РНПЦ. После прохождения указанных обследований пациент направляется на заседание Межведомственной комиссии по медико-психологической и социальной реабилитации лиц с синдромом отрицания пола (далее — комиссия). Положительное решение комиссии даёт

пациенту право на изменение гражданского (паспортного) пола. В случае успешной адаптации в новой гендерной роли через год пациент может быть направлен на второе заседание комиссии, где выдаётся разрешение на начало ЗГТ и хирургических вмешательств.

Все опрошенные без исключения выразили удовлетворение в связи с самим фактом существования возможности медицинского перехода в РБ, однако высказывали замечания относительно отдельных аспектов процедуры. Больше всего критики было направлено на последовательность, при которой доступ к ЗГТ, изменяющей внешность, юридически становится возможным лишь через год после смены документов, что может привести к несоответствию внешности и паспортных данных и, как следствие, к проблемам с социальной адаптацией: «Если я приду в [детский] сад и скажу «Здравствуйте, я сегодня не Марфуша Васильевна, а Дрын Дрынович», мне скажут «Марфуша Васильевна, вы кукухой тронулись?» Ну правильно, ну а как? Приходит пышная женщина, извините, четверо детей, у меня по бёдрам 120—130 обхват, грудь третьего размера. И что? И я даже если шапку-кепку одену, джинсы, худы, это же всё равно видно, что я, извините, женщина. Лицо круглое, голос звонкий. И, конечно, это бред сивой кобылы: как это можно успешно социализироваться?» (ТГМ, 36) Чтобы обойти данное законодательное ограничение и приобрести мужские черты до смены документов, этот респондент посещал эндокринолога и покупал гормональные препараты в России. Многие другие выбирали самолечение, что не во всех случаях безопасно: «Люди как-то выкручиваются, достают каким-то образом. Из Польши, из России привозят гормоны, жрут. Плохо, что бесконтрольно это порой, как некоторые глотают по пять таблеток Дианки [Диане-35], думая, что от этого переход ускорится» (ТГЖ, 38). Согласно опубликованному ранее исследованию, 43,1% ТГМ и 70,8% ТГЖ в РБ принимали ЗГТ без назначения до первичного обращения [8]. Однако были респонденты, которым удавалось получить рецепт на гормональные препараты в частных клиниках и даже в государственных, если врачи не были вполне осведомлены о законодательстве: «В маленьких городах врачи не совсем могут знать, конечно, что нужно разрешение второй [комиссии]. Там проще получить рецепт. Собственно, я так свои первые рецепты и получила» (ТГЖ, 24). Во-вторых, критика была направлена на минимальный возраст — 18 лет — с которого можно получать гендерно-аффирмативные услуги: «Это очень поздно, я считаю, потому что тело уже сформировано, и потом сложно в дальнейшем просто изменить себя, чтобы побороть дисфорию» (ТГЖ, 18). В-третьих, нахождение диагноза «транссексуализм» в разделе психического здоровья (по МКБ-10) могло приводить к (само)стигматизации и ряду социальных проблем: «Это облако страха, которое вокруг психиатрии летает, оно цепляет эту сферу. Соответственно, люди боятся... Мы же все боимся учётов. А почему боимся? Потому что не очень понимаем, как всё это работает. И потому что не очень понимаем,

где это может выстрелить» (ТГМ, 36). В-четвёртых, несмотря на возможность изменить гражданский пол, описанная процедура не позволяет менять идентификационный номер, в котором закодирован пол, что приводит к нарушению медицинской тайны и усложняет, в том числе, доступ к медицинской помощи: «Из неудобств, могу сказать, что помню, когда записывался на вторую операцию, — это четвёрка в паспорте. В белорусском паспорте идентификационный номер кодируется пол первой цифрой. Вот с этой цифрой реально были проблемы в Беларуси, потому что часто в банках, в медицинских учреждениях это раскодируется, и графа пол плохо меняется, или не работает что-то, или мой паспорт не проходит валидацию» (ТГМ, 29). Высказывалась и обобщённая критика системы как несоответствующей современным стандартам: «Как будто методички прям из 80-х остаются или, может, из 90-х. То есть система, она старая, и считается, что система настроенная, рабочая. Она устаревшая, но никто не думает её даже менять... Многие мировые тенденции, какие-то новшества, какие-то улучшения, они то ли сознательно, то ли ограниченно несознательно, игнорируются» (ТФНБ, 30). Наконец, один респондент был вынужден отказаться от обращения за гендерно-аффирмативными услугами, так как в противном случае не смог бы зарегистрировать брак с партнёром: «Встречаюсь с другим транспарнем и хочу с ним заключить брак после того, как комиссия одобрит ему переход. Две М в паспорте мы иметь не можем» (ТГМ, 22).

*Институциональные факторы.* Централизация всех гендерно-аффирмативных услуг в столице приводила к возникновению географических барьеров для пациентов из других регионов. Проблема усугублялась невозможностью планировать поездку заранее, поскольку даты приёма или заседания комиссии зачастую остаются до последнего неизвестны: «Они людей предупреждают за пару дней буквально, и не всегда есть билеты, иногда 31 декабря проходит. Туда невозможно даже доехать, потому что заранее надо билеты покупать на поезд... Если выходной не попадёт, то меня уволят, но я туда приеду. Потому что комиссию пропустить нельзя, но отпроситься с работы нужно заранее» (ТГМ, 22). Даже если дата назначается заранее, не все могут финансово позволить себе приезжать ради нескольких минут разговора: «Откуда-нибудь из Витебска, или там Полоцкой, или из Гомеля 300км пилить на визит к врачу на 15 минут или там к психологу — ну такое себе» (ТГЖ, 38). Необходимость поездок в столицу также обусловлена отсутствием гормональных препаратов в небольших населённых пунктах: «Когда я пытался в <название города> первоначально купить, у нас в аптеках этого препарата фактически нет. И чтобы как-то это всё сразу купить, это нужно ехать сразу в Минск: сначала к эндокринологу, получить этот рецепт и идти сразу в Минске где-то искать и покупать. Вот так вот ездить тоже не очень удобно, потому что мне в Минск поехать... туда 25 рублей, назад 25 рублей. Плюс там метро. Когда буквально весь день там ездешь, поесть что-то переку-

сильно уходит нормально так денег» (НБ, 25). Помимо географических барьеров, централизация приводила к неустойчивости всей системы: «Доступ ко всей этой диагностике, получению гормонов, операций — это в нашей системе по сути один врач на всю страну. И если он вдруг увольняется или его увольняют, то всё в подвешенном состоянии» (ТГЖ, 38). Однако попытки децентрализации без должного обучения специалистов лишь усугубляли ситуацию: «Главный эндокринолог... она передала нас всех участковым врачам, участковым эндокринологам. То есть представляешь? Они вообще ни в зуб ногой, то есть, по-русски говоря, ни хрена не понимают» (ТГЖ, 53).

Переходя к финансовым барьерам, гендерно-аффирмативное здравоохранение в РБ покрывается государственным медицинским страхованием, что является большим плюсом для ТГЛ, многие из которых сталкиваются с дискриминацией на рабочем месте и находятся в плачевном финансовом положении. Тем не менее, транспортные расходы, как указано выше, пациенты вынуждены оплачивать самостоятельно. Также в число трат входят гормональные препараты, причём их цена в РБ, по мнению респондентов, неоправданно высока: «То, что в Польше стоит 16 злотых, в Беларуси стоит в 4 раза дороже» (ТГЖ, 53). Дороговизна препаратов приводила к перерывам в приёмах гормонов: «Если разбивать эту стоимость на 5 месяцев, то этого хватает, плюс-минус, это небольшая сумма за месяц. Но разово — это была для меня проблема... У меня до сих пор получается где-то в полгода перерыв. И это приносило мне большой дистресс» (ТГМ, 19). ТГЛ, имеющие финансовые возможности, предпочитали обращаться в платные частные клиники, где они сталкивались с меньшей стигматизацией, чем в государственных учреждениях. Также в частные учреждения предпочитали обращаться для ускоренного получения результата исследования кариотипа, требующегося для прохождения комиссии: «Ты можешь ждать год чего-то, полгода, и все в основном идут в частное, и частное можно найти за 150, но всё равно это до 200 рублей» (ТГМ, 19). Это подводит к обсуждению времени ожидания.

Наблюдение перед первой комиссией должно занимать не менее одного года, однако на практике этот срок мог растягиваться, например, из-за необходимости ждать результатов исследования кариотипа: «Кладут в Новинки [район Минска, где расположен РНПЦ] на осмотр для того, чтобы сделать переход, только с условием кариотипа подтверждённого; но кариотип делается фактически год, а делать его разрешили с недавних пор только в государственном учреждении» (ТГМ, 25). Пациенты, обследующиеся на транссексуализм, обязаны пройти 14-дневную госпитализацию в РНПЦ, где они могут выбрать либо общую, либо отдельную VIP-палату — в последнем случае очередь может достигать нескольких месяцев. Респонденты жаловались на неопределённость: «Сложности с тем, чтобы лечь. Потому что «позвоните через 10 дней, ещё позвоните через 20 дней», потом «позвоните через 10 дней»...

И всё это, такое чувство, что нет какой-то существующей действительно очереди, в которой ты стоишь, и там ты был, условно, 19-м, стал 18-м, потом 17-м, 16-м и 3-м, 2-м, 1-м, и ложишься. Такое чувство, что создаётся видимость этой очереди, но по факту ложатся в стационар те, кто не выдерживает и ведёт себя агрессивно» (ТГМ, 43). Дополнительное время ожидания также было связано со сменой кадров в РНПЦ и отпусками: «Я один раз к нему [сексологу] ходил в июне, после этого он ушёл в отпуск, потом уволился на несколько месяцев, его не было, вообще никого не было... Новый сексолог, она... я к ней не успел попасть, я ходил к заведующему, пока её ещё не было. Она после этого ушла на свой длительный больничный, на месяца три или четыре, тоже никого не было» (ТГМ, 22). Неопределённость со сроками затрудняла для респондентов планирование жизни: «Ты опять-таки не можешь планировать своё будущее технически на ближайшие года два, потому что ты не знаешь, насколько это растягивается... У меня такая ситуация, что из-за женских документов я не могу подаваться на программу стажировок МЕХТ от японского правительства» (ТГМ, 19).

По мнению отдельных респондентов, часть обследований, занимающих много времени, являются избыточными: «[Обследование в стационаре] — бессмысленная, честно говоря, трата времени. Скорее всего, это, знаете, как для галочки, для заполнения каких-то дополнительных бумаг... В больнице даже какого-то наблюдения по факту нет. Ты буквально лежишь в палате, тебя периодически, по-моему, два раза всего за время, что я лежал... я посещал психолога, и всё. Максимум ещё заходила главврач, спрашивала, мол, как дела. Я отвечал: «Нормально». И всё, на этом диалог заканчивался» (НБ, 25).

Говоря о качестве гендерно-аффирмативных медицинских услуг, респонденты отмечали низкое качество хирургических вмешательств: «Смотрю результаты, и это очень грустно. Сейчас очень большой процент, кто не хочет здесь ничего делать... Я просто не представляю себя живущим с таким серьёзным вмешательством физическим, которое и так стоило очень много здоровья, нервов, и жить с тем, что тебе оно не нравится, — это же ужасное чувство» (ТГМ, 19). Дополнительной проблемой являлось отсутствие достаточного числа квалифицированных хирургов: «Один хирург уже свалил из страны, второй отошёл от дел, а третий поручает свою работу практикантам, и там результаты непонятно какие» (ТГЖ, 38). Всё это вынуждало часть пациентов обращаться за операциями в других странах за свой счёт.

Наконец, респонденты отмечали разобщённость между врачами различных специальностей, ведущих трансгендерных пациентов: «Отсутствие связи между отдельными специалистами, связанными с процессом перехода. То есть, например, меня сексолог посылает там к эндокринологу, а эндокринолог задаёт вопросы, которые там... которые вроде как известны и знакомы, но эндокринолог задаёт их по

второму кругу. То есть они не контактируют между собой. Эндокринолог не знает, что происходит у психолога. В стационаре никто не знает, как работает процедура сдачи крови на кариотип» (ТФНБ, 30).

Переходя к факторам, затрагивающим общее здравоохранение, почти никто из респондентов не воспринимал необходимость указывать паспортные данные (если они отличались от гендерной идентичности) как барьер в доступе к медицинским услугам: «Я отношусь к указанию паспортных данных достаточно нейтрально, для меня это больше как формальность... Я знаю своё имя, которое мне нравится, которое я использую по отношению к себе... А вот то, что у меня в паспорте написано, это ну... ну это просто ярлык» (ТФНБ, 30). Респонденты высказывались за создание гендерно-нейтральных туалетов: «Туалеты, конечно, хотелось бы видеть более унифицированными. Потому что у нас такое далеко не везде. Вот в центре на Макаёнка [Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения], там туалеты юнисекс... Хотелось бы такого побольше. Потому что многим некомфортно ходить в другие туалеты. Ну и плюс опять же, что люди скажут, кто посмотрят ещё и так далее. Многие боятся» (ТФНБ, 30). Разделение специалистов по признаку пола также вызывало дискомфорт у некоторых респондентов: «Направили к гинекологу. Вот эти все неловкие объяснения, что у меня там что-то не то, что-то не так. Хорошо, если был бы такой специалист, который в общем всю эту мочеполовую систему как бы... может, так сказать, у двух полов обследовать» (ТГЖ, 24). Другие же, напротив, относились к этому спокойно: «Лично мне как-то пофиг, я могу и к урологу сходить, к андрологу и чтоб мне простату проверили, грубо говоря, мне это нормально» (ТГЖ, 38).

*Межличностные факторы.* Респонденты чаще всего отмечали корректное обращение со стороны медицинских специалистов, непосредственно занимающихся вопросами гендерного перехода, включая отсутствие мисгендеринга (использования неверного грамматического рода) и деднейминга (использования старого имени, не соответствующего гендерной идентичности): «Тот же самый сексолог, он выбранным именем ко мне обращался. Так что нет, этого не было, хотя бы потому, что все общаются на вы» (ТГЖ, 23). Или: «Лично со мной вообще без нареканий. Может быть, в силу возраста... Мы с ним практически ровесники, и ни фамильярности, ни каких-то таких. Очень вежливо, очень корректно, прекрасно общались» (ТГМ, 43). Однако другие сообщали о неприятной манере общения со стороны сексолога и противоречивых критериях оценки: «Предыдущий сексолог, он такой не очень приятный в коммуникации человек, он пытался постоянно провоцировать, как-то вывести на чистую воду... Принимаете ли вы гормоны? А если не принимаете... Мне там, допустим, нельзя их принимать, потому что я ещё не прошёл комиссию... А почему вы их не принимаете? Нелегально типа. Про эмоциональное состояние тоже всегда вопросы были. Суицидальные мысли тоже. Понятно, что об этом никто

никогда не говорит, потому что это осложняет процесс перехода по факту, хотя по регламенту вроде как должно упрощать» (ТГМ, 22). Чтобы вписаться в предполагаемые критерии оценки, респонденты пытались модифицировать своё поведение: «Ты не должен быть слишком весёлым, слишком энергичным, потому что это означает, что ты недостаточно страдаешь, тебе недостаточно плохо, чтобы идти на комиссию и что-то менять в своей жизни, тебя типа всё устраивает. А если ты слишком депрессивный и слишком подавленный, то, простите, у вас там депрессивный эпизод и ваше желание изменить гендерную идентичность — это вытекает из вашего ментального расстройства» (ТГМ, 19). Не исключено, однако, что это проецирование собственных предрассудков респондентов, поскольку другие сообщали, что ментальные проблемы не являются препятствием для перехода: «У меня, к слову, были довольно высокие показания именно депрессивного состояния на тот момент, но сказать, чтобы это как-то повлияло на решение психолога или в дальнейшем комиссии... Нет. Как мне объяснял психолог, главное, чтобы не было каких-то расстройств, которые могут повлиять именно на восприятие человека» (НБ, 25).

Сообщалось о гендерных стереотипах специалистов, которые могли повлиять на результаты обследования: «Он как-то спросил меня: «Почему вы решили выбрать такую женскую специализацию?» Хотя я буквально учился на историческом факультете, и с чего это вдруг женская специализация? ... И подобных вопросов было очень много. Я в принципе человек ещё довольно верующий, и по поводу моей веры он тоже говорил: «Ну вот, ну как бы к вере больше в основном расположены женщины. Вы не думаете, что вы как-то в более женском спектре?»» (НБ, 25). Гендерные стереотипы также лежали в основе психологических тестов: «Психолог использует довольно странное анкетирование. У него там тесты, например, на ассоциации, где надо проассоциировать себя с растением, проассоциировать с растением женщину, мужчину, ребёнка. Или с предметом. И правильный ответ: женщина — это какой-то более феминный предмет, ты — это более маскулинный предмет, мужчина — тоже какой-то более маскулинный предмет» (ТГМ, 22). По мнению многих респондентов, для успешного прохождения обследования необходимо визуально вписываться в стереотипные представления о женщинах и мужчинах, а также иметь гетеросексуальную ориентацию: «Как я слышала от других квир-людей, ему необходима какая-то гетеронормативность. То есть, если человек идентифицирует себя как женщина, этот человек обязательно должен быть, не знаю, хрупкой женщиной, которая любит только мужчин. Ну и наоборот... Я сама, скажем так, предпочитаю достаточно маскулинную одежду, у меня хороший пиджак. Но мне приходилось перед встречами надевать что-то более феминное, для меня несвойственное, чтобы получать некоторое одобрение от них» (ТГЖ, 21). С другой стороны, были и респонденты, которые не пытались притворяться и не сталкивались с пробле-

мами: «Лично я с каким-то негативом не встречался, хотя на тот приём, когда я только пришёл к врачу, я выглядел максимально феминно, то есть у меня осознание буквально только пришло, я к врачу пошёл, и какие-то там изменения во внешности пока не делал, то есть ни стрижка, ни одежда, вообще ничего» (НБ, 25).

Из всех респондентов лишь двое столкнулись с однозначно некорректным поведением со стороны врачей, предоставляющих гендерно-аффирмативные услуги. В первом случае ТГЖ столкнулась с отказом в обслуживании, что сподвигло её на самостоятельный приём гормонов: «Моя участковая была в отпуске, а заменяла её участковый врач другая, которая вообще сказала: «Почему я должна таких вот типа уродов, как я, принимать, обслуживать?»... Я приняла решение тогда в тот момент, бросила заведующей на пол в её кабинете карточки и начала покупать это нелегально» (ТГЖ, 53).

Ещё одному респонденту принудительно отменили решение первой комиссии по невнятным причинам: «Свекровь на меня жалобу в Министерство юстиции написала. И начал раскручиваться маховик по отмене моего нового паспорта. И меня вызвали на комиссию тогда. Причём нарушили все права, что могли, о комиссии не предупредили заранее... Мне предъявили, что в моём деле нет осмотра доцента, хотя без этого осмотра меня бы не допустили до первой комиссии... Вынесли решение отменить решение первой комиссии. Потом угрожали судом, аннулированием паспорта. Детями в СОП [социально опасное положение]. Короче, давили на моё ответственное родительство, чтоб я сам подписал заявление о добровольном откате документов» (ТГМ, 36). Примечательно, что это заседание комиссии, состоявшееся в декабре 2023 г., было проведено лишь для одного человека; остальные пациенты, ожидающие обследования, не были оповещены. Также вышеназванный респондент столкнулся с нарушением конфиденциальности: по его словам, сотрудники Минздрава РБ передали информацию, составляющую медицинскую тайну, в управление образования. Опасаясь за судьбу детей, он принял решение об эмиграции. Негативные изменения в работе комиссии могли быть связаны с приходом новых специалистов и законом «о запрете смены пола человека» (№386-ФЗ от 24.07.2023) в России: «Сейчас полностью изменился состав комиссии. Сейчас стало гораздо хуже... В сентябре 22-го года она была абсолютно лайтовая... Основной, скажем так, поток, 95% прошли комиссию. Тоже как бы некорректных вопросов не было. Сейчас как-то в связи, наверное, с запретом перехода в РФ, стали тоже бояться за свои шкурки, и «мы сейчас пропускаем, а потом нам же это и прилетит, поэтому мы сейчас будем жестеть...» Большинство людей развернули, потому что документы потерялись» (ТГМ, 43). В Минздрав РБ было направлено обращение с просьбой сообщить о числе отказов за время существования комиссии, чтобы подтвердить или опровергнуть вышеупомянутую тенденцию, однако информация не была предоставлена в связи с тем, что она

составляет сведения, относящиеся к служебной информации ограниченного распространения.

Средний медицинский персонал чаще позволял себе высказывания, которые респонденты расценивали как некорректные: «Когда я сдавал на кариотип, помню, там был момент неприятный: медсестра кровь брала, спрашивала, почему вы так решили пол сменить и т. д. Объясняю как бы там, а она такая перебивает и говорит: «Ну, сейчас это влияние моды». Я уже мимо ушей это пропустил, ничего не ответил, но момент такой очень неприятный» (НБ, 25). О некорректном поведении медицинских сестёр сообщали и респонденты, прошедшие стационарное наблюдение в РНПЦ: «Намеренных попыток мисгендерить или относиться как-то плохо с высоты высшего медперсонала точно не было. Со стороны самого низшего медперсонала, даже не медперсонала, санитарочки... они просто вообще не в теме... Медсёстры — средний медперсонал — это, наверное, самая неприятная прослойка. У них прям достаточно сильная чувствуется трансфобия. Они понимают, что происходит, кто здесь лежит, и они могут мисгендерить, они могут специально кричать на весь коридор фамилию с женским окончанием» (ТГМ, 43).

Межличностные отношения с другими пациентами варьировали от доброжелательных до назойливого любопытства: «С бабушками, которые у меня конкретно в палате, мне удалось найти общий язык. Я им всё рассказал, они такие: «А, ну хорошо». Чудесные бабульки были» (ТГМ, 22). Но: «Мы ходили в душ, нас же было двое. Дверь вообще не закрывается на замок, и мой напарник стоял у двери с телефоном, пока я там разделся и мылся. И многие ломились именно в душ, потому что им тоже срочно нужно было в душ, причём они шли туда без полотенца, без ничего... То есть повышенный интерес был однозначно. Враждебность — я бы не сказал. Просто назойливое любопытство» (ТГМ, 43).

Переходя к общему здравоохранению, респонденты жаловались на обращение по паспортным данным, несоответствующим их гендерной идентичности: «Она такая: «Девушка, девушка, проходите». Ну, конечно же, узнала, по какой теме, и сразу говорит: «Молодой человек». Начинает обращаться абсолютно неправильно» (ТГЖ, 18). Другие сообщали о более позитивном опыте: «Я пошла к окулисту, мне там в глаза закапали, вывели типа в коридор. И если к другим пациентам по имени обращались, имя-отчество, чтобы пациента привлечь, пока сидишь с закрытыми глазами, не видишь, кто откуда выходит, то ко мне просто подошли, к руке прикоснулись: «Пойдёмте»» (ТГЖ, 38). Пациенты были вынуждены давать неловкие объяснения относительно своих документов, не соответствующих внешности: «Когда меня опять же смотрят по документам, а потом видят живьём и спрашивают: «А чего он сам не пришёл?» И мне приходится говорить: «Так я как бы и есть». Но это без негатива, для меня это даже какое-то развлечение своеобразное» (ТФНБ, 30). Сообщалось об отсутствии у врачей базовых знаний про возможность гендерного перехода в стране:

«Она меня послушала, я была... сняла с меня майку... нужно было, чтоб послушать. Она видит, что есть какое-то формирование груди, грудь, говорит: «У нас смена пола запрещена». Что это вообще такое? Почему она это сказала? К чему? Во-первых, не запрещена» (ТГЖ, 18). Особенно часто недопонимания случались у ТГМ при посещении гинеколога: «Я пришёл, она большие глаза открыла, говорит: «Мужчина, это гинеколога кабинет, выйдите отсюда»» (ТГМ, 36).

*Внутриличностные факторы.* Недостаточная информированность, особенно среди более старших респондентов, являлась барьером для обращения за гендерно-аффирмативными услугами: «Когда я осознал себя, в глубинке в Беларуси в принципе не было слова «трансгендер». Я вообще не знал, что это такое, кто я и что с этим можно делать» (ТГМ, 36). После попадания на приём к психиатру по другому поводу этот респондент узнал о возможности медицинского перехода, однако из-за внутренней психобии испугался и отказался от госпитализации: «Я решил пойти ва-банк и спросил, обязательно ли мне ложиться в стационар, психиатрическую клинику. Мне сказали: «Ну вообще да, обязательно». На этом моменте я испугался и убежал». Спустя 10 лет он нашёл информацию в интернете и стал более открыт к прохождению психиатрического обследования, однако его останавливало наличие появившегося на тот момент ребёнка: «Когда я понял, что это действительно возможно в Беларуси, что люди это делают, что это вот так называется, что такие же, как я существуют... Но у меня был ребёнок трёхлетний. Я решил, что, наверное, мне нельзя. Им можно, им классно — а мне всё равно нельзя портить жизнь своему ребёнку. Соответственно, в таком состоянии я пребывал достаточно долго, но в итоге не выдержал и ГРТ [ЗГТ] начал, и комиссию прошёл». Неуверенность в собственном решении являлась психологическим препятствием для других: «Безусловно, страх. Мне нужно, чтобы себя понять, я перед комиссией проходила психолога, за которого я тоже платила. Чтобы проработать в себе вот эти, понять, на правильном ли я пути» (ТГЖ, 18). Также останавливало беспокойство о том, что подумают окружающие: «Когда понимаешь, что голос не тот, внешка не та, чего-то там с пассом проблемы, вот эта опять же самостигматизация, потому что вот... А что подумают соседи?» (ТГЖ, 38).

*Ментальное здоровье.* Неопределённость и необходимость длительного ожидания гендерно-аффирмативных вмешательств негативно сказывалась на ментальном здоровье респондентов: «Из-за того, как у нас организована сама по себе процедура перехода, у нас приходится много ждать, очень много ждать, это затягивается всё, и вот это ожидание постоянное, неопределённость, неизвестность — всё это просто давит очень на психику» (ТФНБ, 30). Запрет перехода в России вызывал тревожность относительно аналогичного развития событий в РБ: «Зная, как в России ситуация происходила... то в целом просто подозрения начинаются, тревожность из-за этого» (ТМНБ, 18). Отсутствие поддержки со

стороны родных и работы также являлись причинами ментальных проблем: «Я оказался абсолютно без поддержки, особенно во время перехода. Родители меня приняли, но тогда я жил один в городе, и после операции у меня не было ни работы, ни жилья... Очень тяжело пришлось, поэтому сейчас отгребаю, можно сказать так, психические проблемы» (ТГМ, 29). С другой стороны, ментальное состояние некоторых респондентов улучшилось в результате перехода: «У меня ни один аспект не ухудшился с начала, допустим, принятия гормонов или социализации в том гендере, который я считаю своим. Всё лучше, всё действительно лучше, комфортнее, приятнее» (ТГЖ, 21). Маскулинизирующая гормональная терапия могла оказывать благотворное влияние на настроение: «Спустя несколько лет гормонотерапии, когда физически тело начинает меняться, намного легче становится. Плюс психологический аспект, что второй пубертат всё-таки у транспарней — немного перестраивается голова, многие становятся намного спокойнее» (ТГМ, 19).

*Копинг-стратегии.* Стремясь избежать негативного опыта, респонденты избегали посещения учреждений здравоохранения или скрывали свою трансгендерность: «Я просто стараюсь избегать каких-то походов в поликлиники или вообще не говорю о своём диагнозе или о чём-то ещё, связанным с этим, потому что я понимаю, что это создаст мне лишние проблемы» (ТГМ, 22). Чтобы врачи не догадались о трансгендерности, респонденты могли изменять свою внешность: «Если, например, хочу, чтобы у меня было меньше проблем, ко мне меньше вопросов, я специально могу одеться максимально нейтрально, чтобы по мне ничего такого не скажешь» (ТГМ, 25). Также пациенты старались минимизировать число врачей, осведомлённых об их ситуации, а если всё же требовалось сменить врача, заранее выясняли о его отношении: «Если терапевт, то есть мне надо поднимать майку, я стараюсь к одному врачу ходить какому-то, чтобы минимизировать количество людей, которые в курсе... Я, например, поменял поликлинику. Прежде, чем идти к гинекологу, я позвонил заведующей, поставил в известность, что я вот такой-то такой-то, мне нужна консультация, есть такая-то специфика. Кого вы порекомендуете из врачей?» (ТГМ, 36). Эффективны были также жалобы в вышестоящие инстанции: «Пока я не позвонила в... там телефон доверия, Министерство здравоохранения... Тогда она в течение буквально полутора часов мне перезвонила и назначила мне время, когда я должна к ней прийти» (ТГЖ, 53). Предпринимались также попытки обучения врачей: «Она провела такой тренинг для врачей, поговорила о транслюдях, обо всех вещах: как общаться, чтобы не травмировать людей... За что получила кару: от властей к ней пришли два следователя, хороший и плохой, начали её троллить по поводу того, что она, оказывается, среди врачей центра бальнеолечения проводила ЛГБТ-агитацию» (ТГЖ, 53). Также активисты поддерживали список толерантных врачей: «У меня особо гинекологических проблем нет, но как-то народ выкручивается толерантными,

френдли всякими гинекологами, такими вот врачами. Какой-то есть отдельный список, к кому можно ходить, но это всё по связям всегда узнают» (ТГМ, 25). Чтобы избежать посещения эндокринологов, некоторые респонденты обращались за консультацией к другим ТГЛ: «Мне помогали находить гормональные средства взрослые транспарни, которые проходили комиссию лет 20 назад» (ТГМ, 19). Наконец, ещё одним способом избежать негативных последствий для ментального здоровья было изменить своё отношение: «Зависит от того, как к этому относиться. Ко всему можно подойти с юмором и не всё воспринимать всерьёз, не всё принимать близко к сердцу» (ТГЖ, 38).

### Обсуждение

Важным достоинством системы гендерно-аффирмативного здравоохранения в РБ является её бесплатность для пациентов, что особенно критично для ТГЛ в сложном финансовом положении, связанном с дискриминацией в сфере трудоустройства и отсутствием поддержки семьи. Основными недостатками являются: централизация, невнятные критерии диагностики и некомпетентность/невежливость медицинского персонала.

Централизация гендерно-аффирмативных услуг в специализированных центрах берёт начало с гендерной клиники при Больнице Джонса Хопкинса (США), открытой в 1966 году [9]. Мотивацией было улучшение междисциплинарного сотрудничества между основными специалистами, работающими с трансгендерными пациентами: психиатрами, психологами, эндокринологами, хирургами, гинекологами и урологами [10]. Однако имелись и социальные причины — стремление оградить тему трансгендерности от внимания общественности [11]. В настоящее время специализированные гендерные клиники существуют в таких странах, как Великобритания, Нидерланды, Швеция. Несмотря на названные преимущества, централизация критикуется, прежде всего, в связи с длительным (до нескольких лет) временем ожидания.<sup>1</sup> В РБ, наряду с длительным ожиданием, проблемами, вызванными централизацией, являются географические (и вытекающие из них финансовые — покупка билетов) барьеры для пациентов, живущих за пределами Минска. Некоторые вынуждены тратить целый день и отпрашиваться с работы, чтобы съездить на приём. Более того, формат «один специалист на всю страну» делает всю систему нестабильной, в случае если этот специалист увольняется или уходит в длительный отпуск. При этом основное преимущество централизации — междисциплинарное сотрудничество — остаётся недостижимым в РБ: как сообщали респонденты, специалисты разобщены, не знают, что происходит на других этапах медицинского перехода, и задают одни и те же вопросы. Помимо РБ, среди постсоветских стран Казахстан и Украина имели централизованную систему диагностики F64.0 «транс-

сексуализм», однако позже отказались от неё в пользу децентрализации. Децентрализованной (включая возможность получения диагноза в частных клиниках) также была до последнего времени система оказания гендерно-аффирмативной помощи в России. Возможно, РБ следует последовать этим примерам.

Переходя к критериям диагностики, в настоящее время отсутствуют убедительные данные о возможности диагностики F64.0 «транссексуализм» с помощью физикального обследования или лабораторных диагностических исследований. Таким образом, специалисты вынуждены опираться на слова пациента и инструменты экспериментально-психологической диагностики. Отсутствие чётких критериев диагностики приводит к субъективности, в том числе к оценке на основе стереотипов и предрассудков конкретного специалиста о том, как должны выглядеть и вести себя женщины и мужчины. Респонденты сообщали о том, что от них ожидалась максимальная феминность/маскулинность и гетеросексуальность относительно выбранного пола, хотя подобные критерии не определены приказами или клиническими рекомендациями. В результате диагностика транссексуализма превращалась в тест на умение встраиваться в представления психиатра о гендерных ролях — что часто не имело никакого отношения к тому, как пациенты вели себя за пределами врачебного кабинета. В связи с невозможностью объективной диагностики альтернативным решением мог бы стать переход к модели информированного согласия [12], в которой основная задача специалиста — убедиться, что пациент не имеет иных психиатрических диагнозов, могущих вызвать желание сменить пол, и понимает последствия своих действий.

Наконец, переходя к некомпетентности и грубости медицинских специалистов, следует отметить важность организации образовательных программ, направленных на повышение информированности о ТГЛ. Данные программы должны создаваться в сотрудничестве с пациентскими организациями и опираться на опыт, накопленный как в постсоветских странах, так и за рубежом.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Бухановский А. О. Об организации медицинской помощи больным транссексуализмом. В кн.: Красавин Л. А., ред. Организация психиатрической и наркологической помощи в РСФСР. М.: МЗ РСФСР; 1991. С. 10—12.
2. Карпов А. С., Введенский Г. Е., Дмитриева Т. Б. Проблемы организации оказания медицинской помощи лицам с транссексуализмом. *Российский психиатрический журнал*. 2001;(4):13—8.
3. Матевосян А. В. К вопросу о медико-социальных и юридических-правовых аспектах смены пола. *Андрология и генитальная хирургия*. 2008;9(3):63—7.
4. Ягубов М. И., Шпорт С. В., Старостина Е. А., Добаева Н. В., Ичмяян М. А. Социально-правовые и медицинские аспекты транссексуализма (гендерного несоответствия). *Общественное здоровье*. 2023;3(1):4—17.
5. Кирей-Ситникова, Я. Удовлетворённость и барьеры в доступе к здравоохранению для трансгендерных людей в Восточной Европе и Центральной Азии. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2023;(4):31—37. DOI: 10.25742/NRIPH.2023.04.005

<sup>1</sup> Action for Trans Health. Break the Gates Open. Режим доступа: <https://actionfortranshealth.org.uk/2018/03/01/break-the-gates-open/>.

6. Johnson M, Wakefield C, Garthe K. Qualitative socioecological factors of cervical cancer screening use among transgender men. *Preventive Medicine Reports*. 2020;(17):101052.
7. Rampin R, Rampin V. Taguette: open-source qualitative data analysis. *Journal of Open Source Software*. 2021;6(68):3522.
8. Шепелькевич А. П., Лузан А. М., Кузьменкова Е. И. Оценка медико-социальных факторов у трансгендерных лиц, получающих гормональную терапию. *Лечебное дело*. 2020;72(2):52—56.
9. Siotos C, Neira PM, Lau BD, Stone JP, Page J, Rosson GD, Coon D. Origins of gender affirmation surgery: the history of the first gender identity clinic in the United States at Johns Hopkins. *Annals of Plastic Surgery*. 2019;83(2):132—6.
10. Pauly IB, Edgerton MT. The gender identity movement: A growing surgical-psychiatric liaison. *Archives of Sexual Behavior*. 1986;(15):315—29.
11. Slagstad K. Psychiatric practices beyond psychiatry: the sexological administration of transgender life around 1980. In: Gahlen G, Hess V, Scarfone M, Voelker H, editors. *Doing psychiatry in postwar Europe: Practices, routines and experiences*. Manchester: Manchester University Press; 2024. p. 312—334.
12. Schulz SL. The Informed Consent Model of Transgender Care: An Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria. *Journal of Humanistic Psychology*. 2018;58(1):72—92.
3. Matevosyan AV. On the medical-social and legal aspects of the change of sex. *Andrology and Genital Surgery. [Andrologiya i genital'naya khirurgiya]*. 2008;9(3):63—7 (in Russian).
4. Yagubov MI, Shport SV, Starostina EA, Dobaeva NV, Ichmelyan MA. Social and legal and medical aspects of transsexualism (gender incongruence). *Public Health. [Obshchestvennoe zdorov'e]*. 2023;3(1):4—17 (in Russian).
5. Kirey-Sitnikova Y. Satisfaction and barriers in access to healthcare for transgender people in Eastern Europe and Central Asia. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health. [Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]*. 2023;(4):31—37 (in Russian). DOI: 10.25742/NRIPH.2023.04.005
6. Johnson M, Wakefield C, Garthe K. Qualitative socioecological factors of cervical cancer screening use among transgender men. *Preventive Medicine Reports*. 2020;(17):101052.
7. Rampin R, Rampin V. Taguette: open-source qualitative data analysis. *Journal of Open Source Software*. 2021;6(68):3522.
8. Shepelkevich AP, Luzan AM, Kuzmenkova EI. Assessment of medical and social factors of transgender individuals undergoing hormone therapy. *Internal Medicine. [Lechebnoye delo]*. 2020;72(2):52—56 (in Russian).
9. Siotos C, Neira PM, Lau BD, Stone JP, Page J, Rosson GD, Coon D. Origins of gender affirmation surgery: the history of the first gender identity clinic in the United States at Johns Hopkins. *Annals of Plastic Surgery*. 2019;83(2):132—6.
10. Pauly IB, Edgerton MT. The gender identity movement: A growing surgical-psychiatric liaison. *Archives of Sexual Behavior*. 1986;(15):315—29.
11. Slagstad K. Psychiatric practices beyond psychiatry: the sexological administration of transgender life around 1980. In: Gahlen G, Hess V, Scarfone M, Voelker H, editors. *Doing psychiatry in postwar Europe: Practices, routines and experiences*. Manchester: Manchester University Press; 2024. p. 312—334.
12. Schulz SL. The Informed Consent Model of Transgender Care: An Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria. *Journal of Humanistic Psychology*. 2018;58(1):72—92.

## REFERENCES

**Вклад авторов:** Кирей-Ситникова, Я.: концептуализация исследования, проведение 6 интервью, обработка данных, написание текста; Кумец, А.: концептуализация исследования, поиск респондентов, проведение 11 интервью. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Contribution of the authors:** Kirey-Sitnikova, Y.: study conceptualization, conduction of 6 interviews, data analysis, drafting the text; Kumets, A.: study conceptualization, finding respondents, conduction of 11 interviews. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 19.07.2024; одобрена после рецензирования 31.10.2024; принята к публикации 18.11.2024.  
The article was submitted 19.07.2024; approved after reviewing 31.10.2024; accepted for publication 18.11.2024.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.012

**Анализ мнения врачей-офтальмологов о ведении пациентов с катарактой  
и сопутствующими заболеваниями глазного дна**

Анна Владимировна Фомина<sup>1</sup>, Ульяна Сергеевна Пляскина<sup>2</sup>

<sup>1–2</sup>ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», г. Москва, Российская  
Федерация

<sup>1</sup>fomina-av@rudn.ru, <http://orcid.org/0000-0002-2366-311X>  
<sup>2</sup>plyaskina.ulyana@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-9483-1571>

**Аннотация.** Соблюдение пациентом врачебных рекомендаций является одной из главных задач врачебного общества во всем мире. Многими исследователями продолжается изучение структуры комплаентности пациентов и предлагаются пути ее повышения. В настоящей статье, на основании проведенного анкетирования, нами проанализирована врачебная тактика в отношении пациентов с возрастными офтальмологическими заболеваниями, влияющая на качество оказания медицинской помощи и, как следствие, на приверженность рекомендуемому лечению. Актуальность настоящего исследования также заключается в изучении организации медицинской помощи пациентам с возраст-ассоциированной глазной патологией, включающей сенильную катаракту и сопутствующие заболевания глазного дна. Имеющиеся на сегодняшний день исследования зачастую посвящены организации медицинской помощи пациентам с изолированными глазными патологиями и основаны исключительно на результатах анкетирования пациентов. Настоящая работа демонстрирует данные, полученные в ходе опроса врачей-офтальмологов. В настоящее время проводится анкетирование среди пациентов с катарактой и сопутствующими заболеваниями глазного дна. Исследование не завершено.

**Ключевые слова:** приверженность лечению, ведение пациентов, врачи-офтальмологи, катаракта, заболевания глазного дна.

**Для цитирования:** Фомина А. В., Пляскина У. С. Анализ мнения врачей-офтальмологов о ведении пациентов с катарактой и сопутствующими заболеваниями глазного дна // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 80–86. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.012.

Original article

**Analysis of the opinion of ophthalmologists on the management of patients with cataract and  
concomitant fundus diseases**

Anna V. Fomina<sup>1</sup>, Ulyana S. Plyaskina<sup>2</sup>

<sup>1–2</sup>Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>fomina-av@rudn.ru, <http://orcid.org/0000-0002-2366-311X>  
<sup>2</sup>plyaskina.ulyana@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-9483-1571>

**Annotation.** Patient compliance with medical recommendations is one of the main tasks of the medical community worldwide. Many researchers continue to study the structure of patient compliance and propose ways to improve it. In this article, based on the survey, we analyzed the medical tactics in relation to patients with age-related ophthalmological diseases, affecting the quality of medical care and, as a result, adherence to the recommended treatment. The relevance of this study also lies in the study of the organization of medical care for patients with age-associated ocular pathology, including senile cataract and concomitant diseases of the fundus. Existing studies are often devoted to the organization of medical care for patients with isolated ocular pathologies and are based solely on the results of patient surveys. This work demonstrates the data obtained during a survey of ophthalmologists. Currently, a survey is being conducted among patients with cataract and concomitant diseases of the fundus. The study is not completed.

**Key words:** adherence to treatment, patient management, ophthalmologists, cataracts, fundus diseases.

**For citation:** Fomina A. V., Plyaskina U. S. Analysis of the opinion of ophthalmologists on the management of patients with cataract and concomitant fundus diseases. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2024;(4):80–86. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.012.

**Введение**

По данным официальных источников численность пациентов с возраст-ассоциированными глазными заболеваниями неуклонно увеличивается<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> World Health Organization. Blindness and Visual Impairment; available online: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>. Data accessed: July 21, 2024.

Такие заболевания как сенильная катаракта, возрастная макулярная дегенерация, диабетическая ретинопатия, глаукомная оптическая нейропатия являются наиболее распространенными и приводят к необратимой потере зрения<sup>2,3,4,5</sup>. Пациентам с перечисленными патологиями, в том числе сочетанными, необходимо наблюдаться и лечиться у офтальмолога с показанной периодичностью. Зачастую ле-

чение таких пациентов не обходится без хирургии. Комплаентность пациентов при рекомендации врачом-офтальмологом хирургического лечения может снижаться по многим причинам. На сегодняшний день известно немало научных работ, посвященных поиску причин снижения приверженности лечению пациентов. Многими авторами предложены и внедрены в работу медицинских учреждений эффективные методы, повышающие комплаентность пациентов с изолированными глазными заболеваниями [1—7].

**Цель исследования:** проанализировать мнение врачей-офтальмологов центрального федерального округа об организации медицинской помощи пациентам с сочетанными глазными заболеваниями.

### Материалы и методы

Для проведения настоящего исследования разработана анкета для врачей-офтальмологов, состоящая из двух разделов и 26 вопросов. Первый раздел включал общую характеристику врачей, второй — мнение офтальмологов о ведении пациентов с сочетанной глазной патологией. К прохождению анкетирования допускались врачи-офтальмологи центрального федерального округа (г. Москва), добровольно согласившиеся поделиться личным мнением и опытом работы с пациентами с возрастными сочетанными глазными заболеваниями, приводящими к потере зрения. Вопросы анкеты не требовали личных данных о пациентах и врачах. Опрос проведен среди 62 врачей-офтальмологов.

### Результаты и обсуждение

Нами получены 62 заполненные анкеты. Среди опрошенных врачей-офтальмологов: 72,6% женщин и 27,4% мужчин. Опрос проходили врачи 50 лет и старше — 33,9%, 40—49 лет — 24,2%, 30—39 лет — 21%, а также офтальмологи до 30 лет — 21%. Большая доля респондентов имеет стаж работы в офтальмологии 20 и более лет — 41,9%, до 5 лет — 25,8%, от 16 до 20 лет — 12,9%, от 6 до 10 лет — 9,7%, от 11 до 15 лет — 9,7%. Среди опрошенных 14,5% имеют ученую степень кандидата наук, 17,7% являются аспирантами или соискателями ученой степени, 67,7% не имеют ученую степень. По данным анкетирования доктора наук в опросе не участвовали, ответов не получено. Также в анкетировании приняли участие офтальмохирурги в количестве 23 человек (37%).

<sup>2</sup> Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей офтальмологов», Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России». «Катаракта старческая». Клинические рекомендации. 2022.

<sup>3</sup> Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов». «Макулярная дегенерация возрастная». Клинические рекомендации. 2024.

<sup>4</sup> Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов». «Сахарный диабет: ретинопатия диабетическая, макулярный отек диабетический». Клинические рекомендации. 2023.

<sup>5</sup> Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов». «Глаукома первичная открытоугольная». Клинические рекомендации. 2020.

Анализируя полученные данные о комплаентности пациентов к хирургическому лечению катаракты нами выявлено следующее: 30 респондентов (48,4%) считают, что пациенты чаще соглашаются, чем отказываются от проведения оперативного лечения катаракты, 25 респондентов (40,3%) утверждают, что пациенты зачастую соглашаются на проведение оперативного лечения, 4 респондента (6,5%) ответили, что их пациенты чаще отказываются, чем соглашаются на проведение хирургического лечения катаракты, 3 респондента (4,8%) затруднились ответить.

Касательно приверженности к хирургическому лечению заболеваний заднего отрезка глаза, 34 респондента (54,8%) ответили, что пациенты чаще соглашаются, чем отказываются от рекомендуемого лечения, 16 респондентов (25,8%) утверждают, что пациенты зачастую соглашаются на проведение хирургического лечения, 7 респондентов (11,3%) указали, что пациенты чаще отказываются, чем соглашаются от предложенного лечения, 3 респондента (4,8%) считают, что пациенты зачастую отказываются от хирургического лечения витреоретинальных патологий. Два респондента (3,2%) затруднились ответить.

Таким образом, пациенты зачастую соглашаются на проведение оперативного лечения катаракты, при этом менее часто обращаются к офтальмохирургам за витреоретинальными операциями. По нашему мнению, обращаемость пациентов напрямую связана с распространенностью и широкой известностью катаракты среди населения. Кроме того, фактоэммульсификация катаракты в отличие от ВРХ (витреоретинальная хирургия) является рутинной, часто проводимой операцией, крайне редко приводящей к интра- и послеоперационным осложнениям. В связи с вышеизложенным пациенты зачастую не осведомлены о существующих витреоретинальных операциях. Несмотря на подробное разъяснение хирургом преимуществ и недостатков показанной операции, пациенты испытывают страх и не дают согласия на данный вид лечения.

Несмотря на высокий уровень комплаентности пациентов в центральном федеральном округе в отношении хирургического лечения возрастных офтальмологических заболеваний, по данным анкетирования, встречаются и те, кто отказывается от оперативного вмешательства. По мнению респондентов основные причины отказа следующие (на 100 ответов): страх перед операцией (59,7); острота зрения полностью устраивает пациентов (46,8); отсутствует финансовая возможность (37,1) (Рисунок 1).

Таким образом, лидирующей причиной для отказа от рекомендуемого лечения является страх пациента перед операцией, что может быть связано с недостаточным разъяснением врачом о существующих современных методах офтальмохирургии и высоковероятном благоприятном послеоперационном исходе. Для принятия пациентом положительного решения об оперативном лечении, вероятно, требуется больше времени, отведенного на консультацию с офтальмологом, поскольку при пер-



Рис. 1. Причины отказа от оперативного лечения по мнению офтальмологов.

вичном приеме больные зачастую готовы услышать рекомендации, связанные с необходимостью назначения очковой коррекции и консервативного лечения. Следует предположить, что увеличение времени на прием, назначение нескольких повторных консультаций или наблюдение в динамике поможет преодолеть психологический барьер и повысить комплаентность пациентов в отношении хирургии.

Интересна тактика врачей-офтальмологов при установлении диагноза сенильной катаракты и выявленных сопутствующих заболеваниях глазного дна пациентам. По данным опроса большинство опрошиваемых, 53 респондента (85,5%), всегда стараются подробно объяснять пациентам с вышеуказанными сочетанными патологиями о невозможности полного восстановления остроты зрения после оперативной замены хрусталика на интраокулярную линзу. Пять респондентов (8,1%) не всегда осведомляют пациентов о возможных послеоперационных низких зрительных функциях, что связано с ограниченным временем приема. Четыре респондента (6,5%) коротко, но всегда предупреждают пациентов о вероятности невысокой остроты зрения после проведенной оперативной замены хрусталика. Нами не было получено ни одного ответа о том, что врачи никогда не сообщают пациентам об ожидаемых неблагоприятных исходах по зрительным функциям.

Анализируя вышеописанное, нами выявлено, что большая доля врачей, несмотря на ограниченный прием, старается всегда подробно донести до каждого пациента, что низкая острота зрения, прежде всего, сопряжена с имеющимися заболеваниями глазного дна, а не с хрусталиковыми помутнениями. Своевременная экстракция катаракты поможет избежать факогенных осложнений в дальнейшем, однако не решит проблему, связанную с существующими ретинальными изменениями и связанными с ними низкими зрительными функциями. Кроме того, наличие полной записи, внеплановые приемы пациентов по острым состояниям, значительная ограниченность по времени консультации, работа с документацией, по нашему мнению, могут

выступать основными причинами для невозможности уделения врачом данной проблеме особого внимания.

Помимо хирургического лечения катаракты, врачи-офтальмологи назначают поддерживающую терапию для сетчатки пациентам с сопутствующими ретинальными заболеваниями в виде парабульбарных инъекций, а также витамины для приема внутрь. По данным опроса, большинство респондентов (83,9%) назначает данное лечение при наличии показаний. Семь респондентов (11,3%) никогда не назначают поддерживающую терапию ни в

каком виде. Лишь 2,3% ответили, что назначают только витамины для приема внутрь.

Мы предполагаем, что врачи, не назначающие поддерживающую терапию, опираются исключительно на доказанную эффективность каждого препарата. Меньшинство респондентов сообщили, что назначают только витамины для приема внутрь, что, вероятно, связано с невозможностью проведения парабульбарных инъекций в процедурном кабинете по тем или иным причинам, либо со страхом пациентов перед данным видом лечения.

При показании к хирургическому (в том числе лазерному и инъекционному интравитреальному) лечению при прогрессирующем течении диагностированного дегенеративного заболевания сетчатки, по данным анкетирования, большинство респондентов утверждают, что пациенты, как правило, не игнорируют данный вид помощи, однако относятся к нему более настороженно, что было описано выше.

По результатам проведенного опроса нами выявлены наиболее распространенные диагнозы, устанавливаемые врачами-офтальмологами на приеме при осмотре глазного дна (на 100 ответов): дистрофия сетчатки (85,5); диабетическая ретинопатия (71); глаукомная оптическая нейропатия (71); макулярный разрыв (33,9); центральная серозная хориоретинопатия (30,6); тромбоз центральной вены сетчатки или ее ветвей (25,8); атрофия диска зрительного нерва (16,1); отслойка сетчатки (16,1); неглаукомная оптическая нейропатия (12,9); хориоретинит (8,1); окклюзия центральной артерии сетчатки или ее ветвей (6,5). Полученные данные отражены на рисунке 2.

Следовательно, наибольшую долю из всех перечисленных заболеваний глазного дна составляет дистрофия сетчатки, диабетическая ретинопатия и глаукомная оптическая нейропатия, которые по данным Всемирной организации здравоохранения и федеральным клиническим рекомендациям достаточно распространены как в мире, так и в России и являются частой причиной прогрессирующего снижения остроты зрения у возрастного населения.

Нами проанализирована частота установления вышеперечисленных заболеваний за одну смену работы врача. Большая часть респондентов, 71,7%, устанавливают указанные патологии до 5 раз за одну смену. До 10 раз за рабочую смену диагноз устанавливает 25% врачей. До 30 раз — 2 врача (3,3%). Также мы не получили ни одного ответа о том, что врачи устанавливают данные диагнозы свыше 30 раз за смену.

Исходя из вышеописанного, каждый рабочий день на прием к врачу-офтальмологу являются пациенты с теми или иными патологиями глазного дна, устанавливаемые впервые или повторно при проведении очередного осмотра.

Касательно возраста пациентов, нами выявлено, что наиболее часто на прием к врачу-офтальмологу, по утверждению 26 респондентов (42,6%), являются пациенты в возрасте 60 лет и старше. По данным ответов девятнадцати респондентов (31,1%), на прием к врачу чаще являются пациенты 46—59 лет. 14,8% респондентов сообщили, что у офтальмолога, как правило, консультируются пациенты в возрасте 31—45 лет. Семью опрошенными (11,5%) зафиксирована наиболее частая явка молодых пациентов, 18—30 лет.

Таким образом, нами установлено, что к врачам-офтальмологам чаще всего обращаются пациенты в возрасте 60 и более лет, что, по нашим предположениям, в ряде случаев, связано с развитием наиболее распространенных возрастных глазных заболеваний, снижающих остроту зрения.

Получая рекомендуемое консервативное лечение по поводу выявленного заболевания, доля пациентов, в конечном итоге, оказывается перед выбором, поскольку некоторым из них необходима замена терапевтического лечения на хирургическое, что, как правило, связано с прогрессирующим течением патологии или неэффективностью проводимой терапии. Во избежание отказа пациента от своевременного хирургического лечения врачу всегда важно объяснять о существующих современных методах минимально инвазивных операций, их преимуществах, эффективности и безопасности, а также о рисках, которые могут возникнуть при воздержании от данного вида лечения. Для повышения уровня осведомленности пациентов об их заболевании и возможных методах лечения в некоторых медицинских учреждениях используются специальные памятки, брошюры, стенды и другое. По данным опроса выявлено, что только у 66,1% респондентов по их месту работы имеются подобные источники информации для пациентов.

Для сохранения высокого уровня приверженности лечению пациентов предложены дневные стационары, где за короткий промежуток времени после первичного приема, при согласии пациента, прово-

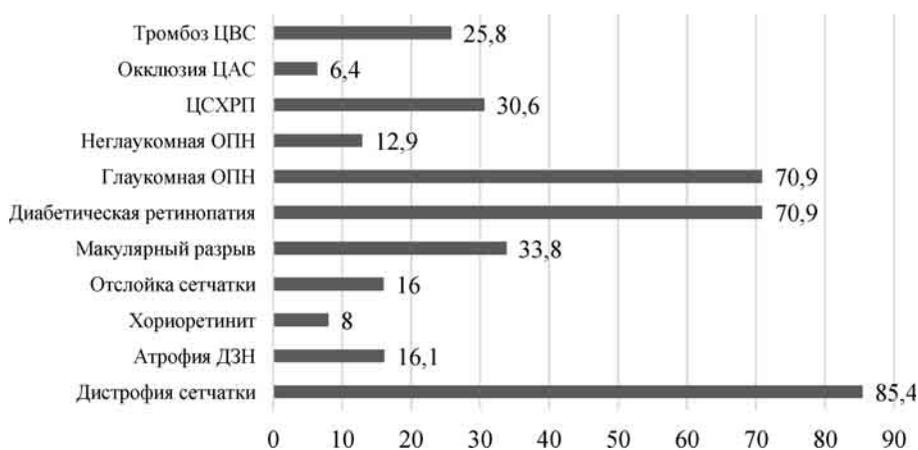


Рис. 2. Наиболее распространенные диагнозы, устанавливаемые врачами-офтальмологами.

дится рекомендуемая операция. По данным анкетирования, 56,5% респондентов ответили, что их медицинские учреждения имеют дневной стационар, а 43,5% — нет. 35 респондентов (56,5%) перечислили, какие офтальмологические операции проводят в стационарах по месту работы опрошенных врачей (на 100 ответов): малая глазная хирургия (86,1); лазерная коагуляция сетчатки (75); фактоэмульсификация катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (69,4); интравитреальное введение препарата (63,9); рефракционные операции (33,3); витреоретинальные операции (27,8); антиглаукомные операции (5,6)

Таким образом, в дневных офтальмологических стационарах проводят множество видов оперативного лечения, в том числе сложные, высокотехнологичные, операции. Высокая частота проводимого оперативного лечения, вероятно, сопряжена с удобством для пациентов, что, безусловно, повышает их комплаентность.

Нами также проанализирована тактика врачей в отношении пациентов со сложными сочетанными глазными патологиями, которые не всегда удается дифференцировать за один прием и, соответственно, решить вопрос о дальнейшем ведении. В связи с возникновением сомнений в правильности выставления того или иного диагноза, 58,1% врачей-офтальмологов стараются направлять пациентов на консультацию к другим специалистам или на дообследование в другие медицинские учреждения. 37,1% респондентов редко направляют «сложных» пациентов в сторонние учреждения, поскольку по месту работы врачей имеется необходимое оборудование для проведения расширенных диагностических мероприятий или на рабочем месте присутствуют более опытные коллеги, готовые поделиться собственным мнением и дать ценные рекомендации. Три респондента (4,8%) всегда берут пациентов под собственное дальнейшее наблюдение и не направляют их в иные учреждения.

Исходя из вышеизложенного, нами получено, что большинство врачей-офтальмологов, при наличии сомнений в диагнозах, направляют пациентов на дополнительную консультацию или дообследование в другие медицинские учреждения. По нашей

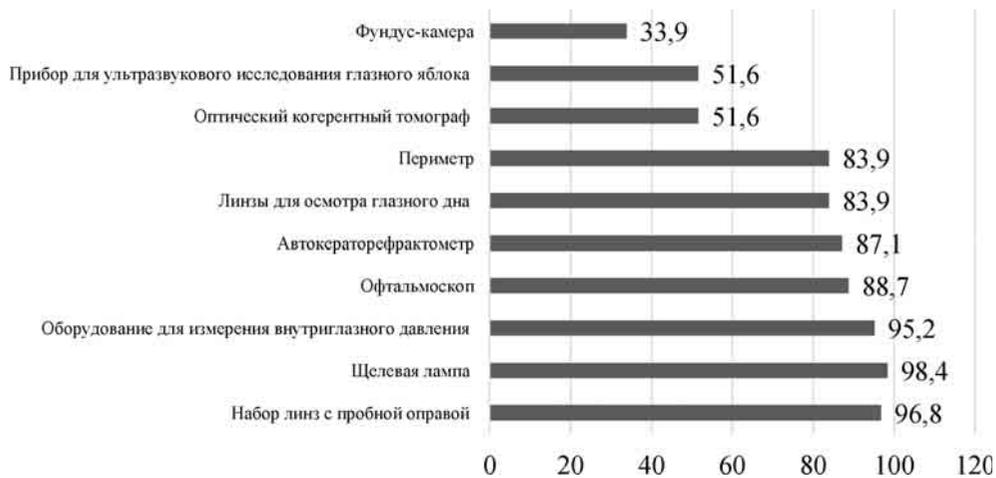


Рис. 3. Оснащенность офтальмологических кабинетов по данным опроса офтальмологов.

версии, данное решение врача может быть сопряжено с недостаточной аппаратной оснащенностью кабинета, невозможностью обсудить конкретный клинический случай в связи с отсутствием коллег-офтальмологов в медицинском учреждении, а также пока еще небольшим опытом работы офтальмолога.

При выявлении на приеме сенильной катаракты у пациента, врачу-офтальмологу важно оценить состояние глазного дна на предмет наличия сопутствующих патологий, что необходимо не только для исключения острых заболеваний, угрожающих потерей зрения, а также рутинного выставления диагнозов и назначения соответствующего лечения, но и для оценки послеоперационного прогноза в случае готовности пациента к хирургическому лечению. В зависимости от интенсивности хрусталиковых помутнений может возникать некоторая сложность при офтальмоскопии (осмотр глазного дна), прежде всего на миозе (на узком зрачке), в связи с чем существующая патология может быть пропущена. Тем не менее, по данным анкетирования 27 врачей-респондентов (43,5%) при прохождении анкетирования ответили, что выраженность катарактальных изменений не влияет на частоту выявления патологий глазного дна и офтальмологи могут обнаружить любые изменения как на миозе, так и на медикаментозном мидриаза (на широком зрачке), не используя специального оборудования, что, вероятно, связано с высоким уровнем профессионализма врачей в центральном федеральном округе, а также нечастой явкой пациентов со зрелой формой сенильной катаракты на консультацию. 19 респондентов (30,6%), как правило, обнаруживают патологии заднего отрезка глазного яблока у пациентов с катарактой, поскольку используют имеющееся в кабинете или медицинском учреждении дополнительное оборудование. Десять респондентов (16,1%) выявляют витреоретинальные заболевания нечасто, поскольку картина глазного дна, в том числе на периферии, как правило, соответствует норме. Пять респондентов (8,1%) редко выявляют витреоретинальные патологии даже в условии медикаментозного мидриаза, так как на прием к врачам часто являются пациенты со значительными хрусталиковыми по-

мутнениями, что, по-видимому, может быть также связано с недостаточной оснащенностью офтальмологических кабинетов. Один респондент (1,6%) указал, что пациенты зачастую знают о своем диагнозе и обращаются к врачу с целью динамического наблюдения.

На рисунке 3 продемонстрированы данные по оснащенности врачебных кабинетов согласно результатам анкетирования. Выявлено, что в кабинетах врачей-офтальмологов имеется следующее оборудование (на 100 ответов): набор линз с пробной оправой (96,8); щелевая лампа (98,4); оборудование для измерения внутриглазного давления (пневмотонометр, тонометрия по Маклакову, Гольдману и другое) (95,2); офтальмоскоп (88,7); автокераторефрактометр (87,1); линзы для осмотра глазного дна (83,9); периметр (83,9); оптический когерентный томограф (51,6); прибор для ультразвукового исследования глазного яблока (51,6); фундус-камера (33,9).

Из вышеуказанного следует, что на сегодняшний день в центральном федеральном округе существуют врачебные кабинеты, не имеющие необходимого базового оборудования, что в свою очередь лишает врачей-офтальмологов объективной оценки состояния глаз и выбора корректной тактики дальнейшего ведения пациентов, прежде всего, с тяжелыми патологиями. По данным ответов 22,6% респондентов выяснилось, что во врачебных кабинетах отсутствует основная офтальмологическая аппаратура, а именно: автокераторефрактометр — у семи врачей, линзы для осмотра глазного дна — у девяти, офтальмоскоп — у четырех, оборудование для измерения внутриглазного давления — у двоих офтальмологов. Только 17 респондентов из 62 сообщили (27,4%), что в их врачебном кабинете имеется все перечисленное оборудование. Причем из 17 респондентов 6 являются сотрудниками негосударственного сектора здравоохранения, 7 — государственного и 4 — совмещают должность врача-офтальмолога в двух разных видах медицинских организаций. Иными словами, оснащенность врачебных кабинетов не зависит от принадлежности учреждения к государству или юридическому лицу.

Анализируя научные труды, посвященные тематике настоящей работы, нами обнаружено, что подобных анкетирований среди офтальмологов проведено не было. Наибольшее предпочтение авторы, как правило, отдают проведению опроса именно среди пациентов. Более того, организация медицинской помощи пациентам с сочетанной глазной патологией, включающей сенильную катаракту и сопутствующие дегенеративные заболевания глазного дна, полноценно не исследована как в научных статьях, так и в диссертационных работах. Тем не менее, некоторыми авторами затронута тема организации медицинской помощи пациентам с перечисленными патологиями, однако в рамках изучения других не менее важных и актуальных проблем.

Янгиевой Н. Р. и соавт. (г. Ташкент) проведена оценка состояния организации офтальмологической помощи пациентам с возрастной макулярной дегенерацией в первичном звене здравоохранения. Авторами проведено анонимное анкетирование среди 200 врачей, из которых 106 человек — семейные врачи, 94 — врачи-офтальмологи. Получено, что при прохождении диспансерного осмотра, направленность врачей на выявление у пациентов ранней стадии возрастной макулярной дегенерации отсутствует: 43% офтальмологов и 71,7% врачей общей практики не определяют группы риска развития ВМД. 71% респондентов обнаруживают данное заболевание не на диспансерном приеме, а при самостоятельном обращении пациента. Проблема невыявления возрастной ретиальной патологии, согласно мнению респондентов, заключается в следующем: 65% — ограниченное время приема препятствует выполнению полноценного обследования; 41% — в кабинете отсутствует необходимое оборудование. Сравнивая полученные результаты с данными настоящего исследования обнаружено, что в центральном федеральном округе, оснащенность офтальмологических кабинетов выше, что способствует лучшей выявляемости ранней ВМД. Кроме того, 78% респондентов указали, что на приеме в устной форме информировали пациентов о данном заболевании, 16,5% — преподносят пациентам информацию о ВМД в виде демонстрации буклетов фармацевтических компаний с устными комментариями; 7% — использовали самостоятельно подобранные материалы. Таким образом, все опрошенные врачи активно объясняли пациентам в чем заключается суть заболевания. Полученные данные авторов сопоставимы с результатами анкетирования настоящего исследования, поскольку нами так же не получено ни одного ответа о том, что офтальмологи игнорируют разъяснение проблемы данной патологии пациентам. Причем 29% врачей сообщили, что ограниченное время приема нередко является причиной информирования пациентов о ВМД в сокращенной форме, что в конечном итоге приводит к формированию неполной картины заболевания и недооцениванию опасности патологии [8]. Согласно нашим результатам 85,5% врачей центрального федерального округа, несмотря на дефицит приемного времени, старается как можно под-

робнее рассказать о возрастной макулярной дегенерации. Лишь небольшой процент офтальмологов ведут беседу с пациентами в короткой форме.

Согласно результатам проведенного опроса среди 105 офтальмологов Серафимовым С. В. (Ленинградская область) получено, что 59,9% респондентов считают аппаратную оснащенность врачебного кабинета достаточной для проведения необходимых лечебно-диагностических мероприятий. Однако в некоторых медицинских учреждениях оснащенность офтальмологических отделений не соответствует стандартам. 20,9% офтальмологов отметили, что имеющегося оборудования, исправно работающего, достаточно для выявления большого спектра заболеваний [9]. По данным настоящего исследования получено, что в центральном федеральном округе обеспеченность офтальмологического кабинета базовым оборудованием находится на высоком уровне и стремится к 100%. Однако лишь небольшое число врачебных кабинетов не имеют некоторых аппаратов из перечня стандартов оснащения. Тем не менее, по данным анкетирования, наряду с базовой аппаратурой во врачебных кабинетах нередко установлено дополнительное оборудование для диагностики наименее распространенных заболеваний. Иными словами, техническая обеспеченность в Москве выше.

### Заключение

Таким образом, нами получено, что:

1. В центральном федеральном округе, по мнению врачей-офтальмологов, приверженность хирургическому лечению катаракты и сопутствующих заболеваний глазного дна пациентов находится на высоком уровне. Тем не менее, по сравнению с фактоэмulsionификацией катаракты пациенты чаще отказываются от хирургического лечения заболеваний глазного дна.
2. Основная причина отказа пациентов от хирургического лечения катаракты и витреоретинальных патологий: страх перед операцией. Следует предположить, что увеличение времени на прием, назначение нескольких повторных консультаций или наблюдение в динамике поможет преодолеть психологический барьер пациентов и повысить комплаентность в отношении хирургии.
3. По результатам опроса, касательно патологий глазного дна, выявлено, что наиболее часто устанавливаемыми диагнозами, сопряженными с возрастом, являются: дистрофия сетчатки, диабетическая ретинопатия, глаукомная оптиконейропатия, что связано с высокой обращаемостью возрастного контингента, 60 лет и старше.
4. Проанализировав аппаратную оснащенность офтальмологических кабинетов, установлено, что 22,6% респондентов не имеют базового оборудования, что, в свою очередь, может значительно снижать качество оказания медицинской помощи и комплаентность больных.

Данные заключения носят односторонний характер, поскольку полученные результаты основаны на ответах врачей-офтальмологов центрального федерального округа. В настоящее время проводится анкетирование среди пациентов с катарактой и сопутствующими заболеваниями глазного дна. Исследование продолжается.

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Жиров А. Л., Удовиченко Е. В., Сорокин Е. Л. Необходимость создания офтальмологических кабинетов по динамическому мониторингу пациентов с возрастной макулярной дегенерацией после курсов консервативной терапии. *Современные технологии в офтальмологии*. 2019;(2):13—15. DOI: 10.25276/2312-4911-2019-2-13-15
2. Долгова И. Г., Малишевская Т. Н., Малишевская О. И. Организация офтальмологических кабинетов на базе центров здоровья в Тюменской области. *Офтальмологические ведомости*. 2012;5(4):12—19.
3. Кудрявцева Ю. В., Гаврилова И. А., Подыниногина В. В. Особенности амбулаторной хирургии в условиях бюджетного учреждения здравоохранения. *Современные технологии в офтальмологии*. 2018;(5):317—318.
4. Терещенко А. В., Трифаненкова И. Г., Белова Е. И. [и др.]. Организационные аспекты стационарозамещающей хирургической помощи пациентам с катарактой в Калужском филиале ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза». *Офтальмохирургия*. 2017;(2):62—66.
5. Береснева Н. С., Бобыкин Е. В. Причины прекращения анти-vegf терапии неоваскулярных заболеваний макулы: результаты опроса пациентов (предварительное сообщение). *Современные технологии в офтальмологии*. 2020;3(34):92—93. DOI: 10.25276/2312-4911-2020-3-92-93
6. Бобыкин Е. В. Влияние уровня комплаенса на эффективность антиангиогенной терапии неоваскулярной формы возрастной макулярной дегенерации. *Вестник офтальмологии*. 2014;130(4):88—96.
7. Дурасов А. Б. Терапия неоваскулярной возрастной макулярной дегенерации: обоснованные ожидания врача и пациента. *Клиническая офтальмология*. 2021;21(3):169—174. DOI: 10.32364/2311-7729-2021-21-3-169-174
8. Янгиева Н. Р., Туйчибаева Д. М., Агзамова С. С., Абасханова Н. Х. Оценка состояния организации офтальмологической помощи пациентам с возрастной макулярной дегенерацией в первичном звене здравоохранения. *Офтальмология. Восточная Европа*. 2024;14(2):250—262. DOI: 10.34883/PI.2024.14.2.023
9. Серафимов С. В. Результаты опроса врачей-офтальмологов о материально-техническом оснащении медицинских организа-

ций. *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова*. 2017;24(3):35—39. DOI: 10.24884/1607-4181-2017-24-3-35-39

#### REFERENCES

1. Zhiron A. L., Udovichenko E. V., Sorokin E. L. Necessity in opening ophthalmologic offices for dynamic monitoring of patients with age-related macular degeneration after courses of conservative therapy. *Modern technologies in ophthalmology. [Sovremennyye tekhnologii v oftalmologii]*. 2019;(2):13—15 (in Russian). DOI: 10.25276/2312-4911-2019-2-13-15
2. Dolgova I. G., Malishevskaya T. N., Malishevskaya O. I. Organization of ophthalmological offices based on health centers in the Tyumen region. *Ophthalmology reports. [Oftalmologicheskiye vedomosti]*. 2012;5(4):12—19 (in Russian).
3. Kudryavtseva Yu. V., Gavrilova I. A., Podyninogina V. V. Features of outpatient surgery in a budgetary healthcare institution. *Modern technologies in ophthalmology. [Sovremennyye tekhnologii v oftalmologii]*. 2018;(5):317—318 (in Russian).
4. Tereshchenko AV, Trifanenkova IG, Belova EI et al. Organizational aspects of outpatient surgical care for patients with cataract in the Kaluga branch of the S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution. *Ophthalmosurgery. [Oftal'mohirurgiya]*. 2017;(2):62—67 (in Russian). DOI: 10.25276/0235-4160-2017-2-62-67
5. Beresneva N. S., Bobykin E. V. Reasons for completion of anti-vegf therapy of neovascular macular diseases: results of the patients 'survey (preliminary report). *Modern technologies in ophthalmology. [Sovremennyye tekhnologii v oftalmologii]*. 2020;3(34):92—93 (in Russian). DOI: 10.25276/2312-4911-2020-3-92-93
6. Bobykin E. V. The influence of patient compliance with antiangiogenic therapy on its efficacy for neovascular age-related macular degeneration. *Bulletin of Ophthalmology. [Vestnik oftalmologii]*. 2014;130(4):88-96 (in Russian).
7. Durasov A. B. Treatment for neovascular age-related macular degeneration: reasonable expectations of physicians and patients. *Russian Journal of Clinical Ophthalmology. [Klinicheskaya oftalmologiya]*. 2021;21(3):169—174 (in Russian). DOI: 10.32364/2311-7729-2021-21-3-169-174
8. Yangieva N.R, Tuychibaeva D.M, Agzamova S.S, Abaskhanova N. H. Assessment of the Organization of Ophthalmological Care for Patients with Age-Related Macular Degeneration in Primary Healthcare. *Ophthalmology. Eastern Europe. [Oftal'mologiya. Vostochnaya Evropa]*. 2024;14(2):250—262 (in Russian). DOI: 10.34883/PI.2024.14.2.023
9. Seraphimov S.V. Results of the survey conducted among ophthalmologists on the issue of equipment of medical institutions with ophthalmology devices. *The Scientific Notes of IPP-SPSMU. [Uchenye zapiski SPbGMU im. akad. I. P. Pavlova]*. 2017;24(3):35—39. (In Russian). DOI: 10.24884/1607-4181-2017-24-3-35-39

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

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

Статья поступила в редакцию 01.08.2024; одобрена после рецензирования 31.10.2024; принята к публикации 18.11.2024. The article was submitted 01.08.2024; approved after reviewing 31.10.2024; accepted for publication 18.11.2024.

Научная статья

УДК 616—053.9

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.013

## Коморбидность рассеянного склероза у женщин

Михаил Александрович Якушин<sup>1</sup>, Денис Михайлович Якушин<sup>2</sup>, Инга Олеговна Штанг<sup>3</sup>,  
Алексей Александрович Костров<sup>4</sup>, Александр Валерьевич Першин<sup>5</sup>,  
Анна Владимировна Воробьева<sup>6</sup>, Татьяна Игоревна Якушина<sup>7</sup>

<sup>1, 4–6</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;

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

<sup>2, 3, 7</sup>ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени  
М. Ф. Владимирского, г. Москва, Российская Федерация

<sup>1</sup>yakushinma@mail.ru, <https://orcid.org/0000000311981644> 2

<sup>2</sup>darthdenis@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9540-1859>

<sup>3</sup>shtanginga@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0355-9443>

<sup>4</sup>kostrovich@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7566-212X>

<sup>5</sup>pershin-7@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0004-2247-3244>

<sup>6</sup>vorobievaanna2010@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4609-5343> 3

<sup>7</sup>yakutanya@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2245-039X>

**Аннотация.** В статье проанализированы закономерности влияния рассеянного склероза на формирование коморбидной патологии, а также обратное влияние сопряженной патологии на течение рассеянного склероза. На основании комплексного обследования пациенток с рассеянным склерозом в различные периоды беременности, родов и послеродовом периоде выявлены некоторые закономерности соматического, репродуктивного здоровья и фертильности. Систематизированы факторы риска у матери и плода во время беременности и родов, а также у новорожденного и матери в послеродовом периоде.

**Ключевые слова:** коморбидность; рассеянный склероз; беременность; репродуктивное здоровье; фертильность

**Для цитирования:** Якушин М. А., Якушин Д. М., Штанг И. О., Костров А. А., Першин А. В., Воробьева А. В., Якушина Т. И. Коморбидность рассеянного склероза у женщин // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 87—92. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.013.

Original article

## Comorbidity of multiple sclerosis in women

Mikhail A. Yakushin<sup>1</sup>✉, Denis M. Yakushin<sup>2</sup>, Inga O. Shtang<sup>3</sup>, Alexey A. Kostrov<sup>4</sup>, Andrey V. Pershin<sup>5</sup>, Anna V. Vorobeva<sup>6,7</sup>,  
Tatyana I. Yakushina<sup>7</sup>

<sup>1, 4–6</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

<sup>1</sup>Moscow State Regional University, Moscow, Russian Federation;

<sup>1</sup>Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department;

<sup>2, 3, 7</sup>Moscow Regional Research and Clinical Institute («MONIKI»)

<sup>1</sup>yakushinma@mail.ru, <https://orcid.org/0000000311981644> 2

<sup>2</sup>darthdenis@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9540-1859>

<sup>3</sup>shtanginga@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0355-9443>

<sup>4</sup>kostrovich@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7566-212X>

<sup>5</sup>pershin-7@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0004-2247-3244>

<sup>6</sup>vorobievaanna2010@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4609-5343> 3

<sup>7</sup>yakutanya@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2245-039X>

**Annotation.** The article analyzes the patterns of the influence of multiple sclerosis on the formation of comorbid pathology, as well as the reverse effect of conjugate pathology on the course of multiple sclerosis. Based on a comprehensive examination of patients with multiple sclerosis in various periods of pregnancy, childbirth and the postpartum period, some patterns of somatic, reproductive health and fertility were revealed. The risk factors for mother and fetus during pregnancy and childbirth, as well as for newborn and mother in the postpartum period, are systematized.

**Keywords:** comorbidity; multiple sclerosis; pregnancy; reproductive health; fertility

© М. А. Якушин, Д. М. Якушин, И. О. Штанг, А. А. Костров, А. В. Першин, А. В. Воробьева, Т. И. Якушина, 2024

**For citation:** Yakushin M. A., Yakushin D. M., Shtang O. I., Kostrov A. A., Pershin A. V., Vorobeva A. V., Yakushina T. I. Comorbidity of multiple sclerosis in women. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(4):87–92. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.013.

Последнее десятилетие ознаменовалось всплеском интереса к проблемам коморбидности [1]. По материалам исследований опубликованы клинические рекомендации<sup>1</sup>, множатся доказательства патогенетических связей между болезнями, которые ранее рассматривались как независимые друг от друга [2]. Для установления коморбидности предложено несколько способов, основанных на анализе статистических данных по заболеваемости, болезненности и смертности [3].

Поскольку многие хронические болезни формируются до сорока лет, особый интерес в изучении коморбидности вызывают заболевания, ассоциированные с молодым возрастом; некоторые из них влияют на течение сердечно-сосудистых, эндокринных, дегенеративных заболеваний, определяя темпы и сроки прогрессирования. Изучение закономерностей инициации патогенетических процессов в ранних возрастных периодах могут пролить свет на ключевые механизмы коморбидности [4].

Одной из форм патологии молодого возраста, к которой прикован взгляд исследователей коморбидности, является рассеянный склероз (РС) — аутоиммунное нейродегенеративное заболевание, поражающее миелиновую оболочку нервных волокон. В плане коморбидности доказано негативное влияние РС на состояние эндотелия сосудов и формирование эндотелиальной дисфункции. Деформация сосудистой стенки потенцирует динамику атеросклеротического процесса и усугубляет ишемию органов и тканей [5, 6].

В широких пределах среди больных РС варьирует распространенность артериальной гипертензии (АГ): от 0,42 до 30,1 % [7–8]. По некоторым данным заболеваемость АГ среди пациентов с РС выше, по сравнению с общей популяцией, особенно, у мужчин — на 48% (у женщин втрое реже) [9]. По альтернативным данным заболеваемость не отличается от общей популяции, а в пожилом возрасте — даже ниже [10]. Еще больше (от 0,1 до 39%) разнится заболеваемость пациентов РС сахарным диабетом (СД) [11–13]. Публикуются противоречивые сведения как о более низкой, так и о повышенной распространенности СД [11, 14]. От трети (31,3%) до половины (47,5%) пациентов с РС имеют избыточную массу тела, причем 25–32,7% страдают ожирением. Избыточная масса тела в большинстве случаев коррелирует с более высоким значением EDSS и степенью инвалидизации пациентов РС [15, 16]. На фоне РС существенно возрастают риски глобальных сосудистых катастроф (острый инфаркт миокарда, инсульт) [17–20]. Вместе с тем, риск развития аритмии у пациентов с РС существенно ниже, по сравнению с общей популяцией [17, 18].

В свою очередь некоторые формы соматической патологии, могут усугублять течение РС, в основном, за счет повышения экспрессии факторов адгезии иммунокомпетентных клеток и ускорения синтеза провоспалительных факторов [21]. Достаточно хорошо изучено негативное влияние на РС АГ и дислипидемии (ДЛ) [22–26]. Согласно отечественным исследованиям на фоне АГ у пациентов с РС значительно сокращается время достижения 3,0 и 4,0 баллов по шкале EDSS, что свидетельствует об ускорении темпов прогрессирования [27].

Активно обсуждается связь РС с метаболическим синдромом (МС), хотя однозначных суждений по этому вопросу до сих пор не выработано, однако доказано, что грамотная коррекция МС, своевременная компенсация показателей системной гемодинамики, углеводного и жирового обмена стабилизирует течение РС и блокирует возникновение новых воспалительных очагов в головном мозге [28, 29].

Помимо характера морбидности на прогрессирование РС влияет ее уровень: наличие единственного заболевания сердечно-сосудистой системы повышает риск мозжечковой атаксии на 51%, при наличии двух заболеваний аналогичный показатель возрастает на 228% [22]. Большинство пациенток с РС находятся в детородном возрасте, поэтому патогенетические процессы при этом заболевании необходимо рассматривать в контексте влияния дополнительного коморбидного фактора — беременности; исследования, посвященные данной проблеме мозаичны, маломощны и неоднозначны по выводам [30].

Первоначальная позиция относительно негативного влияния беременности на течение РС, которая господствовала на всем протяжении прошлого века, в настоящее время сменилась на противоположную. Многочисленные наблюдения свидетельствуют о том, что в период беременности происходит стабилизация состояния пациенток, что связывают с физиологической иммуносупрессией на фоне гормональной перестройки организма. В некоторых случаях происходит заметный регресс неврологической симптоматики [31–33].

Однако в послеродовом периоде позитивное влияние беременности постепенно нивелируется; спустя 1–3 месяца резко возрастает вероятность рецидивов. Состояние многих пациенток, почувствовавших во время беременности улучшение, вновь усугубляется [34]. Таким образом, однозначного суждения относительно влияния беременности на течение РС сформулировать не представляется возможным [35]. Не до конца проработан вопрос относительно вынашивания беременности женщинами с РС, а также влияния болезни на здоровье роженицы, плода и новорожденного; часть наблюдений свидетельствует о том, что РС создает угрозу нормальному течению беременности и родов [36–38]. Рост и вес новорожденного от матерей с РС, стати-

<sup>1</sup> Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения. 2018 г.

Таблица 1

Структура базы данных «Мониторинг акушерско-гинекологической службы»

№	Модуль	Параметры
1	Репродуктивное здоровье и фертильность	Число детей, беременностей, индуцированных беременностей, искусственных инсеминаций, аборт, выкидышей, родов, мертворождений, смертей в неонатальном периоде, детей с врожденными болезнями, гинекологическая патология, болезни мочеполовой системы у отца
2	Соматическое здоровье	Антропометрические показатели, сопутствующие заболевания, принимаемые лечебные факторы, хирургические вмешательства,
3	Факторы, возникающие во время беременности	Угроза прерывания, гестозы, многоводие, преждевременная отслойка плаценты, холестаза, резус-изосенсибилизация, аномалии расположения плаценты, плацентарная недостаточность, нарушение сроков беременности, острые инфекции,
4	Факторы, возникающие со стороны плода	Тазовое предлежание, многоплодная беременность, синдром задержки развития, гипоксия, болезни плода, врожденные пороки
5	Факторы риска, возникающие в родах у матери	Преждевременные, запоздалые, затрудненные роды, аномалия родовой деятельности, разрывы, родоразрешающие операции, послеродовая инфекция, кровотечение
6	Факторы риска, возникающие в родах у ребенка	Острая гипоксия, гемолитическая болезнь, мертворождение

стически значимо меньше, чем в популяции, а показатель родоразрешения посредством кесарева сечения существенно выше [30]. Получены данные о кратном (с 0,2 до 3—5%) увеличении риска развития РС у граждан, чьи матери страдают данным заболеванием [39]. В то же время альтернативные источники ссылаются на то, что частота младенческой смертности и аномалий у новорожденных от женщин с РС, не отличается от популяционных значений [32]. Спорные результаты коморбидных связей РС определяют необходимость пролонгации исследований в данном направлении [40].

С целью уточнения коморбидных связей РС, в том числе, в период беременности, нами проанализирована база данных «Мониторинг акушерско-гинекологической службы», сформированная в процессе оказания акушерско-гинекологической помощи женщинам Центрального федерального округа в различные сроки беременности, родов и раннем послеродовом периоде в 2014—2023 гг. Структура базы данных состояла из 6 модулей (табл. 1).

В основную группу включена 331 женщина с РС в возрасте от 16 до 42 лет. Группа сравнения ( $n=85347$ ) состояла из женщин в возрасте от 16 до 48 лет с исключенным диагнозом РС.

Особое внимание уделялось репродуктивному здоровью пациенток, как одному из возможных факторов, определяющих коморбидность. В основной группе реже выявлялась сопутствующая гинекологическая патология, чем в группе сравнения (на 29,7% реже — воспаление матки и придатков —  $p<0,001$ , и на 24,9% — патология шейки матки —  $p<0,05$ ); на 81,1% реже беременность возникала в результате экстракорпорального оплодотворения ( $p<0,001$ ). При этом родоразрешение путем кесарева сечения отмечалось в 2,4 раза ( $p<0,001$ ), а амниоцентез — в 3 раза чаще ( $p<0,001$ ). В обеих группах приблизительно с одинаковой частотой в анамнезе фигурировали аборты, выкидыши, мертворождения, пороки развития и опухоли органов малого таза, пузырный занос и хорионэпителиома (табл. 2).

В основной группе чаще встречалось ожирение, увеличение щитовидной железы без нарушения ее функции, заболевания печени, артериальная гипертензия и гипотензия, пролапс митрального клапана, миопия высокой степени, отслойка сетчатки и глау-

кома, заболевания органов дыхания без дыхательной недостаточности, антифосфолипидный синдром, а также аллергические осложнения. При этом у всех женщин основной группы отсутствовали пороки сердца, аритмии, заболевания сердечно-сосудистой системы с гемодинамическими нарушениями, дыхательная недостаточность, тромбозы, эмболии, тромбофлебит, в то время как в группе сравнения эти отклонения наблюдались, хотя и с небольшой частотой. Пациентки обеих групп в равной степени страдали инфекционными заболеваниями мочевыводящих путей. Не выявлено существенных отличий в распространенности анемии и заболеваний желудочно-кишечного тракта (табл. 2).

Поскольку во время беременности происходит модуляция аутоиммунных процессов в организме, нами проведена сравнительная оценка различного рода осложнений беременности у пациенток с РС. В основной группе чаще возникало маловодие, тазовое предлежание плода, преждевременное излитие околоплодных вод (табл. 3).

При этом отсутствовали отличия по таким показателям как ранний гестоз, угроза прерывания беременности, внутриутробная инфекция. Одинаково часто встречались преждевременные роды до 32 недели и аномалия родовой деятельности. Ни в одном случае не зафиксировано преэклампсии и эклампсии, холестаза, гепатоза, многоводия; все роды происходили позднее 32 недели, не было запоздалых родов, в послеродовом периоде не зафиксировано избыточного кровотечения, существенных разрывов матки, промежности и лонного сочленения; в родах не возникало острой гипоксии плода, а также антенатального или интранатального мертворождения. В группе сравнения указанные нарушения встречались с частотой до 2% (табл. 3).

Анализируя комбинации РС с соматической патологией, нами выявлены корреляции анемии (анемия+РС) с артериальной гипотензией и артериальной гипертензией в период беременности, инфекции мочевыводящих путей с вагинитом, сахарного диабета (СД+РС) с артериальной гипертензией, ожирением и нарушением менструальной функции. Антифосфолипидный синдром прогнозируемо коррелировал с бесплодием и самопроизвольными выкидышами (Табл. 4).

**Заключение**

Проведенные нами исследования свидетельствуют о том, что РС не оказывает существенного влияния на состояние репродуктивного здоровья и фертильность женщин. Отклонения показателей репро-

Таблица 3

**Сравнительная оценка факторов риска у беременных с РС**

Признак	Группа сравнения (%)	Основная группа (%)	Достоверность признака
<b>Модуль «Факторы, возникающие во время беременности»</b>			
Крупный плод	0,3	0	p<0,001
Угроза прерывания в I триместре	20,67	17,82	p<0,01
Угроза прерывания во II триместре	8,11	6,95	p>0,05
Угроза прерывания во III триместре	1,45	1,21	p>0,05
Выраженный ранний гестоз	3,97	2,42	p>0,05
Отеки, вызванные беременностью	4,03	4,83	p>0,05
Отеки и протеинурия при беременности	0,54	0,6	p>0,05
Вызванная беременностью гипертензия без протеинурии	0,25	0,3	p>0,05
Преэклампсия средней степени	0,05	0	p>0,05
Преэклампсия тяжелой степени	0,04	0	p>0,05
Эклампсия	0,01	0	p>0,05
Холестаз, гепатоз беременных	0,03	0	p>0,05
Многоводие умеренное	0,62	0,6	p>0,05
Многоводие выраженное	0,11	0	p>0,05
Маловодие тяжелое	0,3	0,91	p>0,05
Предлежание плаценты	0,52	0,3	p>0,05
<b>Модуль «Факторы, возникающие со стороны плода»</b>			
Тазовое предлежание плода	0,57	0,91	p<0,001
Многоплодная беременность	1	0,6	p>0,05
Гипоксия плода	1,48	1,21	p>0,05
Внутриутробные инфекции	1,28	0,91	p>0,05
<b>Модуль «Факторы риска, возникающие в родах у матери»</b>			
Кесарево сечение	6,65	15,7	p<0,001
Преждевременное излитие околоплодных вод	0,67	1,81	p>0,05
Преждевременные роды при сроке менее 32 недель	0,29	0,3	p>0,05
Запоздалые роды	0,005	0	p>0,05
Аномалия родовой деятельности	0,34	0,3	p>0,05
Массивное кровотечение в послеродовом периоде	0,03	0	p>0,05
Разрыв промежности, влагалища	0,05	0	p>0,05
Разрыв матки	0,07	0	p>0,05
Разрыв лонного сочленения	0,06	0	p>0,05
<b>Модуль «Факторы риска, возникающие в родах у ребенка»</b>			
Острая гипоксия плода в родах	0,18	0	p>0,05
Мертворождение антенатальное, интранатальное	0,05	0	p>0,05

Таблица 2

**Сравнительная оценка состояния здоровья беременных с РС**

Признак	Группа сравнения (%)	Основная группа (%)	Достоверность признака
<b>Модуль «Репродуктивное здоровье и фертильность»</b>			
Непланируемая беременность	2,42	0,6	p<0,001
Кесарево сечение в анамнезе	8,8	20,2	p<0,001
Воспаление матки и придатков	11,1	7,8	p<0,05
Патология шейки матки	23,3	17,5	p<0,001
Индукцированная беременность (ЭКО)	1,59	0,3	p<0,001
Амниоцентез (прерывание беременности в позднем сроке)	1,01	3,02	p<0,001
Аборты перед первыми родами 1	9,31	9,97	p>0,05
Аборты перед первыми родами 2	2,38	2,42	p>0,05
Преждевременные роды 1	2,46	2,42	p>0,05
Самостоятельные выкидыши 1	11,29	9,97	p>0,05
Мертворождение в анамнезе	0,68	0,6	p>0,05
Случаи смерти в неонатальном периоде	0,67	0,3	p>0,05
Бесплодие в супружеской паре любого генеза	4,81	4,23	p>0,05
Пороки развития матки	0,61	0,6	p>0,05
Наличие опухоли матки и яичников	2,59	3,32	p>0,05
Эндометриоз	0,74	0,3	p>0,05
Пузырный занос, хорионэпителиома	0,11	0,3	p>0,05
<b>Модуль «Соматическое здоровье»</b>			
Варикозная болезнь	2,23	0,6	p<0,05
Ожирение у матери > 25% от массы	6,6	8,46	p>0,05
Дефицит массы > 25%	2,84	2,11	p>0,05
Сахарный диабет компенсированный	0,57	0,3	p>0,05
Сахарный диабет декомпенсированный	0,02	0	p>0,05
Сахарный диабет субкомпенсированный	0,16	0	p>0,05
Заболевания щитовидной железы (зоб) с нарушением функции	0,47	0,3	p>0,05
Увеличение щитовидной железы без нарушения функции	1,54	2,42	p>0,05
Заболевания печени (гепатиты, цирроз)	0,55	0,9	p>0,05
Инфекции мочевыводящих путей вне обострения	3,3	3,32	p>0,05
Хронический пиелонефрит без нарушения функции	5,75	6,65	p>0,05
Артериальная гипертензия I стадии	2,59	3,62	p>0,05
Артериальная гипертензия II-III стадии	0,21	0,9	p>0,05
Ревматический и врожденный порок сердца (компенсация)	0,2	0	p>0,05
Пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений	0,32	0,6	p>0,05
Аритмии	0,06	0	p>0,05
Заболевания сердечно-сосудистой системы с гемодинамическими нарушениями	0,03	0	p>0,05
Специфические инфекции (СПИД, сифилис, туберкулез, токсоплазмоз)	1,55	1,2	p>0,05
Инфекции (хламидии, цитомегаловирус, гонорея)	6,92	6,95	p>0,05
Миопия высокой степени с изменением на глазном дне	0,62	1,2	p>0,05
Отслойка сетчатки и глаукома	0,04	1,3	p>0,05
Гипотензивный синдром матери	6,99	8,16	p>0,05
Заболевания органов дыхания без дыхательной недостаточности	0,96	1,51	p>0,05
Заболевания органов дыхания с развитием дыхательной недостаточности	0,1	0	p>0,05
Отягощенный аллергологический анамнез	0,48	0,91	p>0,05
Анемия	0,9	0,91	p>0,05
Антифосфолипидный синдром	0,12	0,3	p>0,05
Тромбозы, тромбоэмболии, тромбофлебит	0,09	0	p>0,05
Заболевания ЖКТ (хронический гастрит, дуоденит, колит)	3,93	4,83	p>0,05

Таблица 4

**Коморбидные связи соматической патологии при РС**

Признак	Группа сравнения (%)	Основная группа (%)	Достоверность признака
<b>Анемия</b>			
Артериальная гипотензия	27,2	66,7	p<0,05
Вызванная беременностью артериальная гипертензия	27,2	66,7	p<0,05
<b>Инфекции мочевыводящих путей</b>			
Вагинит	27,8	63,7	p<0,05
<b>Сахарный диабет</b>			
Нарушение менструальной функции	0	100	p<0,05
Артериальная гипертензия	0	100	p<0,05
Ожирение	0	100	p<0,05
<b>Антифосфолипидный синдром</b>			
Бесплодие в супружеской паре	0	100	p<0,05
Самостоятельные выкидыши	0	100	p<0,05
Предлежание плаценты, подтвержденное УЗИ	0	100	p<0,05

дуктивного здоровья, в свою очередь, не оказывают коморбидного влияния на РС и сопутствующие заболевания. При этом исходный уровень репродуктивного здоровья не отражается на течении и исхо-

дах беременности женщин с РС, а также состоянии плода и новорожденного. У женщин с РС значительно повышается риск ожирения, артериальной гипертензии и гипотензии, увеличения щитовидной железы (без нарушения функций), патологии печени, близорукости, отслойки сетчатки и глаукомы, а также патологии бронхолегочной системы.

У женщин с РС и анемией достоверно чаще нарушается артериальное давление, как в сторону повышения, так и снижения; у всех пациенток с РС и СД в нашем наблюдении наблюдалось ожирение, АГ и дисбаланс менструальной функции; инфекция мочевыводящих путей усугубляет риск вагинита, особенно, в период беременности.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- Лазебник Л. Б., Конев Ю. В., Ефремов Л. И. Количественная и качественная оценка коморбидности в гериатрической практике. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2013;(9):3—8.
- Кульмамбетов Р. Р., Пименов А. А., Рахматуллоева Ш. Т., Новикова Н. В. Полиморбидность у пациентов нуждающихся в катарактальной хирургии. *Университетская медицина Урала*. 2017;3(1):35—36.
- Якушин М. А., Васильев М. Д., Бакирова Э. А. и др. Организационные решения анализа старческой коморбидности. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2023;(3):114—122.
- Успенский Ю. П., Петренко Ю. В., Гулунов З. Х. и др. Метаболический синдром. Учебное пособие. СПб.; 2017.
- Minagar A., Jy W., Jimenez J. J., Alexander J. S. Multiple sclerosis as a vascular disease. *J Neurol. Res*. 2006;28(3):230—235.
- Sternberg Z., Leung C., Sternberg D. et al. The prevalence of the classical and non-classical cardiovascular risk factors in multiple sclerosis patients. *J CNS Neurol. Disord. Drug Targets*. 2013;12(1):104—111.
- Jadidi E., Mohammadi M., Moradi T. High risk of cardiovascular diseases after diagnosis of multiple sclerosis. *J Mult. Scler*. 2013;19(10):1336—1340.
- Marrie R., Horwitz R., Cutter G. et al. Comorbidity, socioeconomic status and multiple sclerosis. *J Mult. Scler*. 2008;14(8):1091—1098.
- Marrie R. A., Patten S. B., Tremlett H. et al. Sex differences in comorbidity at diagnosis of multiple sclerosis: A?population-based study. *J Neurology*. 2016;86(14):1279—1286.
- Marrie R. A., Fisk J., Tremlett H. et al. Differing trends in the incidence of vascular comorbidity in MS and the general population. *J Neurol. Clin. Pract*. 2016;6(2):120—128.
- Barcellos L. F., Kamdar B. B., Ramsay P. P. et al. Clustering of autoimmune diseases in families with a high-risk for multiple sclerosis: a descriptive study. *J Lancet Neurol*. 2006;5(11):924—931.
- Laroni A., Calabrese M., Perini P. et al. Multiple sclerosis and autoimmune diseases: epidemiology and HLA-DR association in North-east Italy. *J Neurol*. 2006;253(5):636—639.
- Kang J. H., Chen Y. H., Lin H. C. Comorbidities amongst patients with multiple sclerosis: a population-based controlled study. *J Neurol*. 2010;17(9):1215—1219.
- Pinhas-Hamiel O., Livne M., Harari G., Achiron A. Prevalence of overweight, obesity and metabolic syndrome components in multiple sclerosis patients with significant disability. *J Neurol*. 2015;22(9):1275—1279.
- Slawta J. N., Wilcox A. R., McCubbin J. A. et al. Health behaviors, body composition, and coronary heart disease risk in women with multiple sclerosis. *J Arch. Phys. Med. Rehabil*. 2003;84:1823—1830.
- Kalron A. Relationship of Obesity With Gait and Balance in People With Multiple Sclerosis. *J Phys. Med. Rehabil*. 2017;96(3):140—145.
- Roshanifayat H., Bahmanyar S., Hillert J. et al. Multiple sclerosis clinical course and cardiovascular disease risk?— Swedish cohort study. *J Neurol*. 2014;21(11):1353—1388.
- Jadidi E., Mohammadi M., Moradi T. High risk of cardiovascular diseases after diagnosis of multiple sclerosis. *J Mult. Scler*. 2013;19(10):1336—1340.
- Christiansen C. F., Christensen S., Farkas D. K. et al. Risk of arterial cardiovascular diseases in patients with multiple sclerosis: a population-based cohort study. *J Neuroepidemiology*. 2010;35(4):267—274.
- Allen N. B., Lichtman J. H., Cohen H. W. et al. Vascular disease among hospitalized multiple sclerosis patients. *J Neuroepidemiology*. 2008;30(4):234—238.
- Konukoglu D., Uzun H. Endothelial Dysfunction and Hypertension. *J Adv Exp Med Biol*. 2017;956:511—540.
- Marrie R. A., Rudick R., Horwitz R. et al. Vascular comorbidity is associated with more rapid disability progression in multiple sclerosis. *J Neurology*. 2010;74(13):1041—1047.
- Palavra F., Marado D., Mascarenhas-Melo F. et al. New markers of early cardiovascular risk in multiple sclerosis patients: oxidized-LDL correlates with clinical staging. *J Dis. Markers*. 2013;34(5):341—348.
- Tetty P., Simpson S. Jr., Taylor B. et al. An adverse lipid profile is associated with disability and progression in disability, in people with MS. *J Mult. Scler*. 2014;20(13):1737—1744.
- Weinstock-Guttman B., Zivadinov R., Mahfooz N. et al. Serum lipid profiles are associated with disability and MRI outcomes in multiple sclerosis. *J Neuroinflammation*. 2011;8:127.
- Conway D. S., Thompson N. R., Cohen J. A. Influence of hypertension, diabetes, hyperlipidemia, and obstructive lung disease on multiple sclerosis disease course. *J Mult. Scler*. 2017;23(2):277—285.
- Neofidov N., Totolyan N., Shumilina M. et al. Arterial hypertension in patients with multiple sclerosis as a significant risk factor of disability progression. *J ECTRIMS Online Library*. 2018;10:228257.
- Horstman L. L., Jy W., Ahn Y. S. et al. Role of platelets in neuroinflammation: a wide-angle perspective. *J Neuroinflammation*. 2010;7:10.
- Farez M. F., Correale J. Immunologic effects of metformin and pioglitazone treatment on metabolic syndrome and multiple sclerosis. *JAMA Neurol*. 2016;73:520—528.
- Григолашвили М. А., Райымбеков А. Р., Абылбеков С. М. и др. Рассеянный склероз у беременных. *Нейрохирургия и неврология Казахстана*. 2019;1(54):45—51.
- Jesus-Ribeiro J., Correia I., Martins A. I., Fonseca M., etc. Pregnancy in Multiple Sclerosis: A Portuguese cohort study. *J Mult Scler Relat Disord*. 2017;17:63—68.
- Finkelsztein A., Brooks J. B., Paschoal F. M. Jr., Fragoso Y. D. What can we really tell women with multiple sclerosis regarding pregnancy? A systematic review and meta-analysis of the literature. *J BJOG*. 2011;118(7):790—797.
- Муравин А. И., Бойко А. Н., Попова Е. В. и др. Влияние беременности на течение рассеянного склероза. *Медицинский совет*. 2015;7:23—27.
- Pastò L., Portaccio E., Ghezzi A., Hakiki B., Giannini M., etc. Epidural analgesia and cesarean delivery in multiple sclerosis post-partum relapses: the Italian cohort study. MS Study Group of the Italian Neurological Society. *J BMC Neurol*. 2012;12:165.
- Confavreux C., Hutchinson M., Hours M. M., Cortinovis-Tourniaire P., Moreau T. Rate of pregnancy-related relapse in multiple sclerosis. Pregnancy in Multiple Sclerosis Group. *J N Engl J Med*. 1998;339(5):285—291.
- Кичерова О. А., Рейхарт Л. И., Быченко С. М. Рассеянный склероз. Тюмень: Сити-пресс; 2007.
- Dwosh E., Guimond C., Sadovnick A. Reproductive counselling for MS: a rationale. *J Int. MS*. 2003;10:52—59.
- MacDonald S. C., McElrath T. F., Hernández-Díaz S. Pregnancy Outcomes in Women With Multiple Sclerosis. *J Am J Epidemiol*. 2019;188(1):57—66.
- Косьминин Д. Д., Косьмина И. А., Гриднев М. А., Логачева Е. А. Рассеянный склероз у беременных. В сборнике: I Межрегиональная научно-практическая конференция «Экстратегическая патология и беременность». 2017;43—45.
- Карнаух В. Н., Барабаш И. А. Является ли беременность фактором риска рассеянного склероза? Влияние на прогноз. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2010;(1):131—134.

## REFERENCES

- Lazebnik L. B., Konev Yu. V., Efremov L. I. Quantitative and qualitative assessment of comorbidity in geriatric practice. *Experimental and clinical gastroenterology. [Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya]*. 2013;(9):3—8 (in Russian).
- Kul'mametov R.R., Pimenov A. A., Rakhmatulloeva Sh.T., Novikova N. V. Polymorbidity in patients requiring cataract surgery. *University medicine of the Urals. [Universitetskaya meditsina Urala]*. 2017;3(1):35—36 (in Russian).
- Yakushin M. A., Vasil'ev M.D., Bakirova E. A. i dr. Organizational solutions for the analysis of senile comorbidity. *Bulletin of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. [Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obsh-*

- chestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]. 2023;(3):114—122 (in Russian).
4. Uspenskiy Yu. P., Petrenko Yu. V., Gulunov Z. Kh. i dr. Metabolic syndrome. A study guide. — St. Petersburg; 2017 (in Russian).
  5. Minagar A., Jy W., Jimenez J. J., Alexander J. S. Multiple sclerosis as a vascular disease. *J Neurol. Res.* 2006;28(3):230—235.
  6. Sternberg Z., Leung C., Sternberg D. et al. The prevalence of the classical and non-classical cardiovascular risk factors in multiple sclerosis patients. *J CNS Neurol. Disord. Drug Targets.* 2013;12(1):104—111.
  7. Jadidi E., Mohammadi M., Moradi T. High risk of cardiovascular diseases after diagnosis of multiple sclerosis. *J Mult. Scler.* 2013;19(10):1336—1340.
  8. Marrie R., Horwitz R., Cutter G. et al. Comorbidity, socioeconomic status and multiple sclerosis. *J Mult. Scler.* 2008;14(8):1091—1098.
  9. Marrie R. A., Patten S. B., Tremlett H. et al. Sex differences in comorbidity at diagnosis of multiple sclerosis: A population-based study. *J Neurology.* 2016;86(14):1279—1286.
  10. Marrie R. A., Fisk J., Tremlett H. et al. Differing trends in the incidence of vascular comorbidity in MS and the general population. *J Neurol. Clin. Pract.* 2016;6(2):120—128.
  11. Barcellos L. F., Kamdar B. B., Ramsay P. P. et al. Clustering of autoimmune diseases in families with a high-risk for multiple sclerosis: a descriptive study. *J Lancet Neurol.* 2006;5(11):924—931.
  12. Laroni A., Calabrese M., Perini P. et al. Multiple sclerosis and autoimmune diseases: epidemiology and HLA association in North-east Italy. *J Neurol.* 2006;253(5):636—639.
  13. Kang J. H., Chen Y. H., Lin H. C. Comorbidities amongst patients with multiple sclerosis: a population-based controlled study. *J Neurol.* 2010;17(9):1215—1219.
  14. Pinhas-Hamiel O., Livne M., Harari G., Achiron A. Prevalence of overweight, obesity and metabolic syndrome components in multiple sclerosis patients with significant disability. *J Neurol.* 2015;22(9):1275—1279.
  15. Slawta J. N., Wilcox A. R., McCubbin J. A. et al. Health behaviors, body composition, and coronary heart disease risk in women with multiple sclerosis. *J Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2003;84:1823—1830.
  16. Kalron A. Relationship of Obesity With Gait and Balance in People With Multiple Sclerosis. *J Phys. Med. Rehabil.* 2017;96(3):140—145.
  17. Roshanifefat H., Bahmanyar S., Hillert J. et al. Multiple sclerosis clinical course and cardiovascular disease risk?—Swedish cohort study. *J Neurol.* 2014;21(11):1353—1388.
  18. Jadidi E., Mohammadi M., Moradi T. High risk of cardiovascular diseases after diagnosis of multiple sclerosis. *J Mult. Scler.* 2013;19(10):1336—1340.
  19. Christiansen C. F., Christensen S., Farkas D. K. et al. Risk of arterial cardiovascular diseases in patients with multiple sclerosis: a population-based cohort study. *J Neuroepidemiology.* 2010;35(4):267—274.
  20. Allen N. B., Lichtman J. H., Cohen H. W. et al. Vascular disease among hospitalized multiple sclerosis patients. *J Neuroepidemiology.* 2008;30(4):234—238.
  21. Konukoglu D., Uzun H. Endothelial Dysfunction and Hypertension. *J Adv Exp Med Biol.* 2017;956:511—540.
  22. Marrie R. A., Rudick R., Horwitz R. et al. Vascular comorbidity is associated with more rapid disability progression in multiple sclerosis. *J Neurology.* 2010;74(13):1041—1047.
  23. Palavra F., Marado D., Mascarenhas-Melo F. et al. New markers of early cardiovascular risk in multiple sclerosis patients: oxidized-LDL correlates with clinical staging. *J Dis. Markers.* 2013;34(5):341—348.
  24. Tettey P., Simpson S. Jr., Taylor B. et al. An adverse lipid profile is associated with disability and progression in disability, in people with MS. *J Mult. Scler.* 2014;20(13):1737—1744.
  25. Weinstock-Guttman B., Zivadinov R., Mahfooz N. et al. Serum lipid profiles are associated with disability and MRI outcomes in multiple sclerosis. *J Neuroinflammation.* 2011;8:127.
  26. Conway D. S., Thompson N. R., Cohen J. A. Influence of hypertension, diabetes, hyperlipidemia, and obstructive lung disease on multiple sclerosis disease course. *J Mult. Scler.* 2017;23(2):277—285.
  27. Neofidov N., Totolyan N., Shumilina M. et al. Arterial hypertension in patients with multiple sclerosis as a significant risk factor of disability progression. *J ECTRIMS Online Library.* 2018;10:228257.
  28. Horstman L. L., Jy W., Ahn Y. S. et al. Role of platelets in neuroinflammation: a wide-angle perspective. *J Neuroinflammation.* 2010;7:10.
  29. Farez M. F., Correale J. Immunologic effects of metformin and pioglitazone treatment on metabolic syndrome and multiple sclerosis. *JAMA Neurol.* 2016;73:520—528.
  30. Grigolashvili M. A., Rayymbekov A. R., Abylbekov S. M. i dr. Multiple sclerosis in pregnant women. *Neurosurgery and neurology of Kazakhstan. [Rasseyannyi skleroz u beremennykh. Neyrokhirurgiya i nevrologiya Kazakhstana].* 2019;1(54):45—51 (in Russian).
  31. Jesus-Ribeiro J., Correia I., Martins A. I., Fonseca M., etc. Pregnancy in Multiple Sclerosis: A Portuguese cohort study. *J Mult Scler Relat Disord.* 2017;17:63—68.
  32. Finkelsztejn A., Brooks J. B., Paschoal F. M. Jr., Fragoso Y. D. What can we really tell women with multiple sclerosis regarding pregnancy? A systematic review and meta-analysis of the literature. *J BJOG.* 2011;118(7):790—797.
  33. Muravin A. I., Boyko A. N., Popova E. V. i dr. The effect of pregnancy on the course of multiple sclerosis. *Medical advice. [Meditsinskiy sovet].* 2015;7:23—27 (in Russian).
  34. Pastò L., Portaccio E., Ghezzi A., Hakiki B., Giannini M., etc. Epidural analgesia and cesarean delivery in multiple sclerosis post-partum relapses: the Italian cohort study. MS Study Group of the Italian Neurological Society. *J BMC Neurol.* 2012;12:165.
  35. Confavreux C., Hutchinson M., Hours M. M., Cortinvis-Tourniaire P., Moreau T. Rate of pregnancy-related relapse in multiple sclerosis. Pregnancy in Multiple Sclerosis Group. *J N Engl J Med.* 1998;339(5):285—291.
  36. Kicherova O. A., Reykhardt L. I., Bychenko S. M. Multiple sclerosis. Tyumen: City Press; 2007 (in Russian).
  37. Dwosh E., Guimond C., Sadovnick A. Reproductive counselling for MS: a rationale. *J Int. MS.* 2003;10:52—59.
  38. MacDonald S. C., McElrath T. F., Hernández-Díaz S. Pregnancy Outcomes in Women With Multiple Sclerosis. *J Am J Epidemiol.* 2019;188(1):57—66.
  39. Kos'minin D. D., Kos'minina I. A., Gridnev M. A., Logacheva E. A. Multiple sclerosis in pregnant women. In the collection: I Interregional scientific and practical conference «Extragenital pathology and pregnancy». 2017;43—45 (in Russian).
  40. Karnaukh V. N., Barabash I. A. Is pregnancy a risk factor for multiple sclerosis? Influence on the forecast. *Far Eastern Medical Journal. [Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal].* 2010;(1):131—134 (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 18.03.2024; одобрена после рецензирования 19.06.2024; принята к публикации 18.11.2024. The article was submitted 18.03.2024; approved after reviewing 19.06.2024; accepted for publication 18.11.2024.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.014

## Комплексный анализ показателей диспансеризации работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге

Владимир Юрьевич Макаров<sup>1✉</sup>, Наталья Константиновна Гришина<sup>2</sup>

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

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

<sup>2</sup>МБУ ИНО ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, г. Москва, Российская Федерация

<sup>1</sup>makarov7878@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0008-8035-2212>

<sup>2</sup>otdel-77@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9027-4168>

**Аннотация.** Работники железнодорожного транспорта, обеспечивая безопасность эксплуатации инфраструктуры железнодорожного транспорта, погрузочно-разгрузочную деятельность, перевозку пассажиров, груза багажа, в процессе осуществления профессиональной деятельности подвергаются воздействию различных производственных факторов риска, что обуславливает особенности организации медицинской помощи в системе отраслевого здравоохранения. Диспансеризация работников ОАО «РЖД», являясь приоритетным направлением отраслевой медицины, позволяет увеличивать период активной трудовой деятельности и сохранять трудовой потенциал железнодорожников, предупреждать и своевременно выявлять заболевания различного характера и основные факторы риска их развития, а также определяет условия для развития системы мер по снижению рисков, связанных со здоровьем работников ОАО «РЖД». Целью данного исследования явился анализ показателей диспансеризации работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге за период с 2018 по 2022 годы. По результатам исследования установлен высокий показатель полноты охвата работников железнодорожного транспорта диспансеризацией, что отражает доступность первичной медико-санитарной помощи для данного контингента лиц и должно обуславливать повышение выявляемости хронических неинфекционных заболеваний и профессиональной патологии. Однако, число выявленных заболеваний при диспансеризации и показатель своевременности постановки работников ОАО «РЖД» на диспансерный учет имеют тенденцию к снижению. Для повышения эффективности проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения внедрены программы по борьбе с сердечно-сосудистыми и эндокринными заболеваниями. По результатам диспансеризации определяется группа здоровья работников, на которую врачи ориентируются при планировании дальнейшей тактики медицинского наблюдения и разработки системы профилактических мероприятий. У работников I и III категории работ, как наиболее сложных, преимущественно устанавливается II и IIIa группы здоровья, характеризующиеся либо наличием факторов риска, либо наличием хронического неинфекционного заболевания, и требующие установления диспансерного наблюдения, а также оказания специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной. Результаты анализа показателей диспансеризации работников ОАО «РЖД» используются в целях совершенствования системы оказания медицинской помощи работникам Забайкальской железной дороги. В частности, в рамках внедрения трехуровневой системы оказания медицинской помощи работникам ОАО «РЖД» предлагается формирование центров компетенции на первом ее уровне.

**Ключевые слова:** диспансеризация, диспансерное наблюдение, работники ОАО «РЖД».

**Для цитирования:** Макаров В. Ю., Гришина Н. К. Комплексный анализ показателей диспансеризации работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 93—99. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.014.

Original article

## Comprehensive analysis of the indicators of medical examination of employees of JSC «Russian Railways» on the Trans-Baikal Railway

Vladimir Yu. Makarov<sup>1✉</sup>, Natalya K. Grishina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clinical Hospital «Russian Railways-Medicine Chita, applicant of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

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

<sup>2</sup>МБУ ИНО ФМБЦ named after A. I. Burnazyan FMBA of Russia, Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>makarov7878@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0008-8035-2212>

<sup>2</sup>otdel-77@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9027-4168>

**Annotation.** Railway transport workers, ensuring the safety of the operation of railway transport infrastructure, loading and unloading activities, passenger transportation, cargo baggage, are exposed to various industrial risk factors in the course of their professional activities, which determines the specifics of the organization of medical care in the sectoral healthcare system. The safety of railway transportation depends, among other things, on the health status of railway transport workers. The medical examination of Russian Railways em-

ployees, being a priority area of industry medicine, makes it possible to increase the period of active work and preserve the labor potential of railway workers, prevent and timely identify diseases of various types and the main risk factors for their development, and also determines the conditions for the development of a system of measures to reduce the risks associated with the health of Russian Railways employees. The purpose of this study was to assess the indicators of medical examination of employees of JSC «Russian Railways» on the Trans-Baikal Railway for the period from 2018 to 2022. According to the results of the study, a high indicator of the completeness of coverage of railway transport workers with medical examinations was established, which reflects the availability of primary health care and should lead to an increase in the detection of chronic non-communicable diseases and occupational pathology. However, the frequency of detection of diseases during medical examination and the indicator of timely registration of employees of JSC «Russian Railways» on dispensary registration tend to decrease. To improve the effectiveness of medical examinations and follow-up, programs have been introduced to combat cardiovascular and endocrine diseases. Based on the results of the medical examination, the health group of employees is determined, which doctors focus on when planning further tactics of medical supervision and developing a system of preventive measures. Employees of the I and III categories of work, as the most difficult, mainly have II and III health groups characterized by either the presence of risk factors or the presence of a chronic non-communicable disease, and requiring the establishment of dispensary supervision, as well as the provision of specialized medical care, including high-tech. The study of the indicators of medical examination of employees of JSC «Russian Railways» on the Trans-Baikal Railway for the period from 2018 to 2022. It allowed us to evaluate the results obtained and identify application points for the development of new structural and organizational measures, in particular, within the framework of the introduction of a three-level system of medical care, the formation of competence centers at the first level of its provision.

**Key words:** *medical examination, medical supervision, employees of JSC «Russian Railways».*

**For citation:** Makarov V. Yu., Grishina N. K. Comprehensive analysis of the indicators of medical examination of employees of JSC «Russian Railways» on the Trans-Baikal Railway. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2024;(4):93–99. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.014.

## Введение

Сохранение здоровья трудоспособного населения является важной государственной задачей, которая отражена в Распоряжении Правительства Российской Федерации от 26.04.2019 г. № 833-р «Комплекс мер по стимулированию работодателей и работников к улучшению условий труда и сохранению здоровья работников, а также по мотивированию граждан к ведению здорового образа жизни»<sup>1</sup>. Утвержденный комплекс мероприятий включает: создание безопасных условий труда, позволяющих поддерживать трудовое долголетие работников, профилактику профессиональных рисков и формирование системы мониторинга за состоянием здоровья работающих. При этом современная система здравоохранения должна учитывать особенности групп профессий трудоспособного населения при планировании медицинского обеспечения, чтобы рационально организовать медицинскую помощь для каждого конкретного контингента работников [1]. Одним из таких контингентов являются работники железнодорожного транспорта.

Работники железнодорожного транспорта, обеспечивая безопасность эксплуатации инфраструктуры железнодорожного транспорта, погрузочно-разгрузочную деятельность, перевозку пассажиров, груза багажа, в процессе осуществления профессиональной деятельности подвергаются воздействию различных производственных факторов риска. Так, в зависимости от категории выполняемых работ (I категория — обеспечение движения поездов, II — осуществление деятельности в условиях повышенной опасности, III — осуществление деятельности, связанной с воздействием опасных и вредных производственных факторов) на работников ОАО «РЖД» воздействуют такие профессиональные вредности, как: психологические (психо-эмоцио-

нальное перенапряжение), физические (шум, вибрация, электро-магнитное излучение, перепады температур), химические (газ, пыль, дым). Высокие риски развития у работников железнодорожного транспорта профессиональных заболеваний обуславливают особенности организации диспансеризации, диспансерного наблюдения, лечения и реабилитации в системе отраслевого здравоохранения [2].

Диспансеризация работников ОАО «РЖД» является приоритетным направлением отраслевой медицины [3], основные цели которой включают: увеличение периода активной трудовой деятельности и сохранение трудового потенциала работников железнодорожного транспорта, предупреждение и раннее выявление заболеваний различного характера, создание условий для развития системы мер по снижению рисков, связанных со здоровьем работников ОАО «РЖД». Диспансеризация работников железнодорожного транспорта выступает одним из ключевых мероприятий в процессе допуска их к осуществлению профессиональной деятельности [4–6].

Порядок проведения диспансеризации работников ОАО «РЖД» в медицинских организациях ОАО «РЖД» регламентирован Распоряжением ОАО РЖД от 02.06.2019 № 1110/р (изм. от 25.11.2021 г.)<sup>2</sup>, разработанным в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>3</sup>, Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»<sup>4</sup>, коллективным договором открытого акционерного общества «Российские железные дороги». Указанный отраслевой норматив-

<sup>2</sup> Распоряжение ОАО РЖД от 02.06.2019 № 1110/р «О диспансеризации работников ОАО „РЖД“»

<sup>3</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

<sup>4</sup> Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»

<sup>1</sup> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26.04.2019 г. № 833-р «Комплекс мер по стимулированию работодателей и работников к улучшению условий труда и сохранению здоровья работников, а также по мотивированию граждан к ведению здорового образа жизни».

но-правовой акт обязывает медицинские организации ежеквартально представлять данные о результатах диспансеризации работников железнодорожного транспорта в Центральную дирекцию здравоохранения ОАО «РЖД» для их дальнейшего мониторинга. Утвержденный алгоритм сбора информации позволяет оценивать доступность и качество диспансеризации, а также своевременно внедрять необходимые мероприятия по её совершенствованию [7—10].

Цель исследования: провести комплексный анализ показателей диспансеризации работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге за период с 2018 по 2022 годы.

### Материалы и методы

Социально-гигиеническое исследование, направленное на оценку показателей диспансеризации работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге, проведено за период 2018—2022 годы с применением статистического и аналитического методов.

База исследования — сеть медицинских организаций ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге, оказывающих первичную медико-санитарную помощь работникам железнодорожного транспорта на этапе, предшествующем организационным изменениям в сети.

Источники информации: Федеральная форма статистического наблюдения — ФСН № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», форма статистического наблюдения КМСО-Д «Сведения о диспансеризации работников ОАО «РЖД» за исследуемый период.

В исследовании проанализированы такие показатели диспансеризации, как: полнота охвата работников ОАО «РЖД» диспансеризацией; число забо-

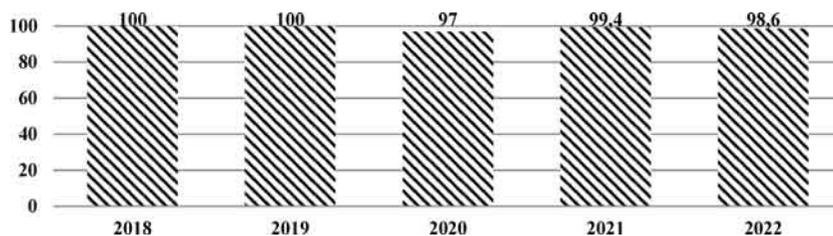


Рис. 1. Полнота охвата работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге диспансеризацией за период 2018—2022 гг., %

леваний, впервые выявленных при диспансеризации; своевременность взятия больных на диспансерный учет; структура больных, состоящих на диспансерном учете [11].

В исследовании использовались параметрические методы статистики — расчет интенсивных и экстенсивных показателей, темпа прироста/убыли, для оценки взаимосвязи описанных явлений применялся линейный коэффициент Пирсона [11].

### Результаты

Сеть медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь работникам ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге в период с 2018 по 2022 гг. представлена медицинскими организациями двух субъектов Российской Федерации — Забайкальского края и Амурской области (табл. 1).

Численность работников ОАО «РЖД», обслуживаемых в медицинских организациях ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге, за пятилетний период сократилась на 5,4% (с 46 367 чел. в 2018 г. до 43 880 чел. в 2022 г.), удельный вес работников железнодорожного транспорта в структуре обслуживаемого контингента населения в анализируемом периоде имел незначительные колебания от 33,6% (2018 г.) до 32,7% (2022) (табл. 2), но в целом наблюдалось снижение данного показателя на 5,4%.

Одним из основных индикаторов эффективности диспансеризации, согласно Распоряжению ОАО РЖД от 02.06.2019 № 1110/р «О диспансеризации работников ОАО „РЖД“, является охват работников железнодорожного транспорта диспансеризацией. При оценке полноты охвата работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге диспансеризацией за изучаемый период установлено снижение показателя на 1,4%, при этом уровень охвата работников железнодорожного транспорта остается на высоком уровне (в 2022 г. — 98,6%) (рис. 1), что отражает доступность первичной меди-

Таблица 1

Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь работникам ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге, 2018—2022 гг.

Медицинские организации	2018	2019	2020	2021	2022
Поликлиники (юридические лица)	13	13	13	13	13
Здравпункты (фельдшерские)	3	3	3	3	2
Медпункты вокзалов	6	6	9	11	12
Кабинеты ПРМО	83	83	82	82	83

Таблица 2

Структура прикрепленного населения к медицинским организациям ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге, 2018—2022 гг.

Категории прикрепленного контингента населения	Годы					Темп прироста/убыли по отношению к 2018 г. (%)
	2018	2019	2020	2021	2022	
Всего	137 837	136 225	136 251	134 068	134 172	-2,7%
Работники ОАО «РЖД»	46 367 (33,6%)	45 923 (33,7%)	45 764 (33,6%)	44 907 (33,5%)	43 880 (32,7%)	-5,4%
Территориальное население, неработающие пенсионеры ОАО «РЖД»	91 470 (66,4%)	90 302 (66,3%)	90 487 (66,4%)	89 161 (66,5%)	90 292 (67,3%)	-1,3%

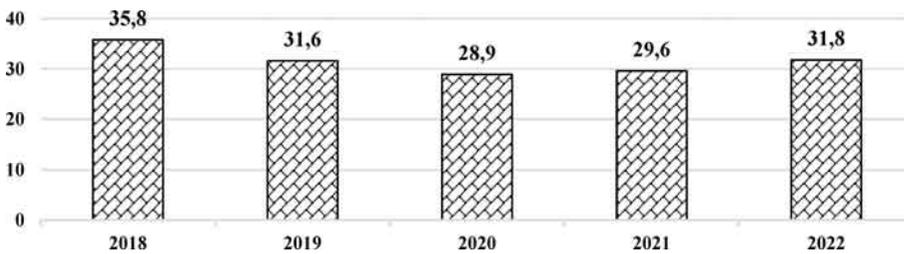


Рис. 2. Динамика изменения числа заболеваний, впервые выявленных при диспансеризации работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге, за период 2018—2022 гг., на 1 000 осмотренных работников

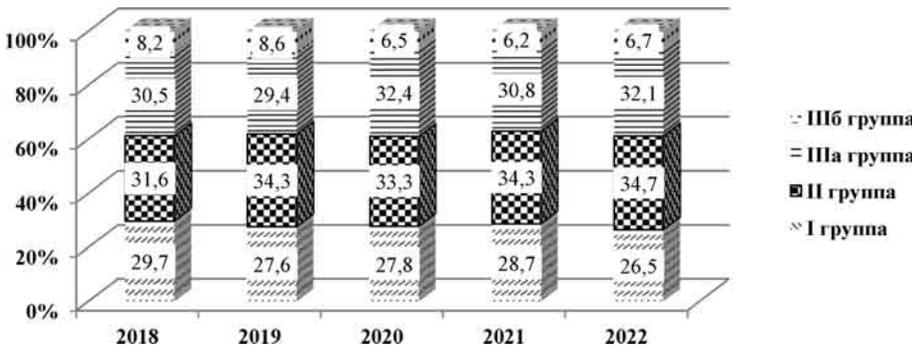


Рис. 3. Оценка состояния здоровья работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге по результатам диспансеризации за период с 2018 по 2022 гг., %

ко-санитарной помощи для работников Забайкальской железной дороги.

По результатам диспансеризации число заболеваний, впервые выявленных при диспансеризации на 1 000 осмотренных работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге, за период с 2018 по 2022 гг. имело нестабильную динамику изменения. В период с 2018 по 2020 гг. отмечалось снижение показателя на 19,3%, в дальнейшем к 2022 г. регистрировался рост числа выявленных заболеваний на 10,0% (рис. 2). Для повышения качества проводимых мероприятий в рамках диспансеризации, а именно своевременного выявления признаков развития хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, Распоряжением ОАО «РЖД» внесены изменения в «Положение о проведении диспансеризации работников ОАО „РЖД“ в учреждениях здравоохранения ОАО „РЖД“», регламентирующие расширение объема проводимых скрининговых исследований (определения в крови уровней гликированного гемоглобина, гомоцистеина, гормона щитовидной железы (ТТГ), проведение теста с 6-минутной ходьбой, ЭХОКГ, дуплексного сканирования вен нижних конечностей).

В структуре впервые выявленных заболеваний за пятилетний период на первом месте — болезни системы кровообращения (28,9 %), на втором — болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (14,5%), на третьем — болезни глаза и его придаточного аппарата (13,5%).

В соответствии с Положением о проведении диспансеризации работников ОАО «РЖД» после проведения I этапа диспансеризации врач-терапевт участковый с учетом заключений врачей-специалистов и результатов лабораторных и функциональ-

ных исследований относит работников ОАО «РЖД» к определенной группе состояния здоровья. За пятилетний период наблюдения структура установленных групп состояния здоровья работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге не изменялась и была представлена наибольшим удельным весом II и IIIa групп (рис. 3).

При изучении состояния здоровья отдельных групп работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге за пятилетний период выявлено, что структура распределения их по группам здоровья также не претерпела значимых изменений и представлена в таблице 3.

Согласно Распоряжению ОАО РЖД от 02.06.2019 № 1110/р (изм. от 25.11.2021 г.) «О диспансеризации работников ОАО „РЖД“», работники, которым по результатам прохождения диспансеризации определена IIIa или IIIb

группа состояния здоровья подлежат диспансерному наблюдению.

При оценке диспансерного наблюдения работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге за изучаемый период установлено, что число лиц, состоящих под диспансерным наблюдением (на 1000 работающего населения) изменяется неравномерно: в период с 2018 по 2020 гг. показатель увеличился на 31,2%, к 2022 г. снизился на 14,6% (рис. 4). В целом данный показатель имеет положительную динамику изменения.

При оценке своевременности взятия работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге на диспансерный учет по результатам диспансеризации за период 2018—2022 гг. отмечалось неравномерное изменение показателя. В период с 2018 по 2019 гг. показатель снизился на 1,4%, с 2019 по 2020 гг. — увеличился на 5,9%, с 2020 по 2021 г. — сократился на 14,7%, в 2022 г. — увеличился на 10,6% и достиг уровня 2019 г. (рис. 5). Известно, что данный показатель для работников железнодорож-

Таблица 3

Распределение работников ОАО «РЖД» по группам здоровья, %

Категории работников	Группы здоровья			
	I группа	II группа	IIIa группа	IIIb группа
Работники аппарата управления	23	33,5	39,1	4,4
Работники I категории работ, обеспечивающих движение поездов	25,9	33,5	33,2	7,5
Работники III категории работ, связанных с воздействием опасных и вредных производственных факторов	27,3	36,1	30,5	6,1
Прочие категории работников	26,5	36,1	34,3	3,0

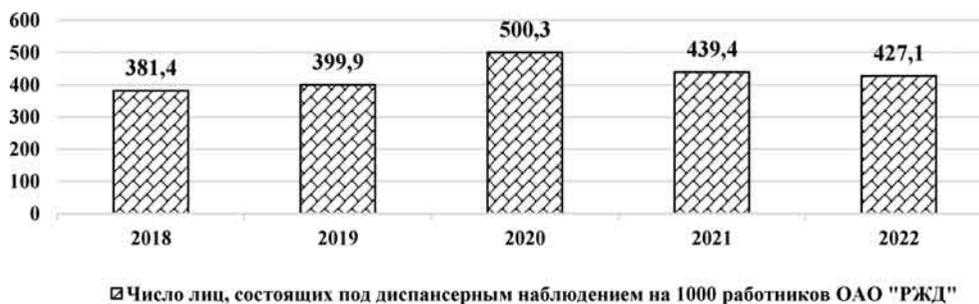


Рис. 4. Динамика изменения показателя, характеризующего постановку на диспансерное наблюдение работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге, за период с 2018 по 2022 гг., на 1000 работников ОАО «РЖД»

ного транспорта, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, должен приближаться к 100%.

Структура больных, состоящих на диспансерном учете среди работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге, за период 2018—2022 гг. значимых изменений не претерпела: на первом месте — болезни системы кровообращения (41,8% в 2022 г.), на втором — болезни органов пищеварения (9,2% в 2022 г.), на третьем — болезни костно-мышечной системы (8,5% в 2022 г.).

Для повышения эффективности диспансерного наблюдения работников Забайкальской железной дороги, с учетом результатов проведенного анализа диспансерного учета, в системе отраслевого здравоохранения ОАО «РЖД» внедряются различные программы: Целевая комплексная программа по снижению смертности от БСК и раннему выявлению онкологических заболеваний у работников ОАО «РЖД» на период 2019—2023 годов, утвержденная 31.01.2019 № 105, Программа внедрения риск-ориентированного подхода по снижению сердечно-сосудистых заболеваний работников ОАО «РЖД» на период до 2030 года, утвержденная от 15.11.2021 № 1850, Пилотный проект липидснижающей терапии среди работников ОАО «РЖД».

Необходимо отметить, что по итогам диспансеризации выявляются пациенты, нуждающиеся в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также в санаторно-курортном лечении и оздоровлении. За период с 2018 по 2022 гг. доля работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге, которым показана госпитализация с целью дообследования и лечения увеличилась в 6 раз (с 3,4% в 2018 г. до 20,7% в

2022 г.), в структуре категорий работ преобладают работники I и III категорий. Потребность работников железнодорожного транспорта в оказании высокотехнологичной медицинской помощи по результатам диспансеризации за пятилетний период составляла 0,1%, преимущественно за счет работников I категории работ. Удельный вес работников направленных на санаторно-курортное лечение и оздоровление за изучаемый период не превышал 16,5% и представлен в основном работниками I категории работ. Высокая потребность работников I категории работ в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и санаторно-курортном лечении по результатам проведенной диспансеризации обусловлена особенностями работы и тяжелыми условиями труда. В I категории работ выделяют 6 групп работников: I группа — работники группы машинистов, водителей и их помощников, II группа — работники диспетчерско-операторской группы, III группа — работники станционно-маневровой группы, IV группа — работники группы, обслуживающие поезда в пути следования, V группа — работники группы пути, VI группа — работники группы электроснабжения, сигнализации, централизации, блокировки и связи.

В ходе проведения анализа показателей диспансеризации работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге установлена прямая, средней силы корреляционная связь между полнотой охвата работников ОАО «РЖД» диспансеризацией и своевременностью постановки работников на диспансерный учет ( $r=0,625$ ,  $p<0,05$ ), а также прямая, средней силы корреляционная зависимость между уровнем первичной заболеваемости работающего насе-

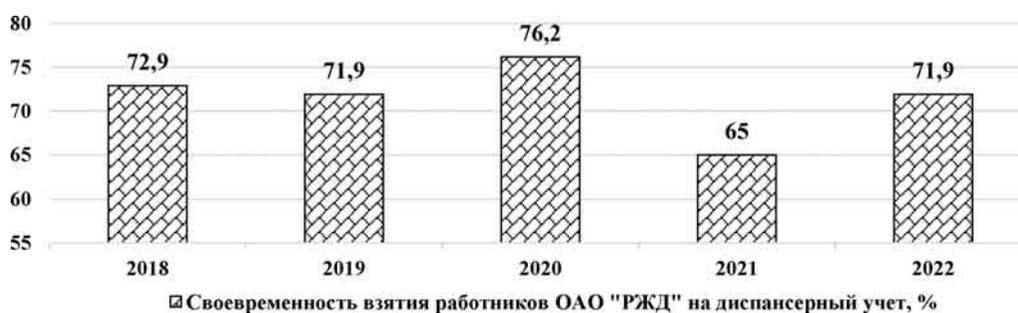


Рис. 5. Показатель своевременности взятия работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге на диспансерный учет по результатам диспансеризации в 2018—2022 гг., %

ления и показателем, характеризующим число работников, находящихся под диспансерным наблюдением на 1000 работающего населения ( $r=0,600$ ,  $p<0,05$ ) [12].

### Обсуждение

Безопасность железнодорожных перевозок во многом обусловлена состоянием здоровья работников железнодорожного транспорта. В процессе осуществления профессиональной деятельности на работников ОАО «РЖД» воздействуют различные профессиональные вредности: психоэмоциональное перенапряжение, шум, вибрация, электромагнитное излучение, перепады температур, пыль, дым, что обуславливает высокие риски развития профессиональных заболеваний. Проведение диспансеризации работников ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге позволяет своевременно оценить состояние здоровья работников, выявлять острые и хронические неинфекционные заболевания и факторы риска их развития и, таким образом, предупреждать различного рода катастрофы. Данные, полученные при комплексном анализе показателей диспансеризации за период с 2018 по 2022 годы, позволяют дать оценку организации данного направления в медицинских организациях ОАО «РЖД» на Забайкальской железной дороге на этапе, предшествующему структурно-организационным изменениям.

По результатам исследования установлен высокий показатель полноты охвата работников железнодорожного транспорта диспансеризацией, что отражает доступность первичной медико-санитарной помощи и должно обуславливать повышение выявляемости хронических неинфекционных заболеваний и профессиональной патологии. Однако, число выявленных заболеваний при диспансеризации и показатель своевременности постановки работников ОАО «РЖД» на диспансерный учет имеют тенденцию к снижению, что отражает проблемы качества организации и проведения диспансеризации. Для повышения эффективности проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения в систему оказания медицинской помощи внедрены программы по борьбе с сердечно-сосудистыми и эндокринными заболеваниями, расширяющие как перечень проводимых скрининговых исследований, так и возможности получения льготного лекарственного обеспечения. По результатам диспансеризации работникам определяется группа здоровья, которая выступает основанием для планирования дальнейшей тактики медицинского наблюдения и разработки системы профилактических мероприятий. У работников I и III категории работ, как наиболее сложных, преимущественно устанавливается II и IIIa группы здоровья, характеризующиеся либо наличием факторов риска, либо наличием хронического неинфекционного заболевания, и требующие установления диспансерного наблюдения, а также оказания специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной.

### Заключение

Результаты анализа показателей диспансеризации работников ОАО «РЖД» используются в целях совершенствования системы оказания медицинской помощи работникам Забайкальской железной дороги. В частности, в рамках внедрения трехуровневой системы оказания медицинской помощи работникам ОАО «РЖД», предлагается формирование центра компетенции на первом ее уровне, который будет являться научно-практическим центром. На его базе будут сконцентрированы передовые научные разработки и внедрены единые стандарты и подходы к профилактике, диагностике и лечению работников ОАО «РЖД», позволяющие повысить качество и эффективность проводимых профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, лечебного процесса и реабилитации работников ОАО «РЖД».

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Бухтияров И. В. Современное состояние и основные направления сохранения и укрепления здоровья работающего населения России. *Медицина труда и промышленная экология*. 2019;59(9):527—533.
2. Сухова Е. В., Николаевский Е. Н. Целенаправленное управление корпоративной культурой в рамках здоровьесбережения работников железнодорожного транспорта. *Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук*. 2016;(7—2):138—142.
3. Захарченко О. О., Шикина И. Б., Терентьева Д. С. Некоторые методологические аспекты проведения и оценки диспансеризации взрослого населения: систематический обзор нормативной правовой документации в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2023;30(6):66—80. DOI: 10.25207/1608-6228-2023-30-6-66-80
4. Шейман И. М., Шишкин С. В., Шевский В. И., Сажина С. В., Понкратова О. Ф. Диспансеризация населения: ожидания и реальность. *Мир России*. 2021;(4):6—29. DOI: 10.17323/1811-038X-2021-30-4-6-29
5. Айзман Р. И., Антерейкина Л. И., Гапиенко Н. В. и др. Руководство по диспансеризации взрослого населения. Под общей редакцией В. М. Чернышева. Новосибирск: ЗАО ИПП «Офсет»; 2013. 543 с.
6. Каприн А. Д., Александрова Л. М., Старинский В. В. и др. Диспансеризация определенных групп взрослого населения России как инструмент раннего выявления злокачественных новообразований (итоги 2015—2016 гг.). *Профилактическая медицина*. 2018;21(4):13—19. DOI: 10.17116/profmed201821413
7. Перхов В. И. Показатели для оценки программ в области общественного здравоохранения. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2020;(3):76—84. DOI: 10.24411/2312-2935-2020-00060
8. Алдабекова А. А., Ибраев С. А., Ажиметова Г. Н. Роль профилактической медицины в сохранении здоровья работающего населения. *Евразийский Союз Ученых*. 2020;73(4—3):8—13.
9. Ходакова О. В., Кошечкина Н. В. Методика оценки эффективности диспансеризации взрослого населения. Чита: РИЦ ЧГМА; 2020. 52 с.
10. Дружинина Д. А. Health management — управление здоровьем как инструмент успешной кадровой политики ОАО «РЖД». *Актуальные вопросы экономики транспорта высоких скоростей*. 2020:191—194.
11. Медик В. А., Токмачев М. С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. Москва ОАО Издательство «Медицина»; 2006. 528 с.
12. Макаров В. Ю., Локотко С. В., Евстафьева Ю. В. и др. Анализ заболеваемости населения, прикрепленного к медицинским организациям сети «РЖД-медицина» на Забайкальской железной дороге. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2024;(1):51—55. DOI: 10.35177/1994-5191-2024-1-9

REFERENCES

1. Bukhtiyarov I. V. Current state and main directions of preserving and strengthening the health of the working population of Russia. *Occupational medicine and industrial ecology. [Medicina truda i promyshlennaya ekologiya]*. 2019;59(9):527—533 (in Russian).
2. Sukhova E. V., Nikolaevsky E. N. Purposeful management of corporate culture within the framework of health saving of railway transport workers. *Actual problems of the humanities and natural sciences. [Aktual'nye problemy gumanitarnykh i estestvennykh nauk]*. 2016;(7—2):138—142 (in Russian).
3. Zaharchenko O. O., Shikina I. B., Terenteva D. S. Some methodological aspects of conducting and evaluating adult health check-up: a systematic review of regulatory public health documentation in the Russian Federation. *Kuban Scientific Medical Bulletin. [Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik]*. 2023;30(6):66—80 (in Russian). DOI: 10.25207/1608-6228-2023-30-6-66-80
4. Sheiman I. M., Shishkin S. V., Shevsky V. I., Sazhina S. V., Ponkratova O. F. Clinical examination of the population: expectations and reality. *World of Russia. [Mir Rossii]*. 2021;(4):6—29 (in Russian). DOI: 10.17323/1811-038X-2021-30-4-6-29
5. Aizman R. I., Antereykina L. I., Gapienko N. V. and others. Guidelines for clinical examination of the adult population. Under the general editorship of V. M. Chernysheva. Novosibirsk: CJSC IPP «Offset»; 2013. 543 p. (in Russian).
6. Kaprin A. D., Alexandrova L. M., Starinsky V. V. etc. Clinical examination of certain groups of the adult population of Russia as a tool for early detection of malignant neoplasms (results of 2015—2016). *Preventive medicine. [Profilakticheskaya medicina]*. 2018;21(4):13—19 (in Russian). DOI: 10.17116/profmed201821413
7. Perkhov V. I. Indicators for evaluating public health programs. *Modern problems of healthcare and medical statistics. [Sovremennye problemy zdavoohraneniya i medicinskoj statistiki]*. 2020;(3):76—84 (in Russian). DOI: 10.24411/2312-2935-2020-00060
8. Aldabekova A. A., Ibraev S. A., Azhimetova G. N. The role of preventive medicine in maintaining the health of the working population. *Eurasian Union of Scientists. [Evrazijskij Soyuz Uchenykh]*. 2020;73(4—3):8—13 (in Russian).
9. Khodakova O. V., Koshevaya N. V. Methodology for assessing the effectiveness of clinical examination of the adult population. Chita: RIC ChSMA; 2020. 52 p. (in Russian).
10. Druzhinina D. A. Health management — health management as a tool for successful personnel policy of JSC «Russian Railways». Current surveys of the economy of high-speed transport. *[Aktual'nye voprosy ekonomiki transporta vysokih skorostej]*. 2020:191—194 (in Russian).
11. Medic V. A., Tokmachev M. S. Manual of Health and Healthcare Statistics. Moscow OJSC Publishing House «Medicine»; 2006. 528 p. (in Russian).
12. Makarov V. Yu., Lokotko S. V., Evstafyeva Yu. V., etc. Analysis of the morbidity of the population attached to the medical organizations of the Russian Railways-Medicine network on the Trans-Baikal Railway. *Far Eastern Medical Journal. [Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal]*. 2024;(1):51—55 (in Russian). DOI: 10.35177/1994-5191-2024-1-9

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

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

Статья поступила в редакцию 09.06.2024; одобрена после рецензирования 27.08.2024; принята к публикации 18.11.2024.  
The article was submitted 09.06.2024; approved after reviewing 27.08.2024; accepted for publication 18.11.2024.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.015

## Оценка проблем, связанных с использованием телемедицинских технологий в детской онкологии, гематологии

Филипп Николаевич Костин

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;  
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России», 117198, Российская Федерация  
philkostin13@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-6438-1293>

**Аннотация.** Телемедицина использует современные коммуникационные, электронные и компьютерные технологии для содействия удаленному сбору, хранению, обработке, передаче и запросу различной медицинской информации для расширения сферы доступа пациентов к медицинским услугам путем преодоления географических барьеров. Многие исследования доказали, что телемедицина может помочь избежать транспортировки пациентов на дальние расстояния, тем самым экономя время и затраты для пациентов и улучшая качество оказываемых им медицинских услуг. К настоящему времени накоплено достаточно информации по возможности телемедицины улучшить качество обслуживания пациентов и снизить уровень повторной госпитализации в стационар. В то же время в системе телемедицины существует ряд проблем.

**Ключевые слова:** телемедицина, телемедицинские технологии, организация здравоохранения, медицинская помощь, детская онкология, гематология.

**Для цитирования:** Костин Ф. Н. Оценка проблем, связанных с использованием телемедицинских технологий в детской онкологии, гематологии // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 100—102. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.015.

Original article

## Assessment of problems associated with the use of telemedicine technologies in pediatric oncology and hematology

Philipp N. Kostin

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;  
Dmitry Rogachev National Medical Research Center Of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, 117997, Russian Federation, Moscow  
philkostin13@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-6438-1293>

**Annotation.** Telemedicine uses modern communication, electronic and computer technologies to facilitate the remote collection, storage, processing, transmission and query of various health information to expand patient access to health services by overcoming geographical barriers. Many studies have proven that telemedicine can help avoid long-distance patient transport, thereby saving time and costs for patients and improving the quality of care provided to them. To date, some information has accumulated on the possibility of telemedicine to improve the quality of patient care and reduce the rate of hospital readmission. At the same time, there are a number of problems in the telemedicine system.

**Key words:** telemedicine, telemedicine technologies, healthcare organization, medical care, pediatric oncology, hematology.

**For citation:** Kostin P. N. Assessment of problems associated with the use of telemedicine technologies in pediatric oncology and hematology. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2024;(4):100–102. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.015.

### Введение

Телемедицина — это революционный подход к предоставлению медицинской помощи с использованием современных технологий. Она позволяет пациентам получать консультации и обследования удаленно, сокращая время и затраты на посещение врачей лично.

Однако, несмотря на все преимущества, телемедицина несет с собой свои проблемы. Одна из них заключается в недостаточной доступности техноло-

гий для всех категорий населения, особенно для людей, проживающих в сельских районах или за пределами страны. Это в свою очередь создает неравенство в доступе к качественной медицинской помощи.

Многие виды обследований и процедур требуют присутствия врача и проведение удаленных консультаций, может снижать качество оказываемой медицинской помощи и приводить к задержкам в диагностике и лечении.

## Материалы и методы

Для оценки проблем, существующих при оказании телемедицинских консультаций была проанализирована работа отдела телемедицинских технологий ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России за период 2019—2023 гг. в формате оказания медицинской помощи «врач—врач» по профилю детская онкология и гематология.

I. Был проведен опрос сотрудников (операторов) отдела телемедицинских технологий ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России,

II. Также, был проведен опрос среди профильных специалистов «якорных» медицинских организаций 3-го уровня из субъектов Российской Федерации, направляющих запросы на телемедицинские консультации в ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России.

## Результаты

Опрос сотрудников (операторов) отдела телемедицинских технологий ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России определил ряд ключевых проблем при работе с телемедицинскими консультациями:

1. Качество входящей документации для оформления телемедицинской консультации — поступающие файлы нечитаемого формата/плохого качества

2. Неполный перечень необходимой документации — отсутствие актуальной выписки пациента, СНИЛС и др.

3. Перенос даты госпитализации — не все регионы имеют возможность транспортировать пациента в предложенные даты, что плодит новые заявки с переносом даты.

4. Прикрепление файлов визуализации в нечитаемом формате.

5. Поступающие входящие звонки с целью «ускорить» отправку протокола телемедицинской консультации.

В опросе специалистов из различных регионов приняли участие 76 из 89 субъектов Российской Федерации. Проведенный опрос выявил следующие проблемы в медицинской организации при работе с телемедициной (рис. 1):

- Несоответствующий уровень оборудования, необходимого для проведения ТМК отметили 2 региона из 76 (2%) — это связано с устаревшими персональными компьютерами, низким



Рис. 1. Проблемы в медицинской организации



Рис. 2. Проблемы с защищенными каналами связи.

уровнем передачи данных через сеть Интернет;

- Проблемы, связанные с отсутствием или нехваткой IT-специалистов отметили 6 регионов из 76 (8%);
- Проблемы с подключением к защищенным каналам связи отметили 4 региона из 76 (5%) — ошибки на сервере.

В рамках оценки данного раздела можно отметить достаточную подготовленность медицинских организаций к проведению телемедицинских консультаций.

Проблемы, связанные с защищенными каналами связи (ВЦМК «Защита», ТМК «ФЭР»/ЕГИСЗ) (рис. 2):

- Отсутствует доступ к защищенным каналам связи — все регионы отметили полную доступность
- Проблема с загрузкой входящей документации — отметили 7 регионов из 76 (9%) — низкая скорость загрузки входящей документации, сбои при загрузке;
- Долгие сроки обработки заявки специалистами защищенных каналов связи — отметили 4 региона из 76 (5%) — из-за большого количества заявок, срочные обращения теряются в потоке обращений, специалисты обрабатывают заявки в конце рабочего дня/на следующий день;
- Необходимость изменения функционала в работе защищенных каналов связи — отметили 7 регионов из 76 (9%) — нехватка чата для общения специалистов и операторов телемедицинских центров и др.

Проблемы, связанные с федеральным центром (рис. 3):

Отдел телемедицинских технологий ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России не оказывает экстренные телемедицинские консультации, а также имеет четкие часы работы. Из 76 опрашиваемых регионов, 25 (33%) отметили увеличенный срок ожидания заключений по запрашиваемым телемедицинским консультациям (ТМК). С одной стороны большой поток обращений, а с другой стороны сложные клинические случаи, часто требующие проведения медицинских консилиумов с участием специалистов разного про-

филя, приводит к увеличению сроков ответа, но приводят к более высокому качеству ТМК.

Пожелание в проведении на базе ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России экстренных ТМК высказали 52% опрошенных региона (40 регионов из 76).

Наше исследование успешно определило частоту каждого барьера для организаций и различных заинтересованных сторон (оператор, медицинский персонал, компьютерный программист).

### Обсуждение

Основные аспекты организации телемедицинских технологий относятся как к человеческим ресурсам (персоналу), так и к техническим ресурсам в целом.

Специалистами педиатрической службы Республики Беларусь в результате работы в системе телемедицинских технологий были выявлены следующие проблемы: вмешательство во взаимоотношения между лечащим врачом и пациентом, а также между специалистами, осуществляющими лечебно-диагностический процесс, возможность утечки персональной конфиденциальной информации в случае несанкционированного проникновения в информационные сети, организационные трудности [1].

Врачи из Армении предполагают, что создание единой телемедицинской информационной системы с целью оказания телемедицинских консультационных услуги телемедицинской экстренной медицинской помощи населению, а также внедрение в непрерывную систему подготовки медицинских кадров телемедицинских методов обучения решит существующие проблемы и повысит качество оказания медицинской помощи [2].

Однако по мере развития «телездравоохранения» жизненно важно придерживаться устоявшихся принципов медицинской этики. Использование цифровых технологий в здравоохранении по своей природе лишено конфиденциальности, присущей личному общению. Ввиду этого медицинские работники должны понимать, когда их применение нецелесообразно [3].

Важным ограничением, которое определили авторы из США, был относительно «молодой» возраст телемедицины. Он существует с начала 1990-х годов, но по сравнению с традиционной медициной он довольно молод [4], что выражается во всех вышперечисленных проблемах.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.  
The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 02.03.2024; одобрена после рецензирования 19.06.2024; принята к публикации 18.11.2024.  
The article was submitted 02.03.2024; approved after reviewing 19.06.2024; accepted for publication 18.11.2024.

### Заключение

Технологические барьеры и отсутствие должной компьютерной грамотности являются главной проблемой при успешном внедрении телемедицины. Хотя телемедицина демонстрирует многообещающую способность повышать доступ и эффективность оказываемой медицинской помощи, необходимы для его распространения незаменимые для этого метода ресурсы.

По итогам полученных данных в результате проведенного исследования, можно сделать вывод об актуальности данного направления в системе здравоохранения, и в целом, применение телемедицины может значительно улучшить доступ к качественной медицинской помощи и сократить затраты на ее предоставление. Однако решение проблем, связанных с доступностью, конфиденциальностью и качеством обслуживания, требует совместных усилий медицинских учреждений, правительств и технологических компаний. Только путем совместного решения этих проблем можно обеспечить максимальную эффективность и безопасность телемедицинских услуг для всех пользователей.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Жерносок В., Дюбкова Т., Почкайло А. Телекоммуникационные технологии в педиатрии. *Наука и инновации*. 2017;2(168):44—48.
2. Авакян М. Н., Авакян В. М., Киракосян Г. Т., Киракосян Р. Г., Ягджян Г. В. К вопросу о развитии телемедицины в Республике Армения. *Кадровое развитие*. 2013;4(14):42—54.
3. Иванова А. П. Телездравоохранение: технологические, правовые и этические проблемы. *Социальные новации и социальные науки*. Москва: ИНИОН РАН. 2021;(1):169—178.
4. Clemens Scott Kruse, Nicole Krowski, Blanca Rodriguez, Lan Tran, Jackeline Vela, and Matthew Brooks. Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. *BMJ Open* 2017;(7):1—12.

### REFERENCES

1. Zhernosek V., Dyubkova T., Pochkajlo A. Telecommunication technologies in pediatrics. *Science and innovation*. [Nauka i innovatsii]. 2017;2(168):44—48 (in Russian).
2. Avakyan M. N., Avakyan V. M., Kirakosyan G. T., Kirakosyan R. G., YAgdzhyan G. V. On the development of telemedicine in the Republic of Armenia. *Personnel development*. [Kadrovoe razvitie]. 2013;4(14):42—54 (in Russian).
3. Ivanova A. P. Telehealth: technological, legal and ethical challenges. *Social Innovations and Social Sciences*. Moscow: INION RAS. [Sotsial'nye novatsii i sotsial'nye nauki. Moskva: INION RAN]. 2021;(1):169—178 (in Russian).
4. Clemens Scott Kruse, Nicole Krowski, Blanca Rodriguez, Lan Tran, Jackeline Vela, and Matthew Brooks. Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. *BMJ Open* 2017;(7):1—12.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.016

## Гендерные и возрастные особенности экономического бремени болезней уха и сосцевидного отростка

Эседулла Маллаалиевич Османов<sup>1✉</sup>, Владимир Анатольевич Решетников<sup>2</sup>,  
Игорь Николаевич Каграманян<sup>3</sup>, Валерия Владимировна Татарченко<sup>4</sup>,  
Магомедсаид Абдулаевич Омаров<sup>5</sup>

<sup>1–3</sup>ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)»  
Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация;

<sup>4</sup>Клиника «Город здоровья», г. Воронеж, Российская Федерация;

<sup>1</sup>ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница», г. Тамбов, Российская Федерация;

<sup>5</sup>ФКУ «Главное бюро по медико-социальной экспертизе по г. Москве», Филиал № 43, г. Москва, Российская  
Федерация

<sup>1</sup>osmanov@bk.ru, <http://orcid.org/0000-0001-7493-2351>

<sup>2</sup>resh1960@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-7853-7356>

<sup>3</sup>kagramanyanigor@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-2139-6847>

<sup>4</sup>vill20061@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2241-7048>

<sup>5</sup>msomk@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3624-7542>

**Аннотация.** Болезни уха и сосцевидного отростка являются не только медико-социальной, но и экономической проблемой общественного здоровья в связи с высокой распространенностью, развитием тяжелых осложнений и снижением качества жизни. **Цель** исследования — изучение гендерных и возрастных особенностей экономического бремени болезней уха и сосцевидного отростка в Воронежской области за 2018—2023 годы.

**Материал и методы.** Проведено ретроспективное аналитическое описательное исследование. Изучено экономическое бремя болезней уха и сосцевидного отростка среди взрослого населения Воронежской области за период 2018—2023 гг. Источником информации послужили данные из счетов из территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Воронежской области.

**Результаты.** Результаты настоящего исследования показали гендерно-возрастные особенности прямых экономических затрат на лечение болезней уха и сосцевидного отростка среди взрослого населения Воронежской области за 2018—2023 годы, которые в совокупности за шесть лет составили 555272,5 тыс. рублей. Возрастная группа 60—69 лет является наиболее ресурсоемкой для медицинских организаций с экономической точки зрения, при этом данная возрастная группа пациентов занимает первое место в структуре амбулаторно-поликлинической и в тройке лидеров в структуре стационарной медицинской помощи. Расходы на оказание медицинской помощи при болезнях уха и сосцевидного отростка среди женщин значительно превышает таковые среди мужчин. В исследовании показано, что 95,6% от всех расходов на болезни уха и сосцевидного отростка приходится на семь групп болезней, из которых четыре группы относятся к острым и хроническим воспалительным заболеваниям. Из остальных трех групп наиболее значимой является кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха, в связи с тем, что по данным литературы данное заболевание является наиболее распространенной причиной нарушения слуха среди старшего поколения.

**Выводы.** Экономическое бремя болезней уха и сосцевидного отростка в Воронежской области за период 2018—2023 гг., составил 555272,5 тыс. рублей. Выявлены гендерно-возрастные особенности экономического бремени болезней уха и сосцевидного отростка, которые показали, что в структуре расходов преобладают женщины над мужчинами и возрастная группа пациентов 60—69 лет. 95,6% от всех расходов на болезни уха и сосцевидного отростка приходится на семь групп болезней, к которым относятся негнойный средний отит, гнойный и неуточненный средний отит, наружный отит, другие болезни наружного уха, кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха, воспаление и закупорка слуховой трубы и нарушения вестибулярной функции. Проведенная оценка затрат на оказание медицинской помощи пациентам с болезнями уха и сосцевидного отростка будет способствовать более эффективному экономическому планированию в системе общественного здравоохранения.

**Ключевые слова:** общественное здоровье; бремя болезни; болезни уха; экономическое бремя; амбулаторно-поликлиническая помощь; гендерно-возрастные особенности

**Для цитирования:** Османов Э. М., Решетников В. А., Каграманян И. Н., Татарченко В. В., Омаров М. А. Гендерные и возрастные особенности экономического бремени болезней уха и сосцевидного отростка // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 103—109. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.016.

Original article

## Gender and age characteristics of the economic burden of ear and mastoid diseases

Esedulla M. Osmanov<sup>1✉</sup>, Vladimir A. Reshetnikov<sup>2</sup>, Igor N. Kagramanyan<sup>3</sup>, Valeria V. Tatarchenko<sup>4</sup>,  
Magomedsaid A. Omarov<sup>5</sup>

<sup>1-3</sup>First Moscow State Medical University named after. THEM. Sechenov Ministry of Health of Russia (Sechenov University) Ministry of Health of Russia, Moscow, Russian Federation;

<sup>1</sup>Tambov Regional Children's Clinical Hospital, Tambov, Russian Federation;

<sup>4</sup>Clinic «City of Health», Voronezh, Russian Federation;

<sup>5</sup>Main Bureau of Medical and Social Expertise of Moscow, Branch № 43, Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>osmanov@bk.ru, <http://orcid.org/0000-0001-7493-2351>

<sup>2</sup>resh1960@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-7853-7356>

<sup>3</sup>kagramanyanigor@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-2139-6847>

<sup>4</sup>vill20061@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2241-7048>

<sup>5</sup>msomk@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3624-7542>

**Annotation.** Ear and mastoid diseases are not only a medical and social problem, but also an economic one due to their high prevalence, development of severe complications and decreased quality of life. The aim of the study is to investigate the gender and age characteristics of the economic burden of ear and mastoid diseases in the Voronezh region for 2018—2023. **Material and methods.** A retrospective analytical descriptive study was conducted. The economic burden of ear and mastoid diseases among the adult population of the Voronezh region was studied for the period 2018—2023. The source of information was data from accounts from the territorial fund of compulsory medical insurance (TFOMS) of the Voronezh region. **Results.** The results of this study showed the gender and age characteristics of direct economic costs for the treatment of ear and mastoid diseases among the adult population of the Voronezh Region for 2018—2023, which in total over six years amounted to 555,272.5 thousand rubles. The age group of 60—69 years is the most resource-intensive for medical organizations from an economic point of view, while this age group of patients ranks first in the structure of outpatient and polyclinic medical care and in the top three in the structure of inpatient medical care. The costs of providing medical care for diseases of the ear and mastoid process among women significantly exceed those among men. The study shows that 95.6% of all costs for diseases of the ear and mastoid process fall on seven groups of diseases, of which four groups are acute and chronic inflammatory diseases. Of the other three groups, the most significant is conductive and sensorineural hearing loss, due to the fact that, according to the literature, this disease is the most common cause of hearing loss among the older generation. **Conclusions.** The economic burden of ear and mastoid diseases in the Voronezh region for the period 2018—2023 amounted to 555272.5 thousand rubles. Gender and age characteristics of the economic burden of ear and mastoid diseases were identified, which showed that women predominate over men in the structure of expenses, and the age group of patients aged 60—69 years. 95.6% of all expenses for diseases of the ear and mastoid process are accounted for by seven groups of diseases, which include non-suppurative otitis media, purulent and unspecified otitis media, otitis externa, other diseases of the outer ear, conductive and sensorineural hearing loss, inflammation and obstruction of the auditory tube and vestibular dysfunction. The conducted assessment of the costs of providing medical care to patients with diseases of the ear and mastoid process will contribute to more effective economic planning in the public health system.

**Key words:** public health; burden of disease; ear diseases; economic burden; outpatient care; gender and age characteristics

**For citation:** Osmanov E. M., Reshetnikov V. A., Kagramanyan I. N., Tatarchenko V. V., Omarov M. A. Gender and age characteristics of the economic burden of ear and mastoid diseases. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(4):103–109. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.016.

### Введение

Болезни уха и сосцевидного отростка являются не только медико-социальной, но и экономической проблемой системы общественного здоровья в связи с высокой распространенностью, развитием тяжелых осложнений и снижением качества жизни [1, 2].

Высокий уровень распространенности болезней уха и сосцевидного отростка в совокупности с низкой доступностью оториноларингологической помощи и социально-экономическим неблагополучием сопровождаются увеличением показателей инвалидности и смертности населения [3].

Анализ экономического бремени болезней наравне с изучением заболеваемости, инвалидности и смертности является важной составляющей системы общественного здравоохранения и необходимы для планирования затрат, что с учетом дефицита финансирования отрасли, является довольно актуальным.

В научной литературе представлены данные по изучению экономического бремени болезней по различной нозологии с использованием разнообразных методик [4—6], однако отсутствуют исследования, по оценке бремени болезней уха и сосцевид-

ного отростка. В этой связи целью настоящего исследования было изучение гендерных и возрастных особенностей экономического бремени болезней уха и сосцевидного отростка в Воронежской области за 2018—2023 годы.

### Материал и методы

Проведено ретроспективное аналитическое описательное исследование. Оценено экономическое бремя болезней уха и сосцевидного отростка (код МКБ-10 — H60-H95) среди взрослого населения Воронежской области за период 2018—2023 гг. Источником информации послужили данные реестров-счетов из территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Воронежской области.

### Результаты

Анализируя суммарные расходы ТФОМС Воронежской области за оказание медицинской помощи взрослому населению при болезнях уха и сосцевидного отростка, установлена их неравномерность из года в год. Так, в 2020 и 2021 годах наблюдается снижение расходов на все виды медицинской помощи с резким ростом в 2022 году, что вероятно, связано с

Таблица 1

**Расходы ФОМС Воронежской области за оказание медицинской помощи взрослому населению при болезнях уха и сосцевидного отростка**

Возрастные группы (лет)	Амбулаторно-поликлиническая помощь		Скорая медицинская помощь		Стационарная помощь		Стационаро замещающая помощь		Всего	
	сумма, тыс. руб.	%	сумма, тыс. руб.	%	сумма, тыс. руб.	%	сумма, тыс. руб.	%	сумма, тыс. руб.	%
2018	55540,4	19,5	297,8	18,5	46926,6	17,9	2590,0	39,9	105355,0	19,0
2019	51244,1	18,0	283,0	17,5	39983,5	15,3	792,7	12,2	92303,3	16,6
2020	33380,3	11,7	175,4	10,9	34882,5	13,3	1729,2	26,6	70167,4	12,6
2021	42898,0	15,0	238,9	14,8	40194,3	15,4	271,5	4,2	83602,7	15,1
2022	49142,3	17,2	292,4	18,1	62934,6	24,0	423,3	6,5	112792,6	20,3
2023	53114,6	18,6	325,7	20,2	36922,8	14,1	688,3	10,6	91051,5	16,4
Общий итог	285319,7	100	1613,4	100	261844,4	100	6495,0	100	555272,5	100

введением ограничительных мероприятий, обусловленной пандемией КОВИД-19 (табл. 1).

В структуре расходов по различным видам медицинской помощи также выявлены различия по годам. Так, наибольшие расходы на амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь установлены в 2018 году, за скорую медицинскую помощь — в 2023 году, за стационарную — в 2022 году и за стационарозамещающую помощь — в 2018 году.

Структура расходов за оказанную медицинскую помощь населению Воронежской области при болезнях уха и сосцевидного отростка имеет прямую зависимость от возраста. Наибольшие расходы установлены в возрастной группе 60—69 лет, на втором ранговом месте по объему расходов — возрастная группа 50—59 лет, на третьем месте возрастная группа 30—39 лет (табл. 2).

В структуре расходов по видам медицинской помощи имеются различия. Наибольшие расходы за амбулаторно-поликлиническую помощь пациентам при болезнях уха и сосцевидного отростка установлены трех возрастных группах, это 60—69 лет, 50—59 лет и 70—79 лет, совокупные расходы которых

составили 57,0%. Расходы за скорую медицинскую помощь (СМП) наибольшие в возрасте 20—29 лет, 30—39 лет и 40—49 лет, которые в совокупности составили долю в 55,7% от всех расходов за СМП.

Сумма расходов за стационарную помощь наибольшая в возрастной группе 30—39 лет, 60—69 лет и 50—59 лет, что в совокупности составило 57,1% расходов на данный вид медицинской помощи. Расходы за стационарозамещающую помощь наибольшие в возрастной группе 20—29 лет, 18—20 лет и 60—69 лет (68,0% расходов на стационарозамещающую помощь).

В структуре расходов на все виды медицинской помощи взрослому населению Воронежской области при болезнях уха и сосцевидного отростка доля женщин преобладает над мужчинами (табл. 3).

Между женщинами и мужчинами имеются возрастные различия в структуре затрат за медицинскую помощь на болезни уха и сосцевидного отростка. Так, в структуре затрат за амбулаторно-поликлиническую помощь среди женщин наибольшую долю составляла возрастная группа 60—69 лет, так же, как и у мужчин, на втором месте среди жен-

Таблица 2

**Структура расходов на болезни уха и сосцевидного отростка по видам медицинской помощи в зависимости от возраста (тыс. руб., %)**

Возрастные группы (лет)	Амбулаторно-поликлиническая помощь		Скорая медицинская помощь		Стационарная помощь		Стационаро замещающая помощь		Всего	
	сумма, тыс. руб.	%	сумма, тыс. руб.	%	сумма, тыс. руб.	%	сумма, тыс. руб.	%	сумма, тыс. руб.	%
18—20	6159,1	2,2	85,6	5,3	8827,3	3,4	930,1	14,3	16002,1	2,9
20—29	21885,5	7,7	380,3	23,6	32530,7	12,4	2580,6	39,7	57377,1	10,3
30—39	35267,7	12,4	308,7	19,1	53285,9	20,4	273,6	4,2	89135,9	16,1
40—49	36390,9	12,8	209,0	13,0	37752,6	14,4	354,4	5,5	74706,8	13,5
50—59	48061,8	16,8	204,9	12,7	45997,0	17,6	580,3	8,9	94844,0	17,1
60—69	68973,9	24,2	158,4	9,8	49950,2	19,1	911,7	14,0	119994,1	21,6
70—79	45706,9	16,0	121,4	7,5	24999,2	9,5	681,6	10,5	71509,2	12,9
80—89	21030,1	7,4	119,6	7,4	7887,6	3,0	173,6	2,7	29210,9	5,3
90—99	1832,4	0,6	25,4	1,6	614,0	0,2	9,1	0,1	2481,0	0,4
>100	11,3	0	0	0	0	0	0	0	11,3	0
Общий итог	285319,7	100	1613,4	100	261844,4	100	6495,0	100	555272,5	100

Таблица 3

**Структура расходов на болезни уха и сосцевидного отростка по видам медицинской помощи в зависимости от пола (тыс. руб., %)**

Пол	Амбулаторно-поликлиническая помощь		Скорая помощь		Стационарная помощь		Стационаро замещающая помощь		Общий итог	
	сумма, тыс. руб.	%	сумма, тыс. руб.	%	сумма, тыс. руб.	%	сумма, тыс. руб.	%	сумма, тыс. руб.	%
Женский	170780,7	59,9	986,0	61,1	151846,4	58,0	3543,4	54,6	327156,5	58,9
Мужской	114539,0	40,1	627,4	38,9	109998,0	42,0	2951,7	45,4	228116,0	41,1
Общий итог	285319,7	100	1613,4	100	261844,4	100	6495,0	100	555272,5	100

Таблица 4

**Гендерные и возрастные различия в структуре затрат за амбулаторно-поликлиническую и скорую медицинскую помощь**

Возрастные группы (лет)	Амбулаторно-поликлиническая помощь				Скорая медицинская помощь			
	женщины		мужчины		женщины		мужчины	
	сумма (тыс. руб.)	%	сумма (тыс. руб.)	%	сумма (тыс. руб.)	%	сумма (тыс. руб.)	%
<20	2796,3	1,6	3362,7	2,9	54,4	5,5	31,2	5,0
20—29	12216,7	7,2	9668,8	8,4	246,3	25,0	134,0	21,4
30—39	19732,5	11,6	15535,1	13,6	167,2	17,0	141,6	22,6
40—49	20626,2	12,1	15764,7	13,8	99,1	10,1	109,8	17,5
50—59	27564,5	16,1	20497,3	17,9	126,8	12,9	78,1	12,4
60—69	41856,7	24,5	27117,3	23,7	98,9	10,0	59,5	9,5
70—79	30168,2	17,7	15538,7	13,6	83,5	8,5	37,9	6,0
80—89	14609,6	8,6	6420,5	5,6	88,8	9,0	30,8	4,9
90—99	1201,3	0,7	631,1	0,6	20,9	2,1	4,5	0,7
>100	8,6	0	2,7	0	0	0	0	0
Общий итог	170780,7	100	114539,0	100	986,0	100	627,4	100

щин — возрастная группа 70—79 лет, среди мужчин — группа в возрасте 50—59 лет, третье место среди женщин занимает возрастная группа 50—59 лет, среди мужчин — 40—49 лет (табл. 4).

В структуре затрат на скорую медицинскую помощь гендерно-возрастные группы также различаются, так среди женщин преобладают группа в возрасте 20—29 лет, среди мужчин группа в возрасте 30—39 лет, на втором месте среди женщин группа 30—39 лет, на третьем — 50—59 лет, среди мужчин на втором месте группа в возрасте 20—29 лет, на третьем — 40—49 лет.

Наибольшие затраты на стационарную медицинскую помощь при болезнях уха и сосцевидного отростка среди женщин установлены в возрастной группе 60—69 лет, среди мужчин — в группе 30—39 лет, на втором месте среди женщин и мужчин — возрастная группа 50—59 лет, третье место среди женщин — возрастная группа 30—39 лет, среди мужчин — 40—49 лет (табл. 5).

Более половины расходов на стационарозамещающую медицинскую помощь среди женщин уста-

Таблица 5

**Гендерные и возрастные различия в структуре затрат за стационарную и стационарозамещающую медицинскую помощь**

Возрастные группы (лет)	Стационарная медицинская помощь				Стационарозамещающая медицинская помощь			
	женщины		мужчины		женщины		мужчины	
	сумма (тыс. руб.)	%	сумма (тыс. руб.)	%	сумма (тыс. руб.)	%	сумма (тыс. руб.)	%
<20	4204,8	2,8	4622,5	4,2	37,4	1,1	892,7	30,2
20—29	18051,0	11,9	14479,7	13,2	1737,2	49,0	843,4	28,6
30—39	25247,5	16,6	28038,4	25,5	119,4	3,4	154,2	5,2
40—49	20426,4	13,5	17326,2	15,8	157,1	4,4	197,2	6,7
50—59	27977,6	18,4	18019,4	16,4	371,0	10,5	209,3	7,1
60—69	33032,3	21,8	16917,9	15,4	616,6	17,4	295,1	10,0
70—79	17107,2	11,3	7892,0	7,2	374,7	10,6	306,9	10,4
80—89	5485,2	3,6	2402,4	2,2	129,8	3,7	43,8	1,5
90—99	314,5	0,2	299,5	0,3	0	0	9,1	0,3
Общий итог	151846,4	100	109998,0	100	3543,4	100	2951,7	100

Таблица 6

**Ранговая структура расходов за оказанную медицинскую помощь и количество обращений взрослого населения Воронежской области с болезнями уха и сосцевидного отростка**

Болезни (код МКБ-10)	Сумма (тыс. руб.)	%	Количество обращений	%
Негнойный средний отит	149417,4	26,9	53190	11,3
Гнойный и неуточненный средний отит	115456,4	20,8	30591	6,5
Наружный отит	107372,3	19,3	97290	20,7
Другие болезни наружного уха	56986,7	10,3	114475	24,3
Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха	51211,1	9,2	74024	15,7
Воспаление и закупорка слуховой трубы	28852,1	5,2	36465	7,8
Нарушения вестибулярной функции	21552,2	3,9	33412	7,1
Прочее	24381,7	4,4	31019	6,6
Общий итог	555272,5	100	470493	100

новлена в возрастной группе 20—29 лет, среди мужчин на первом ранговом месте — возрастная группа 18—19 лет, на втором месте среди женщин — возрастная группа 60—69 лет, среди мужчин — возрастная группа 20—29 лет, третье место среди женщин и мужчин занимает группа в возрасте 70—79 лет.

Интерес представляет также нозологическая структура объемов оказанной медицинской помощи взрослому населению Воронежской области при болезнях уха и сосцевидного отростка.

Так, семь групп болезней уха и сосцевидного отростка составляют долю в 95,6% от расходов ТФОМС Воронежской области, из которых четыре группы относятся к острым и хроническим воспалительным заболеваниям, на которые расходуется 72,2% средств (табл. 6).

Негнойный средний отит, составляя 11,3% всех случаев оказанной медицинской помощи населению региона, занимает первое ранговое место в структуре расходов на болезни уха и сосцевидного отростка. Внутри данной группы болезней наибольшая доля представлена острым средним серозным отитом, составившим 46,8% случаев и другими острыми негнойными средними отитами — 27,1% случаев.

Гнойный и неуточненный средний отит занимает второе ранговое место в структуре расходов, составляя 6,5% случаев обращений за медицинской помощью по классу болезней уха и сосцевидного отростка. В структуре группы наибольшую долю занимает хронический туботимпанальный гнойный средний отит (33,9%), средний отит неуточненный с долей 26,8% случаев, острый гнойный средний отит с долей 15,3% случаев и хронический эптитимпано-антральный гнойный средний отит с долей 9,7% случаев.

Третье ранговое место в структуре затрат на оказание медицинской помощи пациентам с болезнями уха и сосцевидного отростка занимает наружный отит с долей случаев 20,7%. В структуре данной группы наибольшее количество обращений установлено с наружным отитом неуточненным (38,1%) и острым наружным отитом неинфекционным (34,4%).

Наибольшее количество обращений пациентов за медицинской помощью с болезнями уха и сосце-

видного отростка установлены в группе другие болезни наружного уха, составившего почти четверть всех обращений (24,3%), при этом в структуре расходов данная группа занимает четвертое ранговое место. Более подробный анализ позволил показать, что в структуре данной группы подавляющая доля болезней представлена серной пробкой, составившей 98,6% случаев.

Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха занимает пятое ранговое место в структуре расходов, но при этом на третьем месте по количеству случаев оказанной медицинской помощи с долей 15,7% случаев. Внутри группы кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха наибольшее количество случаев составляет нейросенсорная потеря слуха двусторонняя, составившая в структуре долю 80,5% случаев, второе место занимает нейросенсорная потеря слуха односторонняя с долей 7,7%.

На шестом ранговом месте в структуре расходов и пятом месте по количеству случаев оказания медицинской помощи с долей 7,8% находятся воспалительные заболевания и закупорка слуховой трубы с преобладанием воспаления слуховой трубы над ее закупоркой (98,0% и 2,0% соответственно).

Нарушения вестибулярной функции занимают седьмое ранговое место в структуре расходов и шестое место по количеству случаев оказания медицинской помощи с долей 7,1%, при этом два заболевания преобладают, это нарушение вестибулярной функции неуточненное (49,2%) и головокружение центрального происхождения (37,0%).

### Обсуждение

Результаты настоящего исследования показали гендерно-возрастные особенности прямых экономических затрат на лечение болезней уха и сосцевидного отростка среди взрослого населения Воронежской области за 2018—2023 годы, которые в совокупности за шесть лет составили 555272,5 тыс. рублей.

В литературе представлено значительное количество исследований по изучению экономического бремени того или иного заболевания [7—9], вместе с тем отсутствуют исследования, по оценке экономического бремени болезней уха и сосцевидного отростка.

Возрастная группа 60—69 лет является наиболее ресурсоемкой для медицинских организаций с экономической точки зрения, при этом данная возрастная группа пациентов занимает первое место в структуре амбулаторно-поликлинической и в тройке лидеров в структуре стационарной и стационаро-замещающей медицинской помощи.

Результаты настоящего исследования сопоставимы с другими научными трудами, в которых показано, что население в возрасте 60—69 лет значительно чаще других возрастных групп обращаются за медицинской помощью, что соответственно увеличивает и расходы [10].

Полученные в настоящем исследовании данные свидетельствуют, что расходы на оказание медицин-

ской помощи при болезнях уха и сосцевидного отростка среди женщин значительно превышает таковые среди мужчин. Ряд исследований показывают, что гендерные различия являются существенными в патогенезе заболеваний [11], что может объяснять большую активность женщин, установленную в настоящем исследовании.

О. М. Драпкина и соавт. (2022) указывают о том, гендерно-возрастные особенности обязательно необходимо учитывать не только в процессе оказания медицинской помощи, но при разработке практических рекомендаций, протоколов и шкал [12]. Исследования других авторов также показывают о необходимости учета пола при оценке риска и прогноза заболеваний [13].

В исследовании показано, что 95,6% от всех расходов на болезни уха и сосцевидного отростка приходится на семь групп болезней, из которых четыре группы относятся к острым и хроническим воспалительным заболеваниям. Из остальных трех групп наиболее значимой является кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха, в связи с тем, что по данным литературы данное заболевание является наиболее распространенной причиной нарушения слуха среди старшего поколения [14]. Кроме того, исследования показывают, что снижение и потеря слуха значительно ограничивают качество жизни пожилых лиц [15—17].

### Ограничения исследования

В исследовании не были посчитаны расходы, связанные с временной нетрудоспособностью, инвалидностью, льготным лекарственным обеспечением и другими значимыми факторами, которые значительно увеличивают экономическое бремя болезни.

### Заключение

В настоящей работе впервые была проведена оценка экономического бремени болезней уха и сосцевидного отростка в Воронежской области за период 2018—2023 гг., который составил 555272,5 тыс. рублей.

Выявлены гендерно-возрастные особенности экономического бремени болезней уха и сосцевидного отростка, которые показали, что в структуре расходов преобладают женщины над мужчинами и возрастная группа пациентов 60—69 лет.

Показано, что 95,6% от всех расходов на болезни уха и сосцевидного отростка приходится на семь групп болезней, к которым относятся негнойный средний отит, гнойный и неуточненный средний отит, наружный отит, другие болезни наружного уха, кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха, воспаление и закупорка слуховой трубы и нарушения вестибулярной функции.

Проведенная оценка затрат на оказание медицинской помощи пациентам с болезнями уха и сосцевидного отростка будет способствовать более эффективному экономическому планированию в системе общественного здравоохранения.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Дайхес Н. А., Карнеева О. В., Ким И. А., Савельев С. В., Серебрякова И. Ю., Дайхес А. Н., Трухин Д. В. Состояние оториноларингологической службы Российской Федерации. *Российская оториноларингология*. 2019;18(3):9—16. DOI:10.18692/1810-4800-2019-3-9-16
2. Безрукова Е. В., Григорьева Н. О. Оценка качества жизни пациентов с патологией ЛОР органов. *Российская оториноларингология*. 2011;(2):41—45.
3. Олейник А. В., Мингазов Р. Н., Мингазова Э. Н. Медико-социальные проблемы распространенности ЛОР заболеваний и доступности оториноларингологической помощи населению, в том числе детскому (обзор зарубежной литературы). *Менеджер здравоохранения*. 2023;(5):67—77. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-5-67-77
4. Э. М. Османов, В. А. Решетников, Д. В. Ефимов [и др.]. Анализ экономического бремени болезней глаза и глаукомы в Липецкой области за 2014—2021 годы. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2023;69(2):127—151. DOI 10.21045/2071-5021-2023-69-2-6
5. Безмельницкая Л. Ю., Бесстрашнова Я. К., Золотарев П. Н., Кадыров Ф. Н., Лобанов А. В., Мешков Д. О., Федяева А. В., Черкасов С. Н., Шошмин А. В. Псориаз: бремя болезни в современных условиях. *Менеджер здравоохранения*. 2023;9:52—63. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-9-52-63
6. Серенко, К. А. Клинико-экономический анализ профилактики преэклампсии. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2024;(1):1025—1047. DOI: 10.24412/2312-2935-2024-1-1025-1047
7. Арбатский М. С. Экономическое бремя некоторых возраст-ассоциированных заболеваний. *Проблемы геронтологии*. 2023;1:51—57. DOI: 10.37586/2949-4745-1-2023-51-57
8. Моисеенко В. Е., Кочорова Л. В., Карпова Г. А., Павловский А. В., Попов С. А., Додонова И. В., Гришин С. Ю., Гранов Д. А. Оценка социально-экономического бремени рака поджелудочной железы в мегаполисе на примере Санкт-Петербурга. *Медицинский альманах*. 2021;3(68):57—65.
9. Колбин А. С., Касимова А. Р., Балькина Ю. Е., Проскурин М. А. Социально-экономическое бремя возрастной диабетической ретинопатии и диабетического макулярного отека в Российской Федерации. *Фармакоэкономика: теория и практика*. 2022;10(4):17—21. DOI: 10.30809/phe.4.2022.3
10. Гурьянова, Н.Е., Иванова М. А. Половозрастные характеристики пациентов с болезнями органов пищеварения и причины их обращения за медицинской помощью. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2022;1:337—351. DOI: 10.24412/2312-2935-2022-1-337-351
11. Балашова М. Е., Шеметова Г. Н., Байрамукова А. Х., Шмелева М. М., Дохмила Д. В. Гендерспецифические особенности течения некоторых заболеваний внутренних органов. *Современные проблемы науки и образования*. 2023;3:99. DOI: 10.17513/srno.32574
12. Драпкина О. М. Ким О. Т. Половые и гендерные различия в здоровье и болезни. Часть II. Клиническая и медико-социальная. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(12):176—186. DOI: 10.15829/1728-8800-2023-3831
13. Сагайдак О. В., Ощепкова Е. В., Чазова И. Е. Гендерные различия в оказании медицинской помощи при остром коронарном синдроме. Анализ данных Федерального регистра острого коронарного синдрома за 2016—2019 гг. *Терапевтический архив*. 2022;94(7):797—802. DOI: 10.26442/00403660.2022.07.201732
14. Дайхес Н. А., Владимирова Т. Ю., Булгакова С. В., Сапожников Я. М., Мачалов А. С., Кузнецов А. О., Куренков А. В., Мартынова А. Б. Комплексная оценка результатов реабилитации пациентов старшей возрастной группы с хронической сенсоневральной тугоухостью. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2021;17(4):691—696.
15. Тошпулатова Д., Нурмухамедова Ф. Качество жизни пациентов при легкой степени нейросенсорной тугоухости. *Перспективы развития медицины*. 2023;1(1):527—528.
16. Журавлев А. С. Качество жизни при потере слуха у взрослых: социальные аспекты. *Социология медицины*. 2021;20(1):81—88. DOI: 10.17816/1728-2810-20-1-83
17. Голованова Л. Е., Огородникова Е. А., Лаптева Е. С., Бобошко М. Ю. Возрастные аспекты качества жизни пациентов с нарушениями слуха. *Успехи геронтологии*. 2020;33(5):885—892.

## REFERENCES

1. Daikhes N. A., Karneeva O. V., Kim I. A., Saveliev S. V., Serebryakova I. Yu., Daikhes A. N., Trukhin D. V. The state of the otolaryngology service of the Russian Federation. *Russian Otolaryngology. [Rossijskaya otorinolaringologiya]*. 2019;18(3):9—16 (in Russian). DOI: 10.18692/1810-4800-2019-3-9-16
2. Bezrukova E. V., Grigorieva N. O. Assessment of the quality of life of patients with ENT pathology. *Russian Otolaryngology. [Rossijskaya otorinolaringologiya]*. 2011;2:41—45 (in Russian).
3. Oleynik A. V., Mingazov R. N., Mingazova E. N. Medical and social problems of the prevalence of ENT diseases and the availability of otolaryngological care to the population, including children (review of foreign literature). *Healthcare Manager. [Menedzher zdravoohraneniya]*. 2023;5:67—77 (in Russian). DOI: 10.21045/1811-0185-2023-5-67-77
4. Osmanov E. M., Reshetnikov V. A., Efimov D. V. et al. Analysis of the economic burden of eye diseases and glaucoma in the Lipetsk region for 2014—2021. *Social aspects of population health. [Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya]*. 2023;69(2):127—151 (in Russian). DOI: 10.21045/2071-5021-2023-69-2-6
5. Bezmelnitsyna L. Yu., Besstrashnova Ya. K., Zolotarev P. N., Kadyrov F. N., Lobanov A. V., Meshkov D. O., Fedyaeva A. V., Cherkasov S. N., Shoshmin A. V. Psoriasis: the burden of the disease in modern conditions. *Healthcare Manager. [Menedzher zdravoohraneniya]*. 2023;9:52—63 (in Russian). DOI: 10.21045/1811-0185-2023-9-52-63
6. Serenko, K. A. Clinical and economic analysis of preeclampsia prevention / K. A. Serenko. *Modern problems of health care and medical statistics. [Sovremennye problemy zdravoohraneniya i medicinskoj statistiki]*. 2024;1:1025—1047 (in Russian). DOI: 10.24412/2312-2935-2024-1-1025-1047
7. Arbatskiy M. S. Economic burden of some age-associated diseases. *Problems of geroscience. [Problemy geronauki]*. 2023;1:51—57 (in Russian). DOI: 10.37586/2949-4745-1-2023-51-57
8. Moiseenko V. E., Kochorova L. V., Karpova G. A., Pavlovsky A. V., Popov S. A., Dodonova I. V., Grishin S. Yu., Granov D. A. Assessment of the socio-economic burden of pancreatic cancer in a metropolis using St. Petersburg as an example. *Medical almanac. [Medicinskij al'manah]*. 2021;3(68):57—65 (in Russian).
9. Kolbin A. S., Kasimova A. R., Balykina Yu. E., Proskurin M. A. Socio-economic burden of age-related diabetic retinopathy and diabetic macular edema in the Russian Federation. *Pharmacoeconomics: theory and practice. [Farmakoekonomika: teoriya i praktika]*. 2022;10(4):17—21 (in Russian). DOI: 10.30809/phe.4.2022.3
10. Guryanova, N.E., Ivanova M. A. Age and gender characteristics of patients with diseases of the digestive system and the reasons for their seeking medical care. *Modern problems of health care and medical statistics [Sovremennye problemy zdravoohraneniya i medicinskoj statistiki]*. 2022;1:337—351 (in Russian). DOI: 10.24412/2312-2935-2022-1-337-351
11. Balashova ME, Shemetova GN, Bairamukova AK, Shmeleva MM, Dokhmila DV Gender-specific features of the course of some diseases of internal organs. *Modern problems of science and educa-*

- tion. [Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya]. 2023;3:99 (in Russian). DOI: 10.17513/spno.32574
12. Drapkina OM, Kim OT. Sex and gender differences in health and disease. Part II. Clinical and medical-social. *Cardiovascular therapy and prevention. [Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika]*. 2023;22(12):176—186 (in Russian). DOI: 10.15829/1728-8800-2023-3831
  13. Sagaydak O. V., Oshchepkova E. V., Chazova I. E. Gender differences in the provision of medical care for acute coronary syndrome. Analysis of data from the Federal Registry of Acute Coronary Syndrome for 2016—2019. *Therapeutic archive. [Terapevticheskiy arhiv]*. 2022;94(7):797—802 (in Russian). DOI: 10.26442/00403660.2022.07.201732
  14. Daikhes N. A., Vladimirova T. Yu., Bulgakova S. V., Sapozhnikov Ya. M., Machalov A. S., Kuznetsov A. O., Kurenkov A. V., Martynova A. B. Comprehensive assessment of the rehabilitation results of older patients with chronic sensorineural hearing loss. *Saratov Scientific Medical Journal. [Saratovskij nauchno-medicinskiy zhurnal]*. 2021;17(4):691—696 (in Russian).
  15. Toshpulatova D., Nurmukhamedova F. Quality of life of patients with mild sensorineural hearing loss. *Prospects for the Development of Medicine. [Perspektivy razvitiya mediciny]*. 2023;1(1):527—528 (in Russian).
  16. Zhuravlev A. S. Quality of life in adults with hearing loss: social aspects. *Sociology of Medicine. [Sociologiya mediciny]*. 2021;20(1):81—88 (in Russian). DOI: 10.17816/1728-2810-20-1-83
  17. Golovanova L. E., Ogorodnikova E. A., Lapteva E. S., Boboshko M. Yu. Age-related aspects of the quality of life of patients with hearing impairment. *Advances in Gerontology. [Uspekhi gerontologii]*. 2020;33(5):885—892 (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 09.09.2024; одобрена после рецензирования 30.10.2024; принята к публикации 18.11.2024.

The article was submitted 09.09.2024; approved after reviewing 30.10.2024; accepted for publication 18.11.2024.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.017

## Вопросы организации лекарственного обеспечения детей, получавших лечение с помощью фонда «Круг добра», по достижении ими совершеннолетия

Илья Александрович Комаров<sup>1✉</sup>, Анаит Казаровна Геворкян<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>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

<sup>1</sup>iliya\_komarov@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-1518-184X>

<sup>2</sup>GevorkyanAK@rmapo.ru, <http://orcid.org/0000-0002-2731-1349>

**Аннотация.** В 2021 году в Российской Федерации Указом Президента Российской Федерации был создан Фонд поддержки детей в возрасте от 0 до 18 лет с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра». Согласно Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение в соответствии с порядком приобретения лекарственных препаратов и медицинских изделий для конкретного ребенка с тяжелым жизнеугрожающим или хроническим заболеванием, в том числе редким (орфанным) заболеванием, либо для групп таких детей, установленным Правительством Российской Федерации. Отмечая безусловную целесообразность создания Фонда, необходимо ставить вопрос об организации лекарственного обеспечения детей, получавших лечение с помощью фонда «Круг добра», по достижении ими совершеннолетия. В настоящей статье проанализированы имеющиеся подходы к такой организации лекарственного обеспечения, а также представлены возможные предложения, направленные на усовершенствование данного процесса.

**Ключевые слова:** редкие болезни, орфанные лекарственные препараты, дети, фонд «Круг добра», лекарственное обеспечение, здравоохранение, Программа государственных гарантий.

**Для цитирования:** Комаров И. А., Геворкян А. К. Вопросы организации лекарственного обеспечения детей, получавших лечение с помощью фонда «Круг добра», по достижении ими совершеннолетия // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 110—115. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.017.

Original article

## Issues of organizing medicine provision for children who received treatment with the help of the “Circle of kindness” foundation upon their reach of majority

Ilya A. Komarov<sup>1\*</sup>, Anait K. Gevorkyan<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>FGBOU DPO RMANPE of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>iliya\_komarov@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-1518-184X>

<sup>2</sup>GevorkyanAK@rmapo.ru, <http://orcid.org/0000-0002-2731-1349>

**Annotation.** In 2021, in the Russian Federation, by Decree of the President of the Russian Federation, the “Circle of Good” Fund was created to support children aged 0 to 18 years with severe life-threatening and chronic diseases, including rare (orphan) diseases. According to the Program of State Guarantees for the free provision of medical care to citizens, financial support is provided from federal budget allocations in accordance with the procedure for purchasing medicines and medical products for a specific child with a serious life-threatening or chronic disease, including a rare (orphan) disease, or for groups of such children established by the Government of the Russian Federation. Noting the absolute feasibility of creating the Fund, it is necessary to raise the issue of organizing drug provision for children who received treatment with the help of the “Circle of Good” Foundation when they reach adulthood. This article analyzes the existing approaches to this organization, and also presents possible proposals aimed at improving this process.

**Keywords:** rare diseases, orphan drugs, children, Circle of Good Foundation, drug supply, healthcare, State Guarantee Program.

**For citation:** Komarov I. A., Gevorkyan A. K. Issues of organizing medicine provision for children who received treatment with the help of the “Circle of kindness” foundation upon their reach of majority. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2024;(4):110–115. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.017.

### Введение

В 2021 году в Российской Федерации Указом Президента Российской Федерации от 5 января

2021 г. № 16 «О создании Фонда поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра» был создан Фонд под-

**91**

заболеваний  
Из них:  
76 заболеваний в Перечне заболеваний Фонда  
14 заболеваний по программе "14 ВЗН"  
(муковисцидоз с различными препаратами находится в обоих списках)

**24 080**

детей, которым помощь оказана или будет оказана на основании одобренных заявок  
Из них:  
9 111 детей, получивших помощь по индивидуальным заявкам  
14 969 детей по программе "14 ВЗН"

**220 млрд**

На такую сумму заключены контракты и договоры на медицинскую помощь, покупку лекарственных препаратов и медизделий. Из них:  
31 млрд в 2021 г.  
61 млрд в 2022 г.  
121 млрд в 2023 г.  
—  
Из них:  
20 999 885,50 тыс. рублей по программе "14 ВЗН"

**104**

Количество лекарственных препаратов, медицинских изделий и технических средств реабилитации  
Из них:  
68 лекарственных препаратов, мед. изделий и ТСР в Перечнях для закупок №1 и №2  
39 лекарственных препаратов по программе "14 ВЗН"  
(канакинумаб, соматропин и эверолимус находятся в двух Перечнях)

Сведения с интернет-сайта фонда «Круг добра» по состоянию на 29.02.2024.

держки детей в возрасте от 0 до 18 лет с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра». Согласно Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение в соответствии с порядком приобретения лекарственных препаратов и медицинских изделий для конкретного ребенка с тяжелым жизнеугрожающим или хроническим заболеванием, в том числе редким (орфанным) заболеванием, либо для групп таких детей, установленным Правительством Российской Федерации<sup>1</sup>.

По состоянию на 29 февраля 2024 г. по данным сайта Фонда более 24 000 детей получили или получат необходимую помощь (рисунок 1).

Отмечая безусловную целесообразность создания Фонда, необходимо ставить вопрос об организации лекарственного обеспечения детей, получавших лечение с помощью фонда «Круг добра», по достижении ими совершеннолетия. При этом необходимо учитывать особенности организации финансирования лекарственного обеспечения в нашей стране [1—6]. В настоящей статье проанализированы имеющиеся подходы к организации лекарственного обеспечения детей, получавших лечение с помощью фонда «Круг добра», по достижении ими совершеннолетия, а также представлены возможные предложения, направленные на усовершенствование данного процесса.

**Цель исследования** — анализ организации лекарственного обеспечения детей, получавших лечение с помощью фонда «Круг добра», по достижении ими совершеннолетия.

### Материалы и методы

Проанализировано нормативно-правовое регулирование организации медицинской помощи пациентам с редкими заболеваниями в Российской

Федерации<sup>2</sup>. Изучены публикации ведущих экспертов в изучаемой области, в которых даны предложения в области совершенствования организации лекарственного обеспечения детей, получавших лечение с помощью фонда «Круг добра», по достижении ими совершеннолетия.

При этом важно отметить, что в настоящее время решен вопрос по организации необходимого лекарственного обеспечения детей, подопечных фонда «Круг добра», до достижения ими 19-летнего возраста. В 2023 г. новым Указом Президента РФ были внесены изменения в Указ Президента Российской Федерации от 5 января 2021 г. N 16 «О создании Фонда поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра», согласно которым «обеспечение ... поддержки осуществляется в течение одного года после достижения этими детьми возраста 18 лет, в случае если до достижения указанного возраста они получали такую поддержку в рамках деятельности Фонда».

### Результаты

#### *Нормативно-правовое регулирование организации лекарственного обеспечения при редких заболеваниях. Федеральный уровень*

Поскольку по достижении 19-летнего возраста заканчивается обеспечение необходимой лекарственной терапией с помощью фонда «Круг добра», для продолжения данного обеспечения требуется, чтобы заболевание, которым страдает пациент, входило в определенный перечень или сам пациент имел определенную льготную категорию, например инвалидность первой группы. При этом в ряде случаев помимо всего прочего требуется, чтобы орфанный лекарственный препарат, показанный для лечения редкого заболевания, входил в нужный перечень лекарственных препаратов.

Так, в случае, если редкое заболевание входит в перечень «высокозатратных нозологий», необходи-

<sup>1</sup> Постановление Правительства РФ от 28.12.2023 N 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов». Доступно по ссылке: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202312290105> (дата обращения: 29.01.2024).

<sup>2</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Доступно по ссылке: <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения: 29.01.2024).

Таблица 1

**Лекарственные препараты, которыми обеспечиваются больные гемофилией в рамках лекарственного обеспечения «высокозатратных нозологий» (по состоянию на 05.03.2024)**

Код АТХ	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация (АТХ)	Лекарственные формы
V	кровь и система кроветворения	
B02	гемостатические средства	
B02B	витамин К и другие гемостатики	
B02BD	факторы свертывания крови	антиингибиторный коагулянтный комплекс мороктоког альфа нонаког альфа октоког альфа симоктоког альфа фактор свертывания крови VIII фактор свертывания крови VIII + фактор Виллебранда фактор свертывания крови IX эптаког альфа (активированный) эфмороктоког альфа эмицизумаб
B02BX	другие системные гемостатики	

мое лекарственное обеспечение взрослых пациентов будет осуществляться за счет средств федерального бюджета. В данном случае закупки лекарственных препаратов осуществляются для лечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта — Прауэра), лиц после трансплантации органов и (или) тканей.

При этом важно отметить, что для того, чтобы орфанный лекарственный препарат был закуплен за счет средств, предназначенных для лечения «высокозатратных нозологий», он должен быть включен в список лекарственных препаратов, утвержденный Распоряжением Правительства РФ от 12.10.2019 N 2406-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи». Например, в нем содержатся следующие лекарственные препараты для обеспечения больных гемофилией (таблица 1).

*Нормативно-правовое регулирование организации лекарственного обеспечения при редких заболеваниях. Региональный уровень*

При этом нормативно-правовыми актами также закреплено предоставление необходимой лекарственной терапии пациентам с редкими заболеваниями за счет средств субъектов РФ. Для этого было принято Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 N 890 (ред. от 14.02.2002) «О го-

сударственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения». Во-первых, в данном Постановлении выделены группы населения с указанием для каждой перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения, которыми соответствующие пациенты будут обеспечиваться за счет средств региональных бюджетов. В частности, инвалиды I группы, неработающие инвалиды II группы имеют право на получение всех лекарственных средств в соответствии с медицинскими показаниями.

Во-вторых, в данном нормативно-правовом документе отмечены категории заболеваний с указанием для каждой определенных групп лекарственных препаратов или всех лекарственных препаратов, необходимых для лечения соответствующего заболевания или категории заболеваний.

Кроме того, за счет средств субъектов РФ организуется лекарственное обеспечение пациентов с редкими заболеваниями, входящими в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или к их инвалидности. В настоящий момент в данный список входят следующие заболевания:

- Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели)
- Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса)
- Дефект в системе комплемента
- Преждевременная половая зрелость центрального происхождения
- Нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, другие виды гиперфенилаланинемии)
- Тирозинемия
- Болезнь «кленового сиропа»
- Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (изовалериановая ацидемия, метилмалоновая ацидемия, пропионовая ацидемия)
- Нарушения обмена жирных кислот
- Гомоцистинурия
- Глютарикацидурия
- Галактоземия
- Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), Нимана-Пика
- Острая перемежающаяся (печеночная) порфирия
- Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона)
- Незавершенный остеогенез
- Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная)

Важно отметить, что для организации лекарственного обеспечения при данных заболеваниях не существуют ограничительного списка орфанных лекарственных препаратов.

*Нормативно-правовое регулирование организации лекарственного обеспечения при редких заболеваниях. Обязательное медицинское страхование*

Использование средств обязательного медицинского страхования (ОМС) для обеспечения лекарственными препаратами больных редкими заболеваниями возможно в следующих случаях:

- при оказании медицинской помощи в стационарных условиях;
- при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара.

При этом важно отметить, что при использовании средств ОМС для обеспечения больных орфанными лекарственными препаратами на период лечения в условиях стационара или дневного стационара возникают проблемы, связанные с их высокой стоимостью, бюджетными ограничениями и различными организационными сложностями.

Также средства ОМС могут быть использованы, когда пациентам с редкими заболеваниями требуется госпитализация в дневной или круглосуточный стационар с целью введения орфанных лекарственных препаратов, закупленных за счет средств других бюджетов, не ОМС. В таком случае, используется соответствующая клинко-статистическая группа (КСГ), отражающая только введение лекарственных препаратов. В соответствии с недавно изданным Письмом ФФОМС от 07.02.2024 N 00-10-26-2-06/2222 «О разъяснении порядка оплаты за счет средств ОМС медицинской помощи по введению медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением лекарственных препаратов, приобретенных пациентом или его представителем за счет личных средств)» «в части введения предоставленных пациентом лекарственных препаратов при лечении пациентов с установленным диагнозом, не относящимся к онкологическим и онкогематологическим диагнозам, сообщаем, что модель КСГ предусмотрен механизм выделения подгрупп в составе базовых КСГ, в том числе путем выделения дополнительно установленных классификационных критериев, связанных с введением предоставленных пациентом лекарственных препаратов. Так, в рамках базовых КСГ решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования возможно выделение подгрупп КСГ, связанных исключительно с введением предоставленных пациентом лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется за счет соответствующих бюджетов, с установлением коэффициентов относительной затратно-эффективности подгрупп и последующей оплатой за счет средств обязательного медицинского страхования».

При этом если редкое заболевание, которым страдает пациент, не входит в необходимый перечень или требуемый орфанный лекарственных препаратов не включен в нужный список, а сам пациент

не имеет определенных льготных категорий, встает вопрос о том, за счет какого бюджета и на каком нормативно-правовом основании будет организовано необходимое лекарственное обеспечение.

Обозначенные проблемы подтверждает в частности обращение Фонда помощи больным спинальной мышечной атрофией (СМА) «Семья СМА» в Госдуму в связи с проблемами лечения взрослых пациентов со СМА. Письмо направила директор фонда Ольга Германенко руководителю экспертного совета по редким (орфанным) заболеваниям при комитете Думы по охране здоровья Александру Румянцеву. Фонд пишет о необходимости обеспечить взрослым пациентам доступ к эффективным методам лечения, в числе которых патогенетическая терапия дорогостоящими препаратами ридиплам и нусинерсен: из 264 россиян со СМА старше 19 лет каждый третий не получает лечения. Большинству пациентов, обеспеченных лекарствами, пришлось добиваться их через суды, без разбирательств препараты выдают только в Санкт-Петербурге и Московской области, утверждает Германенко<sup>3</sup>.

*Возможные предложения по совершенствованию*

Главный внештатный специалист по медицинской генетике Минздрава России академик Сергей Иванович Куцев 10 октября 2023 г. выступал с инициативой создания аналога фонда «Круг добра» для взрослых с редкими генетическими заболеваниями<sup>4</sup>.

В свою очередь новую схему обеспечения взрослых пациентов дорогостоящими инновационными препаратами предложил Правительству Всероссийский союз пациентов (ВСП). Как отмечают эксперты, «для людей до 19 лет с тяжелыми заболеваниями сейчас есть отдельный механизм получения таких лекарств — закупки государственного фонда «Круг добра». Но затем пациенты, которые выходят из-под опеки фонда, вынуждены даже судиться, чтобы региональные власти закупили им жизненно необходимое лекарство. ВСП предлагает создать для взрослых отдельную структуру, которая бы работала по аналогии с «Кругом добра»<sup>5</sup>.

При этом важно отметить, что руководители самого Фонда также предлагают решение сложившейся проблемы. Так, фонд «Круг добра» подготовил и направил расчеты федеральному правительству по постепенному увеличению возраста получателей помощи по достижении ими совершеннолетия. Об этом заявил глава фонда «Круг добра» протоиерей Александр Ткаченко. Так, фонд предлагает постепенный переход по увеличению возраста пациентов «Круга добра». Однако, чтобы продлить сроки оказания помощи выросшим пациентам, нужны изменения в законе. Кроме того, он отметил, что у «Кру-

<sup>3</sup> <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2024/02/21/1021442-vzroslye-patsienti-so-sma-pozhalovalis-na-otsustvie-lecheniya>

<sup>4</sup> <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2024/02/21/1021442-vzroslye-patsienti-so-sma-pozhalovalis-na-otsustvie-lecheniya>

<sup>5</sup> <https://vspru.ru/association/rukovodstvo-vsp/zhulev/2024/02/12022024-orfannoe-radio-dlia-vzroslykh-s-redkimi-bolezniami-mogut-sozdat-svoy-fond>

га добра» должны быть «свободные» средства, не распланированные на обеспечение подопечных фонда. «Иначе «Круг добра» не сможет расширять перечни для закупок, и брать на себя ответственность за лечение новых пациентов, уже не только детей, но и тех, кто достиг совершеннолетия, но нуждается в терапии, которую способен оказывать «Круг добра»<sup>6</sup>.

### Обсуждение

Вопросы организации лекарственного обеспечения детей, получавших необходимую терапию за счет фонда «Круг добра», по достижении ими 19-летнего возраста являются существенными и требующими внедрения новых подходов на нормативно-правовом уровне. Текущая система лекарственного обеспечения позволяет получать необходимую помощь только части пациентам и в зависимости от диагноза, степени инвалидности, наличия необходимого орфанного лекарственного препарата в ограничительном списке и других аспектов. При этом если требуемые условия не будут удовлетворены, пациенты останутся без необходимого лечения. В результате возникает угроза жизни для таких пациентов.

Имеет смысл законодательно закрепить выделенный бюджет для организации лекарственного обеспечения детей, получавших необходимую терапию за счет фонда «Круг добра», по достижении ими 19-летнего возраста. Возможно применение схожего подхода, существующего для Фонда, когда используются доходы федерального бюджета, поступающие за счет налоговой ставки по налогу на доходы физических лиц в размере 15% в отношении превышающих 5 млн рублей в год части дохода физического лица.

Для организации лекарственного обеспечения взрослых возможно установить прогрессивную налоговую шкалу. Например, для физических лиц с годовым доходом более 10 млн рублей установить соответствующий налог в размере 17%. При этом ожидаемые поступления в бюджет также имеет смысл сделать целевыми, т. е. предусмотреть возможность их использования только для организации лекарственного обеспечения детей, получавших необходимую терапию за счет фонда «Круг добра», по достижении ими 19-летнего возраста.

### Заключение

Организация лекарственного обеспечения детей, получавших необходимую терапию за счет фонда «Круг добра», по достижении ими 19-летнего возраста, требует скорейшего решения. От того, насколько быстро будет решена данная проблема зависит значение одного из целевых показателей национального проекта «Здравоохранение» — снижение смертности населения трудоспособного возраста. Имеющиеся возможности в текущем нормативно-правовом поле решают данный вопрос только

для части пациентов и не могут служить решением для всех больных. Требуется внедрение нового подхода с выделенным целевым бюджетом, подходящим для организации лекарственного обеспечения всех детей, получавших необходимую терапию за счет фонда «Круг добра», по достижении ими 19-летнего возраста.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Комаров И. А., Соколов А. А., Александрова О. Ю. Проблемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам, страдающим редкими заболеваниями. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2019;(7—8):63—72. DOI: 10.26347/1607-2502201907-08063-072
2. Комаров И. А., Александрова О. Ю., Нагибин О. А. Современная организация лекарственного обеспечения льготных категорий граждан. Федеральные и региональные особенности. *Менеджер здравоохранения*. 2019;(5):53—60.
3. Комаров И. А., Малахова А. Р., Васильева Т. П. и др. Социально-экономическая эффективность проведения неонатального скрининга на спинальную мышечную атрофию в Российской Федерации. *Нервно-мышечные болезни*. 2023;13(3): 25—32. DOI: 10.17650/2222-8721-2023-13-3-25-32
4. Куликов А. Ю., Комаров И. А. Фармакоэкономический анализ лекарственного средства Бейодайм (пертузумаб + трастузумаб [набор]) в лечении метастатического рака молочной железы у больных с HER2+ формой заболевания. *Фармакоэкономика: теория и практика*. 2015;3(2):32—9.
5. Куликов А. Ю., Комаров И. А. Фармакоэкономическое исследование применения бронхорасширяющих средств группы М-холиноблокаторов (Спирива® и Атровент®) в лечении хронической обструктивной болезни легких. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2012;(3):20—6.
6. Куликов А. Ю., Комаров И. А. Анализ эффективности применения церебролизина при терапии острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу на основе оценки реальной клинической практики в условиях РФ. *Современная организация лекарственного обеспечения*. 2013;(2):31—7.

### REFERENCES

1. Komarov I. A., Sokolov A. A., Aleksandrova O. Yu. Issues of high-technology medical service providing for patients with orphan diseases. *Health care Standardization Problems. [Problemy standartizacii v zdravooxranenii]*. 2019;(7—8):63—72 (in Russian). DOI: 10.26347/1607-2502201907-08063-072
2. Komarov I. A., Aleksandrova O. Yu., Nagibin O. A. Current organization of drug maintenance for certain patient groups. Role of drug lists. *Healthcare Manager. [Menedzher zdravooxraneniya]*. 2019;(5):53—60 (in Russian).
3. Komarov I. A., Malakhova A. R., Vasilyeva T. P. et al. Socioeconomic efficiency of neonatal screening for spinal muscular atrophy in the Russian Federation. *Neuromuscular Diseases. [Nervno-myshechnye bolezni]*. 2023;13(3):25—32 (in Russian). DOI: 10.17650/2222-8721-2023-13-3-25-32
4. Kulikov A. Yu., Komarov I. A. Pharmacoeconomic analysis of the drug Beyodaime (pertuzumab + trastuzumab [set]) in the treatment of metastatic breast cancer in patients with the HER2+ form of the disease. *Pharmacoeconomics: Theory and Practice. [Farmakoekonomika: teoriya i praktika]*. 2015;3(2):32—9 (in Russian).
5. Kulikov A. Yu., Komarov I. A. Pharmacoeconomic study of the use of bronchodilators of the M-anticholinergic group (Spiriva® and

<sup>6</sup> <https://rg.ru/2024/02/28/krug-dobra-predlagaet-velichit-voznrast-podopechnyh-fonda-i-pomogat-vzroslym.html>

Atrovent®) in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *Pharmacoeconomics. Modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology. [Farmakoeconomika. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya]*. 2012;(3):20—6 (in Russian).

6. Kulikov A. Yu., Komarov I. A. Analysis of the effectiveness of the use of Cerebrolysin in the treatment of acute ischemic cerebrovascular accident based on an assessment of real clinical practice in the Russian Federation. *Modern Organization of Drug Supply. [Sovremennaya organizatsiya lekarstvennogo obespecheniya]*. 2013;(2):31—7 (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 09.07.2024; одобрена после рецензирования 22.08.2024; принята к публикации 18.11.2024.  
The article was submitted 09.07.2024; approved after reviewing 22.08.2024; accepted for publication 18.11.2024.

Научная статья

УДК 614.2; 615.065

doi:10.69541/NRIIPH.2024.04.018

## Разработка и экспертная оценка мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в субъектах Российской Федерации

Жанна Владимировна Хайлова<sup>1✉</sup>, Виталий Владимирович Омеляновский<sup>2</sup>,  
Илья Александрович Михайлов<sup>3</sup>, Юрий Игоревич Комаров<sup>4</sup>,  
Александра Алексеевна Слабикова<sup>5</sup>, Сергей Анатольевич Иванов<sup>6</sup>,  
Андрей Дмитриевич Каприн<sup>7</sup>

<sup>1,6,7</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Обнинск, Российская Федерация;

<sup>2,3,5</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи», г. Москва, Российская Федерация;

<sup>1,2,3</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Российская Федерация;

<sup>2,3</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

<sup>2</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский финансовый институт Министерства финансов Российской Федерации», Настасьинский переулок, г. Москва, Российская Федерация;

<sup>4</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н. Н. Петрова Министерства здравоохранения Российской Федерации», г. Москва, Российская Федерация;

<sup>4</sup>Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский университет ИТМО», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;

<sup>7</sup>Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», г. Москва, Российская Федерация

<sup>1</sup>1977zhanna@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3258-0954>

<sup>2</sup>office@rosmedex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1581-0703>

<sup>3</sup>mikhailov@rosmedex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8020-369X>

<sup>4</sup>center.petrova@niioncologii.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3256-0451>

<sup>5</sup>slabikova@rosmedex.ru, <https://orcid.org/0009-0001-7817-5180>

<sup>6</sup>mnioi@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7689-6032>

<sup>6</sup>mnioi@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8784-8415>

**Аннотация.** Исследование проводилось методом экспертного опроса по разработанной анкете, которая состояла из 5 основных частей. В исследование было включено 118 специалистов в области организации здравоохранения, осуществляющих организационно-методическую деятельность на уровне медицинских организаций и субъектов Российской Федерации с опытом работы на руководящих должностях не менее 5 лет. Средний коэффициент компетентности экспертов составил 0,78 и 0,80. Для вопросов с количественными оценками в баллах рассчитывался коэффициент согласованности Кендалла (W), оценка статистической значимости различий между ответами экспертов проводилась с помощью непараметрического критерия Фридмана, оценка внутренней согласованности экспертной анкеты и ее разделов проводилась при помощи коэффициента альфа Кронбаха ( $\alpha$ ). Разработанная анкета обладала высокой степенью согласованности (коэффициент альфа Кронбаха  $\alpha=0,909$  —  $\alpha=0,917$ ). Основные параметры, отражающие результативность онкологической помощи, представляли для респондентов высокую значимость, при этом результаты ключевых показателей определялись преимущественно достигнутыми, а результаты мероприятий — частично выполненными. В ходе опроса были сформулированы предложения о внедрении новых показателей, в частности, характеризующих лекарственное обеспечение и эффективность проведения диагностических исследований. Для совершенствования организационной структуры онкологической службы были определены следующие направления: 1) развитие телемедицинских технологий, систем поддержки принятия врачебных решений и систематического сбора расширенного набора клинических данных; 2) оптимизация маршрутизации пациентов с онкологическими заболеваниями. Для совершенствования лекарственного обеспечения были сформулированы следующие предложения: 1) контроль соответствия лекарственной терапии клиническим рекомендациям, в том числе мониторинг назначения таргетных препаратов по результатам молекулярно-генетических исследований; 2) увеличение количества проведенных молекулярно-генетических исследований при назначении таргетных противоопухолевых лекарственных препаратов; 3) увеличение «объемных» характе-

ристик лекарственного обеспечения пациентов со ЗНО — повышение доступности за счет увеличения закупок лекарственных препаратов; 4) повышение «эффективных» характеристик лекарственного обеспечения пациентов со ЗНО — за счет приоритетного обеспечения препаратами с большей эффективностью. Для совершенствования организации немедикаментозных опций терапии пациентам онкологического были сформированы следующие предложения: 1) увеличение хирургической активности в отношении пациентов со ЗНО — повышение доступности оперативных вмешательств за счет увеличения объемов медицинской помощи; 2) мониторинг «полноты» использования закупаемого оборудования для лучевой терапии (мониторинг нагрузки на оборудование и использования только для пациентов со ЗНО); 3) увеличение объемов выполняемой лучевой терапии пациентам со ЗНО. Согласованность экспертных мнений для всех показателей, мероприятий и предложений была низкой ( $W < 0,3$ ). Гетерогенность мнений специалистов подчеркивает сложность и комплексность вопросов оказания онкологической помощи, влияние множества факторов на подходы к ее организации в субъектах Российской Федерации. Разработанные мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями и результаты их экспертной оценки могут быть использованы для повышения эффективности управления здравоохранением как в рамках стратегического планирования на федеральном уровне при планировании и разработке государственных проектов и программ, так и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан при планировании и разработке региональных проектов.

**Ключевые слова:** управление здравоохранением, онкологические заболевания, национальные проекты, федеральные проекты, оказание медицинской помощи, организация оказания медицинской помощи.

**Для цитирования:** Хайлова Ж. В., Омеляновский В. В., Михайлов И. А., Комаров Ю. И., Слабикова А. А., Иванов С. А., Каприн А. Д. Разработка и экспертная оценка мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в субъектах Российской Федерации // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 117—126. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.018.

## Original article

### Development and expert evaluation of measures to improve the organization of medical care for patients with oncological diseases in regions of the Russian Federation

Zhanna V. Khailova<sup>1</sup>✉, Vitaly V. Omelyanovsky<sup>2</sup>, Ilya A. Mikhailov<sup>3</sup>, Yuri I. Komarov<sup>4</sup>, Alexandra A. Slabikova<sup>5</sup>, Sergey A. Ivanov<sup>6</sup>, Andrey D. Kaprin<sup>7</sup>

<sup>1, 6, 7</sup>National Medical Research Radiological Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation, Obninsk, Russian Federation; <sup>2, 3, 5</sup>Center of Expertise and Quality Control of Healthcare of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation;

<sup>1, 2, 3</sup>Russian Medical Academy for Continuous Professional Education, Moscow, Russian Federation;

<sup>2, 3</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

<sup>2</sup>Financial Research Institute of the Ministry of Finance of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation;

<sup>4</sup>National Medical Research Centre of Oncology named after N.N.Petrov of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation;

<sup>4</sup>ITMO University, St. Petersburg, Russian Federation;

<sup>7</sup>Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>1977zhanna@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3258-0954>

<sup>2</sup>office@rosmedex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1581-0703>

<sup>3</sup>mikhailov@rosmedex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8020-369X>

<sup>4</sup>center.petrova@niiioncologii.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3256-0451>

<sup>5</sup>slabikova@rosmedex.ru, <https://orcid.org/0009-0001-7817-5180>

<sup>6</sup>mnioi@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7689-6032>

<sup>6</sup>mnioi@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8784-8415>

**Annotation.** The objective of the study was to develop an index of innovative readiness of the environment for the implementation of innovative technologies at the level of a healthcare organization. The following materials were used: legislation in the field of healthcare, including compulsory medical insurance: federal laws of the Russian Federation, decrees of the Government of the Russian Federation, orders of the Ministry of Health of Russia, and other methodological materials. Foreign and domestic scientific publications devoted to the implementation of innovative medical technologies in healthcare organizations were also used. Factors and parameters that determine the readiness of the environment of a healthcare organization for the implementation of certain medical technologies were extracted from regulatory legal acts and scientific publications in a structured form. Criteria for a comprehensive analysis of the possibility of implementing an innovative medical technology in a healthcare organization, combined into 8 main blocks, on key aspects of assessing the regional healthcare system in terms of implementing innovations: sufficient qualifications and motivation (interest) of personnel; readiness and interest of the management of the healthcare organization and the founder in implementing the innovative method; sufficient patient population for using the innovative method; availability of practical experience in using analogs of the innovative method in a healthcare organization; availability of the necessary equipment and/or drugs; availability of the necessary buildings and premises; preliminary assessment of the clinical and economic efficiency of implementing an innovative method in a medical organization; sufficiency of tariffs and volumes of medical care for the innovative method and its analogue (comparison method) in a medical organization. The environment of a medical organization is recognized as ready for implementing an innovative medical technology if the total number of points on the checklist is 8 or more points (there must be a «yes» answer to at least one item from each section of the checklist, +1 additional point for one more «yes» answer in any of the sections).

**Key words:** innovative technologies, healthcare management, medical organization, implementation of innovative medical technologies, clinical testing.

**For citation:** Khailova Zh.V., Omelyanovsky V.V., Mikhailov I.A., Komarov Yu. I., Slabikova A. A., Ivanov S. A., Kaprin A. D. Development and expert evaluation of measures to improve the organization of medical care for patients with oncological diseases in regions of the Russian Federation. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(4):117–126. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.018.

## Введение

На протяжении длительного времени наблюдается неуклонное усиление влияния онкологиче-

ских заболеваний на основные показатели здоровья населения, что представляет серьезный вызов для системы здравоохранения. По данным мировой

статистики в 2022 году по причине злокачественных новообразований (ЗНО) было зарегистрировано почти 20 млн новых случаев и 9,74 млн смертей. По расчетным данным ВОЗ, к 2045 году предполагается увеличение значений по обоим показателям почти в 2 раза<sup>1</sup>. В Российской Федерации онкологические заболевания также вносят существенный вклад в показатели смертности, составляя почти 15% случаев от всех причин. Лидирующие позиции среди прочих онкологических заболеваний приходятся на ЗНО трахеи, бронхов и легкого, органов желудочно-кишечного тракта (желудка, ободочной кишки, поджелудочной железы), молочной железы [1].

Немаловажным для системы здравоохранения является и экономическое бремя ЗНО, обусловленное как снижением количества населения трудоспособного возраста, так и обширными финансовыми затратами, необходимыми на организацию медицинской помощи: развитие инфраструктуры и материально-технической базы медицинских учреждений, организации профилактических и лечебных мероприятий для всего населения. Возрастает потребность и в обеспечении эффективными опциями терапии, в том числе инновационными лекарственными препаратами, стоимость которых зачастую очень высока, а терапевтическая польза не всегда оправдана [2].

Формирование мер по снижению смертности от онкологических заболеваний, а также оказание качественной медицинской помощи являются важными целями системы здравоохранения, для достижения которых уже на протяжении 5 лет в Российской Федерации реализуется федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями». В проекте представлены целевые показатели, комплексно отражающие различные направления организации онкологической службы: инфраструктурные, материально-технические, финансовые, оказание медицинских услуг<sup>2</sup> [3].

Для мониторинга качества оказываемой помощи пациентам с онкологическими заболеваниями необходима системная оценка эффективности проведенных мероприятий, выявление возможных проблем и нереализованных потребностей, а также формирование путей совершенствования оказания медицинской помощи по профилю «онкология».

Таким образом, целью данного исследования является разработка и проведение экспертной оценки мероприятий по совершенствованию организации

медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в субъектах Российской Федерации.

### Материалы и методы

Исследование проводилось с использованием разработанной ранее экспертной анкеты, направленной на формирование, экспертную оценку и приоритизацию предложений по совершенствованию организации оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями. Данная анкета состояла из 5 основных частей, включающих вопросы, посвященные оценке результативности основных показателей и мероприятий, и предложения, определяющие направления по оптимизации онкологической службы. Предложения по формированию новых показателей и мероприятий предполагали изменения в следующих областях: организационной структуры онкологической помощи в субъектах Российской Федерации, доступности лекарственного обеспечения и эффективности противоопухолевой лекарственной терапии, доступности и эффективности немедикаментозного лечения (лучевой терапии, радионуклидных и хирургических методов лечения).

В работе представлены результаты опроса специалистов в области организации здравоохранения, представляющих различные субъекты Российской Федерации. Первую группу экспертов составили организаторы здравоохранения, занимающие руководящие должности в медицинских организациях — главные врачи, их заместители, заведующие отделениями и структурными подразделениями. Опыт работы эксперта в качестве руководителя должен был составлять не менее 5 лет. Вторая группа была сформирована из организаторов здравоохранения, осуществляющих организационно-методическую деятельность на уровне субъектов Российской Федерации — главных внештатных специалистов, сотрудников органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан и сотрудников медицинских информационно-аналитических центров. Опыт работы на руководящей должности — не менее 5 лет. Экспертам предлагалось самостоятельно оценить уровень собственной компетенции от 0 до 1 балла, где 0 баллов означало минимальный балл и отсутствие требуемых компетенции по анализируемому вопросу, 1 — напротив, максимальный балл с уверенным уровнем знаний и компетенций. Пороговым значением уровня компетенции эксперта являлось 0,5 баллов.

Оценка степени согласованности шкал и мнений экспертов проводилась методами расчета коэффициента альфа Кронбаха ( $\alpha$ ) и коэффициента конкордации Кендалла ( $W$ ) соответственно. Значения коэффициента альфа Кронбаха  $\alpha \geq 0,8$  свидетельствовали о хорошей степени внутренней согласованности шкалы и считались приемлемыми в данном анализе. Для коэффициента Кендалла ( $W$ ), характеризующего степень согласованности мнений экспертов, значения  $W > 0,7$  определяли высокий уровень согласованности, а значения  $W < 0,3$  — напротив, низкий

<sup>1</sup> International Agency for Research on cancer. World Health Organisation. Cancer Today. Absolute numbers, Incidence and Mortality, Both sexes, in 2022 [Electronic resource]. URL: <https://gco.iarc.who.int/today/>. International Agency for Research on cancer. World Health Organisation. Cancer Tomorrow. Estimated number of deaths from 2022 to 2045, Both sexes, age [0-85+] [Electronic resource]. URL: <https://gco.iarc.who.int/today/>. International Agency for Research on cancer. World Health Organisation. Cancer Tomorrow. Estimated number of new cases from 2022 to 2045, Both sexes, age [0-85+] [Electronic resource]. URL: <https://gco.iarc.who.int/today/>.

<sup>2</sup> Паспорт федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями».

уровень согласованности. Приоритетность предлагаемых к внедрению показателей и мероприятий определялась по значениям итоговых баллов и наличием статистически значимых различий. Считалось, что показатели с минимальным значением итогового балла или не обладающие статистически значимыми различиями представляют наименьший интерес для экспертов и не могут быть рассмотрены в качестве рекомендаций к реализации.

### Результаты

Установлено, что каждый из представленных показателей продемонстрировал высокую важность, достоверность и возможность реализации, при этом из максимальных 15 баллов наибольший итоговый балл был получен по показателю «доля злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадиях» (12,69 балла и 12,37 балла в группе № 1 и группе № 2 соответственно), а наименьший — по показателю «доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением» (11,48 балла и 11,21 балла в группе № 1 и группе № 2 соответственно). Значения коэффициентов конкордации в каждой группе соответствовали низкому уровню согласованности ( $W < 0,3$ ). Все три показателя обладали статистической значимостью в обеих группах ( $p < 0,05$ ). Следует отметить, что показатель «удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более из общего числа больных со злокачественными образованиями, состоящих под диспансерным наблюдением» в обеих группах характеризовался достаточно высоким итоговым баллом, минимальным значением коэффициента Кендалла ( $W = 0,024$  и  $W = 0,012$  в группе № 1 и № 2 соответственно) и отсутствием статистически значимых различий ( $p = 0,1680$  и  $p = 0,586$  в группе № 1 и № 2 соответственно).

По результатам оценки текущих мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с ЗНО, реализуемых с 2018 года по настоящее время, установлено, что наиболее приоритетными и эффективными из них являлись централизация и увеличение диагностики онкологических заболеваний при расширении применения патоморфологических и лучевых методов, повышение оснащённости современным оборудованием и увеличение финансового обеспечения онкологической помощи, что характеризовалось высокими значениями итоговых баллов по соответствующим мероприятиям в группе № 1 и № 2 соответственно:

- «создание и функционирование референс-центров иммуногистохимических, патоморфологических и лучевых методов исследования» — 19,17 балла и 18,77 балла из максимальных 20 баллов;
- «финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями» — 18,47 балла и 18,88 балла из максимальных 20 баллов;

— «оснащение (переоснащение) современным медицинским оборудованием федеральных медицинских организаций, оказывающих помощь больным онкологического профиля» — 18,40 балла и 19,21 балла из максимальных 20 баллов;

— «оснащение (переоснащение) медицинским оборудованием региональных медицинских организаций, оказывающих помощь больным онкологическими заболеваниями (диспансеров/больниц)» — 18,08 балла и 18,44 балла из максимальных 20 баллов.

По всем рассмотренным параметрам степень согласованности экспертов в обеих группах была низкой ( $W < 0,3$ ) при наличии статистически значимых различий ( $p < 0,005$ ). Мероприятие по «реализации коммуникационного проекта, направленного на профилактику, раннее выявление и повышение приверженности к лечению онкологических заболеваний (работа с населением через СМИ)» с позиции организаторов здравоохранения, реализующих деятельность на всех уровнях оказания медицинской помощи, считалось одним из наиболее значимых (итоговые баллы для группы № 1 и группы № 2 составили 19,12 балла и 19,23 балла соответственно) при минимальном значении коэффициента конкордации ( $W = 0,040$  и  $W = 0,033$  соответственно). Однако степень статистической значимости показателя в обеих группах отличалась: в группе № 1 определялась статистическая значимость ( $p = 0,017$ ), а в группе № 2 — нет ( $p = 0,222$ ). Следует отметить, что результаты по двум другим мероприятиям также были статистически значимы в обеих группах, однако итоговые баллы составили менее 18.

Результаты экспертной оценки текущего состояния онкологической помощи отражены на рис. 1. Далее специалистам было предложено оценить степень достижения результатов по основным показателям и мероприятиям. Более 50% респондентов каждой экспертной группы посчитали выполненными следующие показатели: «доля злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадиях» ( $n = 46$  (61,3%) и  $n = 26$  (60,5%) в группе № 1 и № 2 соответственно), «удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более из общего числа больных со злокачественными образованиями, состоящих под диспансерным наблюдением» ( $n = 42$  (56%) и  $n = 22$  (51,2%) в группе № 1 и № 2 соответственно), «одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями (умерли в течении первого года с момента установления диагноза из числа больных, впервые взятых под диспансерное наблюдение в предыдущем году)» ( $n = 40$  (53,3%) и  $n = 24$  (55,8%) в группе № 1 и № 2 соответственно). Невыполнение вышерассмотренных показателей отмечалось менее, чем 12% специалистов в обеих группах.

В отношении проводимых мероприятий большинством экспертов отмечается частичное выполнение целевых значений, а наибольшая доля ответов, характеризующих достижение результатов, в обеих группах приходилась на мероприятия по

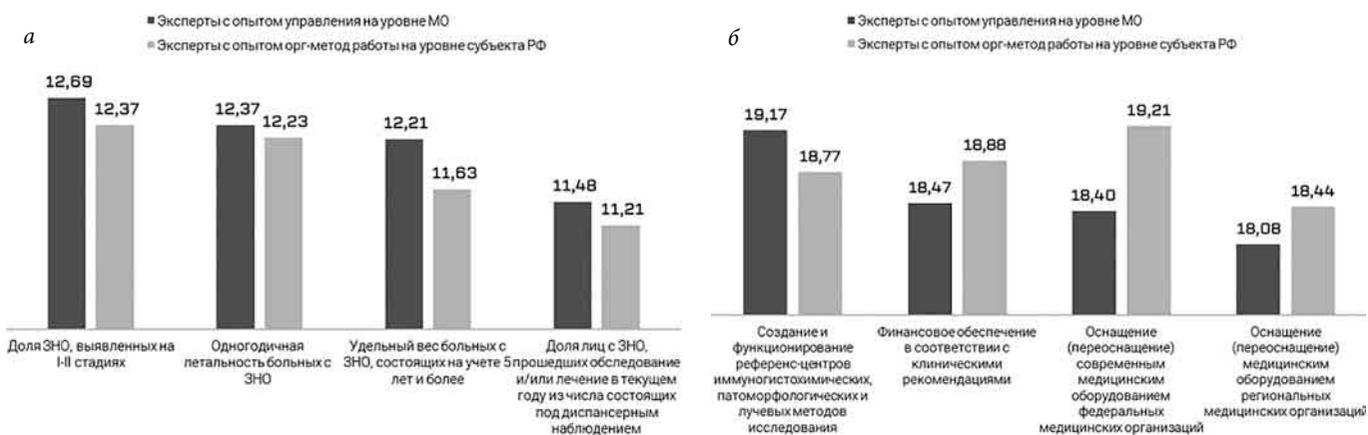


Рис. 1. Визуализация результатов экспертной оценки текущего состояния онкологической помощи.

а — результаты экспертной оценки текущих мероприятий; б — результаты экспертной оценки текущих мероприятий.

«организации центров амбулаторной онкологической помощи», «созданию и функционированию референс-центров иммуногистохимических, патоморфологических и лучевых методов исследований» и «оснащения (переоснащения) современным медицинским оборудованием федеральные медицинские организации, оказывающие помощь больным онкологического профиля», где достижение результата отмечалось в 34 (45,3%), 29 (38,7%) и 25 (33,3%) респондентами в группе № 1 и 19 (44,2%), 18 (41,9%) и 14 (32,6%) респондентами в группе № 2. Мероприятия по «реализации коммуникационного проекта, направленного на профилактику, раннее выявление и повышение приверженности к лечению онкологических заболеваний», отмеченные высокими баллами и степенью важности, по мнению более, чем 30% экспертов (n=23 (30,7%) и n=14 (32,6%) в группах № 1 и № 2 соответственно), считалось выполненными. По мероприятию «организация центров амбулаторной онкологической помощи» доля экспертов, отметивших достижение результата была наибольшей среди прочих. Результаты экспертной оценки степени достижения основных показателей и мероприятий представлены в таблицах 1 и 2.

Таким образом, рассмотренные показатели считаются экспертами значимыми и в большей степени достигнутыми, особенно те, что отражают увеличение выявляемости ЗНО на ранних стадиях и снижение смертности. В достижении целевых результатов по основным показателям организаторами здравоохранения особенно подчеркивалась важность совершенствования материально-технической базы, диагностических процессов, и повышения взаимодействия с населением посредством популяризации профилактических и терапевтических мероприятий, а также увеличение финансового обеспечения в соответствии с клиническими рекомендациями, что в совокупности позволяет повысить доступность и качество оказываемой онкологической помощи. Хотя на данный момент ни по одному из утвержденных мероприятий и показателей результат не был достигнут полностью, большинством экспертов все же отмечается стойкая тенденция к их реализации. Отмечаемая частичная реализация большинства мероприятий, по мнению специалистов, может быть ассоциирована с финансовыми, инфраструктурными и кадровыми рисками.

С учетом уже достигнутых результатов, специалистам было предложено оценить необходимость

Таблица 1

Результаты оценки степени достижения основных показателей, определенные специалистами в области организации здравоохранения

Параметр	Группа специалистов					
	организаторы здравоохранения на уровне медицинской организации			организаторы здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации		
	выполнено	частично выполнено	не выполнено	выполнено	частично выполнено	не выполнено
Доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением, количество ответов (%)	33 (44%)	41 (54,7%)	1 (1,3%)	19 (44,2%)	23 (53,5%)	1 (2,3%)
Доля злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадиях, количество ответов (%)	46 (61,3%)	28 (37,3%)	1 (1,3%)	26 (60,5%)	15 (34,9%)	2 (4,7%)
Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более из общего числа больных со злокачественными образованиями, состоящих под диспансерным наблюдением, количество ответов (%)	42 (56%)	28 (37,3%)	5 (6,7%)	22 (51,2%)	16 (37,2%)	5 (11,6%)
Одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями (умерли в течении первого года с момента установления диагноза из числа больных, впервые взятых под диспансерное наблюдение в предыдущем году), количество ответов (%)	40 (53,3%)	31 (41,3%)	4 (5,3%)	24 (55,8%)	15 (34,9%)	4 (9,3%)

Таблица 2

## Результаты оценки проведенных мероприятий, определенные специалистами в области организации здравоохранения

Параметр	Группа специалистов					
	организаторы здравоохранения на уровне медицинской организации			организаторы здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации		
	выполнено	частично выполнено	не выполнено	выполнено	частично выполнено	не выполнено
Введены в эксплуатацию и функционируют центры протонно-лучевой терапии	15 (20%)	39 (52%)	21 (28%)	12 (27,9%)	20 (46,5%)	11 (25,6%)
Завершено оснащение (перееоснащение) медицинским оборудованием региональных медицинских организаций, оказывающих помощь больным онкологическими заболеваниями (диспансеров/больниц)	12 (16%)	56 (74,7%)	7 (9,3%)	10 (23,3%)	28 (65,1%)	5 (11,6%)
Оснащены (перееоснащены) современным медицинским оборудованием федеральные медицинские организации, оказывающие помощь больным онкологического профиля	25 (33,3%)	47 (62,7%)	3 (4%)	14 (32,6%)	28 (65,1%)	1 (2,3%)
Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями	11 (14,7%)	51 (68%)	13 (17,3%)	6 (14%)	30 (69,8%)	7 (16,3%)
Организованы центры амбулаторной онкологической помощи	34 (45,3%)	35 (46,7%)	6 (8%)	19 (44,2%)	22 (51,2%)	2 (4,7%)
Реализован коммуникационный проект, направленный на профилактику, раннее выявление и повышение приверженности к лечению онкологических заболеваний	23 (30,7%)	46 (61,3%)	6 (8%)	14 (32,6%)	27 (62,8%)	2 (4,7%)
Созданы и функционируют референс-центры иммуногистохимических, патоморфологических и лучевых методов исследований	29 (38,7%)	37 (49,3%)	9 (12%)	18 (41,9%)	20 (46,5%)	5 (11,6%)

расширения перечня целевых показателей, а также мероприятий, направленных на их реализацию. Более половины опрошенных ( $n=66$  (56%) суммарно в обеих группах) считали данное решение целесообразным.

Отмечалась высокая важность предложения по «осуществлению мониторинга показателей, характеризующих лекарственное обеспечение пациентов с онкологическими заболеваниями», что определялось высокими итоговыми баллами — 11,61 и 11,63 в группе № 1 и № 2 соответственно. Данное предложение оценивалось как целесообразное к реализации, перспективное для повышения точности и достоверности мониторинга, и обладало статистически значимой разностью по сравнению с другими параметрами ( $p=0,00003$  и  $p=0,008$ ), однако степень согласованности экспертных мнений была низкой ( $W=0,140$  и  $W=0,112$  в группе № 1 и № 2 соответственно). Следующим предложением, отмеченным экспертами в обеих группах, было «осуществление мониторинга показателей, характеризующих эффективность проведения диагностических исследований (инструментальных, лабораторных (в том числе молекулярно-генетических), патолого-анатомических и иных исследований)». Хотя итоговый балл по данным предложениям был значительно меньше, по сравнению с другими предложениями (10,51 балла в первой группе и 10,33 балла — во второй), данный показатель обладал статистически значимыми различиями в обеих группах ( $p=0,0040$  и  $p=0,032$ ) при низкой согласованности экспертных мнений ( $W=0,074$  и  $W=0,080$  в группе № 1 и № 2 соответственно).

В группе № 1 высокими итоговыми баллами и наличием статистически значимых различий по сравнению с другими параметрами обладали такие предложения, как: «осуществление мониторинга показателей, характеризующих кадровое обеспечение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «онкология»» — 11,79

балла ( $W=0,068$ ,  $p=0,0061$ ), «выделение показателей, характеризующих эффективность противоопухолевой лекарственной терапии, хирургического лечения и лучевой терапии» — 10,91 балла ( $W=0,045$ ,  $p=0,0331$ ), «необходимость проведения исследований, обосновывающих клинико-экономическую эффективность реализации мероприятий» — 10,48 балла ( $W=0,079$ ,  $p=0,0027$ ). В группе № 2 данные предложения также характеризовались высокими значениями итоговых баллов, однако, в виду выраженной несогласованности экспертных мнений, статистическая значимость по всем показателям отсутствовала. Поэтому, с позиции организаторов здравоохранения, действующих на уровне субъектов Российской Федерации, данные предложения не могут быть рассмотрены в качестве результирующих при формировании национальных и федеральных программ или проектов в здравоохранении.

В обеих группах для предложений «осуществление мониторинга показателей, характеризующих ресурсную базу медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «онкология» (оборудование, расходные материалы, состояние зданий и т. д.)» и «необходимость показателей, отражающих эффективность расходования финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) по профилю «онкология»» несмотря на достаточно высокие значения итоговых баллов, значения коэффициента конкордации характеризовали низкую согласованность экспертных мнений и обладали наименьшими значениями (группа № 1:  $W=0,025$  и  $W=0,014$  соответственно, группа № 2:  $W=0,026$  и  $W=0,001$  соответственно) при отсутствии статистически значимых различий по сравнению с другими показателями (группа № 1:  $p=0,1482$  и  $p=0,348$  соответственно, группа № 2:  $p=0,330$  и  $p=0,978$  соответственно), в виду чего данные показатели рассмотрены не были. По остальным показателям, обладавшим статистической зна-

чимостью, суммарный итоговый балл составил менее 10,48 (группа № 1) и 10,33 (группа № 2).

Таким образом, в обеих группах наблюдалась необходимость расширения мониторируемых показателей, а среди предложенных, приоритетными были следующие:

- мониторинг показателей, характеризующих лекарственное обеспечение пациентов с онкологическими заболеваниями — 11,61 балла и 11,63 балла из максимальных 15 баллов;
- мониторинг показателей, характеризующих эффективность проведения диагностических исследований (инструментальных, лабораторных (в том числе молекулярно-генетических), патолого-анатомических и иных исследований) — 10,51 балла и 10,33 балла из максимальных 15 баллов.

Поскольку согласованность мнений экспертов для всех показателей была низкой ( $W < 0,3$ ) при отличающихся результатах оценки статистической значимости, при рассмотрении и внедрении выявленных приоритетных показателей рекомендуется предварительное проведение дополнительного опроса с привлечением большего количества респондентов.

Далее экспертами было предложено оценить отдельные предложения по формированию мероприятий, направленных на совершенствование оказания онкологической помощи. Данные направления включали, во-первых, оптимизацию инфраструктурной сети, в том числе путем создания единых центров, регламентирующих маршрутизацию пациентов. Более 60% экспертов в каждой группе оценили текущую систему маршрутизации онкологических пациентов оптимальной, но требующей незначительного совершенствования, в то время, как только 5% специалистов оценили систему маршрутизации оптимальной без необходимости доработки, а почти 30% опрошенных считают текущую маршрутизацию не оптимальной. Во-вторых, специалистами подчеркивалась важность совершенствования оказания помощи в отношении основных ЗНО, занимающих лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности: ЗНО молочной железы, ЗНО трахеи, бронхов и легкого, ЗНО ободочной кишки, рак предстательной железы, рак желудка, и рак прямой кишки. Отмечалась целесообразность развития направлений по совершенствованию ведения пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи междисциплинарными командами, а также оптимизации процессов диагностики и внедрения высокоэффективных препаратов посредством расширения использования молекулярно-генетического тестирования, повышения доступности таргетной терапии в амбулаторных условиях.

Наибольшее значение итогового балла в обеих группах было присвоено по предложению «развитие телемедицинских технологий, систем поддержки принятия врачебных решений и систематического сбора расширенного набора клинических данных» — 23,47 балла в группе № 1 и 22,95 балла в

группе № 2. Экспертами отмечались высокие значения реалистичности, в сочетании с финансовыми и инфраструктурными рисками при реализации мероприятия. Коэффициент Кендалла в обеих группах отражал низкую согласованность экспертных мнений ( $W=0,078$  и  $W=0,066$  в группе № 1 и № 2 соответственно) при наличии статистически значимых различий ( $p=0,00002$  и  $p=0,015$ ). Следующим было отмечено предложение «необходимости оптимизации маршрутизации пациентов с онкологическими заболеваниями», для которого итоговый балл составил 22,67 балла и 22,40 балла (группа № 1 и № 2 соответственно), а коэффициент конкордации —  $W=0,196$  и  $W=0,165$  для группы № 1 и № 2 соответственно ( $p < 0,005$  в обеих группах), что отражало низкую согласованность экспертных мнений.

По оставшимся предложениям «внедрение клинических рекомендаций и критериев качества как инструментов повышения качества организации оказания онкологической помощи» и «подходы к стандартизации требований формирования региональных онкологических программ, а также оценки их эффективности в части достижения поставленных целевых результатов» полученные итоговые баллы составили менее 22,67 и 22,40 поэтому данные мероприятия рассмотрены не были.

Согласованность экспертных мнений по всем предложенным направлениям развития структуры онкологической помощи была низкой ( $W < 0,3$ ) при наличии статистически значимых различий каждого из оцениваемых мероприятия по сравнению с другими. Чаще других специалистами отмечались финансовые, инфраструктурные и комплексные риски, вероятные при реализации предложенных мер. Полученные результаты подчеркивают сложность оценки предлагаемых вопросов и значительную гетерогенность экспертных мнений в обеих группах.

Таким образом, были сформированы следующие возможные направления совершенствования организационной структуры онкологической службы по мнению большинства опрошенных специалистов считались:

- развитие телемедицинских технологий, систем поддержки принятия врачебных решений и систематического сбора расширенного набора клинических данных — 23,47 балла и 22,95 балла из максимальных 30 баллов;
- необходимость оптимизации маршрутизации пациентов с онкологическими заболеваниями — 22,67 балла и 22,40 балла из максимальных 30 баллов.

Дополнительно, экспертам предлагалось определить наиболее действенные организационные решения, принятие которых позволило бы повысить качество оказываемой медицинской помощи. Так, 70 опрошенных специалистов (59%) из обеих групп считали целесообразным централизацию онкологической службы в рамках одной медицинской организации, при этом высокая эффективность данного мероприятия отмечалась 63 экспертами (54%), средняя эффективность — 48 (41%) экспертами. 44 специалиста (37%) посчитали необходимым развет-

вление сети медицинских организаций, что считалось высокоэффективным 28 экспертами (24%) и средне-эффективным — 60 опрошенными (51%). Количество экспертов, определивших централизацию сети онкологической помощи как мероприятие с низкой эффективностью составило 6 человек (5%), а разветвление сети — 29 человек (25%).

Наиболее значимыми предложениями, отмеченными экспертами обеих групп, были по проведению «контроля соответствия лекарственной терапии клиническим рекомендациям, в том числе мониторинг назначения таргетных препаратов по результатам молекулярно-генетических исследований» и «увеличения количества проведенных молекулярно-генетических исследований при назначении таргетных противоопухолевых лекарственных препаратов», где в группе № 1 итоговые баллы составили 22,15 и 22,07 соответственно, а в группе № 2 — 21,49 и 22,33 и балла соответственно. Согласованность экспертных мнений была низкой при наличии статистически значимых различий по сравнению с другими параметрами: в группе № 1 —  $W=0,180$  ( $p<0,00001$ ) и  $W=0,209$  ( $p<0,00001$ ) для каждого предложения соответственно, в группе № 2 —  $W=0,258$  ( $p<0,00001$ ) и  $W=0,172$  ( $p<0,00001$ ).

По предложениям «увеличение «объемных» характеристик лекарственного обеспечения пациентов с ЗНО — повышение доступности за счет увеличения закупок лекарственных препаратов» и «повышение «эффективных» характеристик лекарственного обеспечения пациентов с ЗНО — за счет приоритетного обеспечения препаратами с большей эффективностью» в первой группе экспертов итоговые баллы составили 20,99 и 20,84 балла соответственно. Во второй группе значения итоговых баллов по данным параметрам также были высокими и составили 20,23 и 20,05 балла соответственно. Степень согласованности экспертных мнений была низкой, предложения также обладали статистически значимыми различиями (в группе № 1  $W=0,148$  ( $p<0,00001$ ) и  $W=0,188$  ( $p<0,00001$ ) соответственно, в группе № 2  $W=0,176$  ( $p<0,00001$ ) и  $W=0,192$  ( $p<0,00001$ )).

Предложения по «соблюдению соотношения «дефицитных» и «профицитных» схем лекарственной терапии при лечении ЗНО» в обеих группах обладали наименьшими значениями итоговых баллов при низкой степени согласованности экспертных мнений и наличии статистически значимых различий.

По результатам опроса все предложения характеризовались низкой степенью согласованности мнений экспертов ( $W<0,3$ ), а также статистически значимыми различиями ( $p<0,05$ ) каждого из оцениваемых мероприятия по сравнению с другими, при этом чаще специалистами отмечались кадровые, инфраструктурные и комплексные риски при реализации предложенных мероприятий.

Таким образом, были сформированы следующие возможные направления совершенствования организации лекарственного обеспечения и мониторинга эффективности медикаментозной терапии пациентам онкологического профиля:

- контроль соответствия лекарственной терапии клиническим рекомендациям, в том числе мониторинг назначения таргетных препаратов по результатам молекулярно-генетических исследований — 22,15 балла и 21,49 балла из максимальных 30 баллов;
- увеличение количества проведенных молекулярно-генетических исследований при назначении таргетных противоопухолевых лекарственных препаратов — 22,07 балла и 22,33 балла из максимальных 30 баллов;
- увеличение «объемных» характеристик лекарственного обеспечения пациентов с ЗНО — повышение доступности за счет увеличения закупок лекарственных препаратов — 20,99 балла и 20,23 балла из максимальных 30 баллов;
- повышение «эффективных» характеристик лекарственного обеспечения пациентов с ЗНО — за счет приоритетного обеспечения препаратами с большей эффективностью — 20,84 балла и 20,05 балла из максимальных 30 баллов.

По результатам анализа наибольший итоговый балл в обеих группах был получен по предложению «увеличение хирургической активности в отношении пациентов с ЗНО — повышение доступности оперативных вмешательств за счет увеличения объемов медицинской помощи», который составил 22,47 балла для группы № 1 и 22,28 балла для группы № 2. Экспертами отмечалась высокая реалистичность и важность проведения данного мероприятия, а также возможные инфраструктурные и комплексные риски, определяющие сложность организации данного предложения. Степень согласованности экспертных мнений была низкой ( $W=0,101$  и  $W=0,108$  для группы № 1 и № 2 соответственно) при наличии статистически значимых различий ( $p<0,00001$  и  $p=0,00031$ ).

По предложению «мониторинг «полноты» использования закупаемого оборудования для лучевой терапии (мониторинг нагрузки на оборудование и использование только для пациентов с ЗНО)», значения итоговых баллов составили 22,21 и 22,09 в группах № 1 и № 2 соответственно. Коэффициенты Кендалла составили  $W=0,099$  и  $W=0,063$  для группы № 1 и № 2 соответственно, свидетельствуя о низкой согласованности экспертных мнений. В обеих группах предложение обладало статистически значимыми различиями по сравнению с другими параметрами ( $p<0,00001$  и  $p=0,0190$ ).

Предложение по «увеличению объемов выполняемой лучевой терапии пациентам с ЗНО» в обеих группах занимало третью позицию по величине итогового балла и составило 22,03 балла для группы № 1 и 22,07 балла для группы № 2. Данное направление характеризовалось высокими баллами реалистичности и важности проведения мероприятия. Коэффициенты Кендалла составили  $W=0,163$  и  $W=0,089$  для группы № 1 и № 2 соответственно, свидетельствуя о низкой согласованности экспертных мнений при наличии статистически значимых раз-

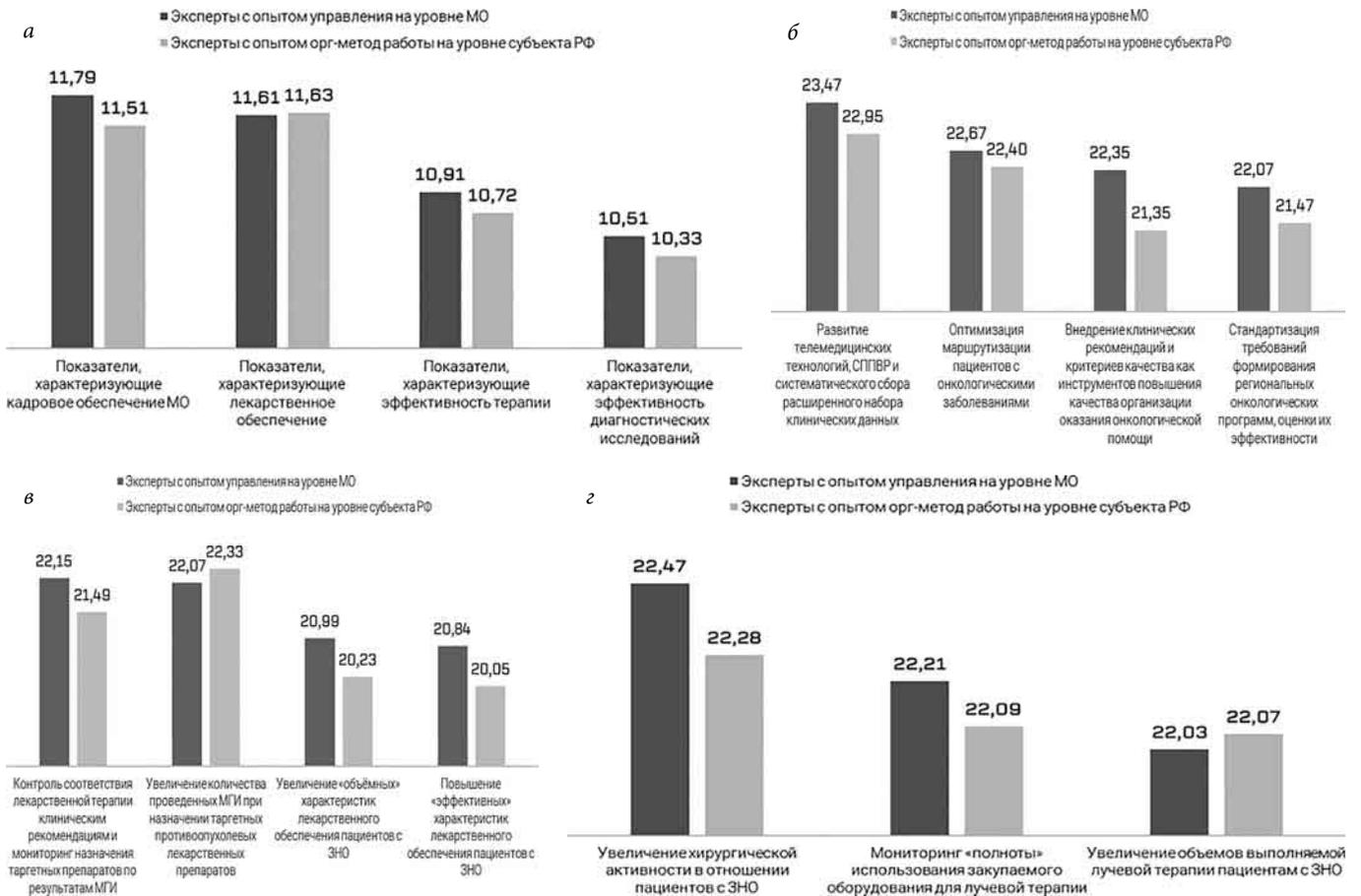


Рис. 2. Визуализация результатов экспертной оценки предложений по совершенствованию онкологической помощи.

а — результаты оценки предложений по расширению перечня контролируемых показателей; б — результаты оценки предложений по совершенствованию организационной структуры онкологической помощи; в — результаты оценки предложений по совершенствованию лекарственного обеспечения; з — результаты оценки предложений по совершенствованию немедикаментозного лечения.

личий в обеих группах по сравнению с другими параметрами ( $p < 0,00001$  и  $p = 0,00177$ ).

Результаты экспертной оценки предложений по совершенствованию онкологической помощи отражены на рисунке 2.

По результатам экспертного опроса все рассмотренные направления развития доступности и эффективности немедикаментозного лечения характеризовались низкой степенью согласованности ( $W < 0,3$ ), а также наличием статистически значимых различий по сравнению с другими ( $p < 0,05$ ). Чаще других специалистами отмечались комплексные и инфраструктурные риски при реализации предложенных мероприятий.

Таким образом, были сформированы следующие возможные направления совершенствования организации немедикаментозных опций терапии пациентам онкологического профиля:

- увеличение хирургической активности в отношении пациентов с ЗНО — повышение доступности оперативных вмешательств за счет увеличения объемов медицинской помощи — 22,47 балла и 22,28 балла из максимальных 30 баллов;
- мониторинг «полноты» использования закупаемого оборудования для лучевой терапии (мониторинг нагрузки на оборудование и исполь-

зование только для пациентов с ЗНО) — 22,21 балла и 22,09 балла из максимальных 30 баллов;

- увеличение объемов выполняемой лучевой терапии пациентам с ЗНО — 22,03 балла и 22,07 балла из максимальных 30 баллов.

### Обсуждение

В ходе данного исследования были проведены разработка, экспертная оценка и приоритизация мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в субъектах Российской Федерации. Был проведен анализ экспертного мнения в отношении основных показателей и мероприятий, отражающих эффективность оказываемой медицинской помощи пациентам с ЗНО. Исследование представляет особый интерес в виду участия специалистов, осуществляющих профессиональную деятельность на разных уровнях управления здравоохранением: на уровне медицинских организаций и на уровне субъектов Российской Федерации. Для всех параметров, включенных в разработанную анкету, было достигнуто высокое значение коэффициента альфа Кронбаха, что позволяет говорить о значительном уровне внутренней согласованности вопросов и репрезентативности данной анкеты для последующего

применения в процессах принятия решения при формировании национальных и федеральных программ. В целом, приоритеты развития среди специалистов разных уровней оказания онкологической помощи были схожи.

Необходимость расширения перечня мониторируемых показателей подчеркивалась более, чем половиной опрошенных экспертов (56%), а основными направлениями, требующими дополнительных мер, являлись контроль эффективности проведения диагностических исследований и параметров, отражающих лекарственное обеспечение. Текущее состояние онкологической службы в субъектах Российской Федерации обладает целым комплексом трудностей, обусловленных некоторыми региональными особенностями, например, численностью населения и структурой заболеваемости, территориальными и финансовыми ограничениями. В условиях выявленных значительных различий в подходах к организации помощи пациентам с ЗНО, ограниченной доступности диагностических исследований и опций терапии, в том числе лекарственных препаратов таргетного действия, внедрение дополнительных инструментов, приоритезирующих мероприятия по борьбе с онкологическими заболеваниями, и мер по их дальнейшему совершенствованию, является актуальным направлением [4—7].

Сформированные в ходе опроса предложения согласуются с данными зарубежного опыта, где для определения качества оказываемой онкологической помощи в большинстве случаев были применены индикаторы, характеризующие диагностические и лечебные процессы, хотя значительная доля приходилась на оценку немедикаментозных опций терапии, что может быть объяснено спецификой отобранных для анализа нозологий [8]. Важность определённых экспертами направлений подтверждается и рядом отечественных исследований, выполненных с применением математического моделирования и регрессионного анализа. Так, совершенствование методов диагностики ЗНО и доступности лекарственной терапии в перспективе позволит повысить качество онкологической помощи и достигнуть основные целевые показатели: выявление ЗНО на ранних стадиях и снижение одногодичной летальности [9—11]. Отобранные предложения по совершенствованию немедикаментозных подходов к терапии схожи с направлениями, определенных по мнению клинических специалистов в области лучевой диагностики, которыми отмечалась необходимость оптимизации путей маршрутизации пациентов, увеличение материально-технического обеспечения и расширение применения телемедицинских технологий для повышения доступности лучевых методов лечения [12].

### Заключение

Разработанные мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями и результаты их экспертной оценки могут быть использованы

для повышения эффективности управления здравоохранением как в рамках стратегического планирования на федеральном уровне при планировании и разработке государственных проектов и программ, так и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан при планировании и разработке региональных проектов. Неоднородность результатов экспертной оценки еще раз подчеркивает сложность оценки рассматриваемых вопросов, комплексность проблем и путей их достижения, а также значительное влияние региональных особенностей, включающих и различия в подходах к организации онкологической службы.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Злокачественные новообразования в России в 2022 году (заболеваемость и смертность). МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2023.
2. Ушкалова Е. А., Зырянов С. К., Гопиенко И. А. Экономические проблемы фармакотерапии онкологических заболеваний. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2020;13(1):64—70. DOI: 10.17749/2070—4909.2020.13.1.64—70
3. Стилиди, И.С., Геворкян Т. Г., Шпак А. Г. Совершенствование показателей федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». *Вестник Росздравнадзора*. 2021;(1):46—53.
4. 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
5. Линник С. А. Анализ обеспечения лекарственными препаратами пациентов со злокачественными новообразованиями в субъектах Российской Федерации. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2022;75(3):28—32.
6. Линник С. А., Александрова О. Ю. Анализ лекарственного обеспечения пациентов со злокачественными новообразованиями на стационарном этапе лечения. *Менеджер здравоохранения*. 2023;2:18—26. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-18-26.
7. Шелякин В. А., Линник С. А., Третьяков Д. А., Туменко Е. Е., Худяев А. С. Анализ эффективности молекулярно-генетического тестирования пациентов с онкологическими заболеваниями на примере некоторых субъектов Российской Федерации. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2022;(4):30—37. DOI: 10.25742/NRIPH.2022.04.006
8. Андреев Д. А., Завьялов А. А., Кашурников А. Ю., Доброде-ев А. Ю. Ключевые критерии оценки качества онкологической помощи: зарубежный опыт. *Российский медицинский журнал*. 2020;26(6):421—430. DOI: 10.17816/0869-2106-2020-26-6-421-430
9. Горкавенко Ф. В., Щуров Д. Г., Омеляновский В. В. Анализ факторов результативности онкологической помощи на уровне субъекта Российской Федерации с применением множественной линейной регрессии. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2023;(1):9-26. DOI: 10.17116/medtech2023450119
10. Пустовалов Д. Н., Горкавенко Ф. В., Тюрин И. Е., Яблонский П. К., Шелехов П. В., Домбровский В. С., Минакова Е. И., Морозов Д. Ю., Семакова Е. В., Кравцов А. А., Прохорович Е. А., Омеляновский В. В. Клинико-экономическая оценка внедрения низкодозной компьютерной томографии для скрининга рака легкого на первом этапе диспансеризации. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2024;(1):60-73. DOI: 10.17116/medtech20244601160
11. Петкау В. В., Каримова А. А., Ефремов С. А., Груздева Е. А. Влияние доступности противоопухолевого лекарственного лечения на целевые показатели работы онкологической службы. *Медицинский совет*. 2021;(4S):80—86. DOI: 10.21518/2079-701X-2021-4S-80-86
12. Ломаков С. Ю. Профессиональный взгляд врачей на совершенствование организации лучевых исследований онкологическим пациентам. *Исследования и практика в медицине*. 2020;7(3):127—135. DOI: 10.17709/2409-2231-2020-7-3-13

REFERENCES

1. Malignant neoplasms in Russia in 2022 (incidence and mortality). P. A. Herzen Moscow Oncology Research Institute – branch of the Federal State Budgetary Institution “NMITs of Radiology” of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2023 (in Russian).
2. Ushkalova E. A., Zyryanov S. K., Gopienko I. A. Economic challenges of oncological diseases' pharmacotherapy. *FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology. [FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoekonomika i farmakoepidemiologiya]*. 2020;13(1):64–70 (in Russian). DOI: 10.17749/2070—4909.2020.13.1.64—70
3. Styliidi I. S., Gevorkyan T. G., Shpak A. G. Improvement of indicators of federal project “Fight against oncological diseases”. *Bulletin of Roszdravnadzor. [Vestnik Roszdravnadzora]*. 2021;(1):46—53 (in Russian).
4. Shelyakin V. A., Linnik S. A., Tretyakov D. A., Khudyaev A. S., Shvachko S. A. Planning medical care for patients with cancer in the constituent entities of the Russian Federation. *Health care manager. [Menedzher zdravookhraneniya]*. 2023;(1):60—69 (in Russian). DOI: 10.21045/1811-0185-2023-1-60-69
5. Linnik S. A. Analysis of the provision of medicines to patients with malignant neoplasms in the subjects of the Russian Federation. *Public health and healthcare. [Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie]*. 2022;75(3):28—32 (in Russian).
6. Linnik S. A., Alexandrova O. Yu. Analysis of drug supply for patients with malignant neoplasms at the inpatient stage of treatment. *Health care manager. [Menedzher zdravookhraneniya]*. 2023;(2):18—26 (in Russian). DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-18-26
7. Shelyakin V. A., Linnik S. A., Tretyakov D. A., Tumenko E. E., Khudyaev A. S. Analyses of the effectiveness of molecular genetic testing of patients with cancer on the examples of some subjects of the Russian Federation. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health. [Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]*. 2022;(4):30—37 (in Russian). DOI: 10.25742/NRIPH.2022.04.006
8. Andreev D. A., Zavyalov A. A., Kashurnikov A. Y., Dobrodeev A. Y. Essential criteria for assessing the quality of cancer care: international experience. *Russian Medical Journal. [Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal]*. 2020;26(6):421—430 (in Russian). DOI: 10.17816/0869-2106-2020-26-6-421-430
9. Gorkavenko FV, Shchurov DG, Omelyanovskiy VV. Multiple linear regression analysis of cancer treatment effectiveness at the level of constituent entities in the Russian Federation. *Medical Technologies. Assessment and Choice. [Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor]*. 2023;(1):9-26 (in Russian). DOI: 10.17116/medtech2023450119
10. Pustovalov D. N., Gorkavenko F. V., Tyurin I. E., Yablonskiy P. K., Shelekhov P. V., Dombrovskiy V. S., Minakova E. I., Morozov D. Yu., Semakova E. V., Kravtsov A. A., Prokhorovich E. A., Omelyanovskiy V. V. Cost-effectiveness analysis of low-dose computed tomography for lung cancer screening. *Medical Technologies. Assessment and Choice. [Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor]*. 2024;(1):60-73 (in Russian). DOI: 10.17116/medtech20244601160
11. Petkau V. V., Karimova A. A., Efremov S. A., Gruzdeva E. A. The influence of accessibility of anticancer drug therapy on the target indicators of the oncological service. *Medical Council. [Meditsinskiy sovet]*. 2021;(45):80—86 (in Russian). DOI: 10.21518/2079-701X-2021-45-80-86
12. Lomakov S. Yu. Professional view of doctors on improving the organization of radiation research for cancer patients. *Research and Practical Medicine Journal. [Issledovaniya i praktika v meditsine]*. 2020;7(3):127—135 (in Russian). DOI: 10.17709/2409-2231-2020-7-3-13

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

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

Статья поступила в редакцию 19.09.2024; одобрена после рецензирования 16.10.2024; принята к публикации 18.11.2024. The article was submitted 19.09.2024; approved after reviewing 16.10.2024; accepted for publication 18.11.2024.

Д и с к у с с и о н н а я   с т а т ь я

УДК 615.21

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.019

**Оценка соотношений между механизмом действия антидепрессантов и их  
эффективностью и переносимостью (по результатам опроса в Интернете)**

Михаил Юрьевич Дробижев<sup>1</sup>✉, Елена Александровна Польская<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>Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр неврологии», г. Москва,  
Российская Федерация

<sup>1</sup>dmyu2001@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1536-219X>

<sup>2</sup>polskaya@neurology.ru; <https://orcid.org/0009-0000-1451-860X>

**Аннотация.** Проведен опрос зрителей Youtube-канала Психфарм ТВ (89 000 подписчиков) по эффективности и переносимости 17 антидепрессантов показал, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина по мнению респондентов чаще помогают и хорошо переносятся, Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина реже не помогли, а антидепрессанты рецепторного действия не помогли чаще остальных препаратов. Группы антидепрессантов с разным механизмом действия существенно отличаются между собой по эффективности и переносимости.

**Ключевые слова:** Интернет, опрос, эффективность, переносимость, антидепрессанты.

**Для цитирования:** Дробижев М. Ю., Польская Е. А. Оценка соотношений между механизмом действия антидепрессантов и их эффективностью и переносимостью (по результатам опроса в Интернете) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 127—132. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.019.

Discussion Article

**Estimation of the relationship between the mechanism of action of antidepressants and their  
effectiveness and tolerability (results of an online survey)**

Mikhail Yu. Drobizhev<sup>1</sup>\*, Elena A. Polskaya<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Federal State Budgetary Scientific Institution «Scientific Center of Neurology», Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>dmyu2001@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1536-219X>

<sup>2</sup>polskaya@neurology.ru; <https://orcid.org/0009-0000-1451-860X>

**Annotation.** A survey of viewers of the @psyfarm-tv YouTube channel (89,000 subscribers) on the effectiveness and tolerability of 17 antidepressants showed that selective serotonin reuptake inhibitors, according to respondents, are more likely to help and are well tolerated. Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors were less likely to not help, and receptor-acting antidepressants were more likely to not help than other drugs. Groups of antidepressants with different mechanisms of action differ significantly in effectiveness and tolerability.

**Key words:** Internet, survey, effectiveness, tolerability, antidepressants.

**For citation:** Drobizhev M. Yu., Polskaya E. A. The mechanism of action of antidepressants determines their effectiveness and tolerability (results of an online survey). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(4):127–132. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.019.

**Введение**

Современные исследования антидепрессантов часто не позволяют установить различия между ними по эффективности и переносимости (приемлемости для пациентов) и соответственно судить о преимуществе того или иного препарата. Например, в крупном мета-анализе сопоставляются 21 антидепрессант [1]. В результате показано отсутствие отличий между ними по эффективности лечения депрессии в сравнении с плацебо, а 18 из них еще и сопоставимы про приемлемости для па-

циента. С такими данными можно согласиться, в том случае если изученные антидепрессанты обладали бы одинаковым или хотя бы сходным механизмом воздействия на нейроны. Между тем одни из этих антидепрессантов являются селективными и активизируют только один тип нейронов, другие сразу несколько<sup>1</sup>. Различаются указанные антидепрессанты и способом воздействия на нейроны. Одни ингибируют ферменты, обеспечивающие обмен нейромедиаторов, другие блокируют (антаго-

<sup>1</sup>Смотри ниже

Таблица 1

Результаты опроса по эффективности и переносимости антидепрессантов

Препараты	Механизм действия*	% участников			Число участников	% участников			Число участников
		кому препарат		затруднившихся с ответом		переносивших препарат		затруднившихся с ответом	
		помог	не помог			хорошо	плохо		
Агомелатин	АРД	13	41	46	268	30	21	49	178
Амитриптилин	ИОЗСН	41	27	32	381	33	35	32	262
Венлафаксин	ИОЗСН	42	23	35	364	51	19	29	295
Вортиоксетин	АРД	12	29	59	272	26	18	57	214
Дулоксетин	ИОЗСН	26	23	51	213	31	18	51	188
Имипрамин	ИОЗСН	16	20	64	196	14	14	72	175
Кломипрамин	ИОЗСН	28	23	50	208	22	23	55	206
Миртазапин	АРД	27	31	42	277	33	26	41	231
Пароксетин	ИОЗС	41	29	29	377	45	23	32	260
Пипофезин	ИОЗСН	13	23	62	179	23	12	65	164
Пирлиндол	ОИМАО-А	12	21	66	219	26	11	63	168
Сертралин	ИОЗС	35	35	31	484	48	24	28	357
Тразодон	АРД	27	32	41	310	36	25	40	252
Флувоксамин	ИОЗС	30	27	43	316	39	24	37	312
Флуоксетин	ИОЗС	32	27	41	330	47	20	33	323
Циталопрам	ИОЗС	21	25	54	254	27	17	56	223
Эсциталопрам	ИОЗС	43	31	25	279	53	17	29	300

\* Расшифровка названий в тексте.

нисты) или активизируют (агонисты) различные рецепторы и т. д. Очевидно, что спорность представленных результатов часто ведет к тому, что исследователи отказываются от изучения (или даже обсуждения) соотношений между механизмами действия антидепрессантов и их эффективностью и переносимостью.

Возможность дальнейшего изучения описанной выше проблемы сопряжена с поиском новых источников информации об эффективности и переносимости антидепрессантов. Одним из таких источников могут быть вебсайты Интернета, которые аккумулируют отзывы пациентов о препаратах — «отзовики». К сожалению, к их анализу прибегают чрезвычайно редко и только за рубежом. [2,3]. Однако такие вебсайты есть в России<sup>2</sup>. Одним из них и решили воспользоваться авторы статьи для оценки соотношений между механизмом действия антидепрессантов и их эффективностью и переносимостью.

### Материалы и методы

Для реализации указанных целей авторы настоящего исследования проводили опросы пользователей в разделе «сообщество» образовательного канала Психфарм ТВ<sup>3</sup> относительно эффективности и переносимости антидепрессантов. Зрителям последовательно задавались два вопроса.

1. Я лечился(ась) «название антидепрессанта» (международное непатентованное и доступные в клинической практике торговые) и он мне 1) помог 2) не помог 3) затрудняюсь с ответом.

2. Я лечился(ась) «название антидепрессанта» (международное непатентованное и доступные в клинической практике торговые) и переносил(а) его 1) хорошо 2) плохо 3) затрудняюсь с ответом

Причем каждый из этих вопросов был доступен для ответа по конкретному препарату только в течение 24 часов. Результаты фиксировались в процентах от числа респондентов, учитывали также их общее число участников голосования (таблица 1).

Для дальнейшего статистического анализа все препараты были поделены на группы по своему механизму действия. В первую группу вошли ингибиторы фермента, обеспечивающего обратный захват серотонина или СИОЗС: сертралин, пароксетин, циталопрам, эсциталопрам, флуоксетин, флувоксамин. Вторую — составили ингибиторы фермента обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН) венлафаксин, дулоксетин, а также обладающие тем же механизмом действия амитриптилин, клломипрамин, имипрамин и пипофезин, которые больше известны под своим химическим названием — трициклические антидепрессанты (ТЦА). Третью группу составили антидепрессанты рецепторного действия (АРД), чье влияние на активность нейронов существенным образом зависит от возбуждения (агонизма) или блокады (антагонизма) различных рецепторов (антидепрессанты) [4]. При этом к АРД отнесены мелатониновый антидепрессант агомелатин (влияет на мелатониновые и серотониновые рецепторы), антагонист серотониновых рецепторов и слабый ингибитор обратного захвата серотонина тразодон, «мультимодалный» вортиоксетин, влияющий на множество серотониновых рецепторов, а также антагонист альфа2-адренорецепторов миртазапин. В четвертую группу вошел препарат пирлиндол, который является единственным доступным в настоящее время в клинической практике представителем обратимых ингибиторов моноаминоксидазы типа А (О-ИМАО тип А).

<sup>2</sup> Отзовик. <https://otzovik.com/about>

<sup>3</sup> Психфарм ТВ [https://www.youtube.com/channel/UCymH2k4l1ArC\\_9Hr2P3clA](https://www.youtube.com/channel/UCymH2k4l1ArC_9Hr2P3clA) На момент проведения опроса 89 000 подписчиков, 61 000 зрителей в течение месяца (6 000 в день), мужчины 51%, женщины 49%. Возраст: 18—24 — 6,8%, 25—34 — 19,0%, 35—44 — 21,7%, 45—54 — 18,3%, 55—64 — 17,3%, 65 и старше — 17%.

В дальнейшем результаты опроса по каждой из трех первых групп антидепрессантов сравнивались с аналогичными данными остальных препаратов. Такое сравнение осуществлялось с помощью программ Statistica for Windows 13.0. Использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. В таблицах 2,3, и 4 представлены суммы рангов для обеих групп (Rank Sum), значение критерия U, нормальная аппроксимация Z и соответствующее р-значение (а также z и p adjusted — скорректированные с учетом наличия совпадающих значений), объемы выборок (Valid N), а также точное р-значение (2\*1sided exact p). При установлении статистической значимости различий использовался последний показатель, поскольку выборки являются небольшими.

Представленный анализ не проводили для О-ИМАО типа А, поскольку эта группа состояла из одного препарата. Выявленные отличия препаратов каждой из трех первых группы от остальных лекарств сопоставляли с современными представлениями о патогенезе психических расстройств, особенностями влияния антидепрессантов на нейроны, а также мировым опытом их применения в психиатрической практике.

### Результаты

Получены результаты опроса по 17 антидепрессантам, которые используются в России для лечения различных психических расстройств (таблица 1). В среднем исследуемые антидепрессанты «помогли» 27,0 ± 11,1% респондентов, «не помогли» — 27,5 ± 5,4 %. Хорошо переносили лечение 34,4 ± 11,3% респондентов, плохо — 20,4 ± 5,8 %. Затруднились с

ответом на вопрос об эффективности препарата — 45,4 ± 12,7% респондентов, а о переносимости — 45,2 ± 14,3%. В среднем на вопрос об эффективности антидепрессанта ответили 289,8 ± 80,2 респондента, а о переносимости 241,6 ± 59,8.

При дальнейшем анализе установлено, что СИОЗС «помогают» чаще, чем остальные антидепрессанты (точное р-значение = 0,047) (таблица 2).

Кроме того, среди принимавших СИОЗС было меньше тех, кто затруднился с ответом на вопрос о том, «помогли» ему или нет препараты (точное р-значение = 0,047). В то же время количество респондентов, ответивших на вопрос об эффективности СИОЗС и остальных антидепрессантов не отличались друг от друга. Что же касается переносимости, то среди респондентов, принимавших СИОЗС оказалось больше тех, кто хорошо переносил лечение (точное р-значение = 0,020), меньше неопределившихся с переносимостью (точное р-значение = 0,047), при большем количестве участников в опроса (точное р-значение = 0,004) (таблица 2).

Отличия представителей двух других групп антидепрессантов от остальных оказались не столь значительны и касались только эффективности. Так ИОЗСН (включая ТЦА) значимо реже «не помогли» в сравнении с остальными антидепрессантами (точное р-значение = 0,007) (таблица 3).

Напротив, АРД чаще «не помогли», в сравнении с остальными антидепрессантами (точное р-значение = 0,015) (таблица 4).

При этом ни АРД, ни ИОЗСН не отличались от других антидепрессантов по переносимости и количеству респондентов.

Таблица 2

Результаты сравнения СИОЗС и остальных антидепрессантов по ответам на вопросы об эффективности и переносимости

	Сумма рангов		U	Z	p	Z*	p*	Количество препаратов		Точное значение p
	остальные	СИОЗС						остальные	СИОЗС	
% кому помог	79,5	73,5	13,5	-1,957	0,056	-1,914	0,055	11	6	0,047
% кому не помог	87,0	66,0	21,0	-1,155	0,247	-1,167	0,243	11	6	0,256
% затруднившихся	118,5	34,5	13,5	1,909	0,056	1,910	0,056	11	6	0,047
Число ответивших	80,0	73,0	14,0	-1,859	0,062	-1,859	0,062	11	6	0,061
% переносивших хорошо	76,0	77,0	10,0	-2,261	0,023	-2,264	0,023	11	6	0,020
% переносивших плохо	96,5	56,5	30,5	-0,201	0,840	-0,201	0,840	11	6	0,807
% затруднившихся	119,0	34,0	13,0	1,959	0,050	1,962	0,049	11	6	0,047
Число ответивших	72,0	81,0	6,0	-2,663	0,007	-2,663	0,007	11	6	0,004

Таблица 3

Результаты сравнения ИОЗСН (включая ТЦА) и остальных антидепрессантов по ответам на вопросы об эффективности и переносимости

	Сумма рангов		U	Z	p	Z*	p*	Количество препаратов		Точное значение p
	остальные	ИОЗСН						остальные	ИОЗСН	
% кому помог	97,0	56,0	31,0	-0,151	0,880	-0,151	0,880	11	6	0,884
% кому не помог	125,0	28,0	7,0	2,563	0,010	2,588	0,010	11	6	0,007
% затруднившихся	90,0	63,0	24,0	-0,854	0,393	-0,855	0,393	11	6	0,404
Число ответивших	113,0	40,0	19,0	1,357	0,175	1,357	0,175	11	6	0,180
% переносивших хорошо	113,5	39,5	18,5	1,407	0,159	1,409	0,159	11	6	0,149
% переносивших плохо	105,0	48,0	27,0	0,553	0,580	0,554	0,579	11	6	0,591
% затруднившихся	90,0	63,0	24,0	-0,854	0,393	-0,855	0,392	11	6	0,404
Число ответивших	113,0	40,0	19,0	1,357	0,175	1,357	0,175	11	6	0,180

Таблица 4

Результаты сравнения АРД и остальных антидепрессантов по ответам на вопросы об эффективности и переносимости

	Сумма рангов		U	Z	p	Z*	p*	Количество препаратов		Точное значение p
	остальные	ИОЗСН						остальные	АРД	
% кому помог	131,00	22,00	12,00	1,529	0,126	1,532	0,125	13	4	0,130
% кому не помог	96,00	57,00	5,00	-2,321	0,020	-2,344	0,019	13	4	0,015
% затруднившихся	114,50	38,50	23,50	-0,226	0,821	-0,227	0,821	13	4	0,785
Число ответивших	118,00	35,00	25,00	0,057	0,955	0,057	0,955	13	4	0,956
% переносивших хорошо	121,00	32,00	22,00	0,396	0,692	0,397	0,692	13	4	0,703
% переносивших плохо	105,50	47,50	14,50	-1,246	0,213	-1,249	0,212	13	4	0,202
% затруднившихся	112,00	41,00	21,00	-0,510	0,610	-0,510	0,610	13	4	0,624
Число ответивших	123,00	30,00	20,00	0,623	0,533	0,623	0,533	13	4	0,549

### Обсуждение

Полученные данные свидетельствуют о том, что ответы пользователей образовательного блога (таблица 1) на простые вопросы об эффективности и переносимости антидепрессантов соответствуют современным представлениям о патогенезе психических расстройств, механизмах действия препаратов и особенностях их практического применения. В частности, пользователи выделяют в качестве наиболее эффективных и переносимых антидепрессантов СИОЗС. Этот результат коррелирует с тем, что падение активности серотониновых нейронов лежит в основе патогенеза многих чрезвычайно распространенных психических расстройств: тревожных (панического, генерализованного тревожного, социофобии, агорафобии) и навязчивых (обсессивно-компульсивное расстройство), нарушений адаптации (посттравматическое стрессовое расстройство) и пищевого поведения (булимия) [4]. Назначение СИОЗС пациентам с этими расстройствами позволяет в силу прямого активирующего влияния на указанные нервные клетки добиться улучшения состояния у большинства больных [4].

Кроме того, выбору СИОЗС в качестве наиболее эффективной группы антидепрессантов способствует их хорошая переносимость. Это объясняется тем, что основная активность СИОЗС (в отличие от других антидепрессантов) адресована только одному типу нейронов (отсюда их название — селективные). Соответственно СИОЗС не могут вызвать побочных эффектов, связанных с прямой активизацией, напротив, падением активности других нервных клеток (гистаминовых, ацетилихолиновых и т. д.). В результате СИОЗС часто рассматриваются как наиболее успешная группа антидепрессантов [4].

Что же касается ИОЗСН (включая ТЦА), то они по мнению опрошенных оказались самой «надежной» группой антидепрессантов (не помогают реже других). Этот результат связан с тем, что основной мишенью для антидепрессантов все же считаются депрессии при рекуррентном расстройстве (РДР) из Международной классификации болезней 10-го пересмотра<sup>4</sup> МКБ-10 или большом депрессивном расстройстве (БДР) из DSM-5 [5]. Считается, что фор-

мирование этих депрессий связано с падением активности сразу трех типов нейронов — серотониновых, норадреналиновых, дофаминовых [4]. СИОЗС, чье действие направлено на серотониновые нервные клетки могут оказаться неэффективны при РДР (БДР). Тогда как механизм действия ИОЗСН (включая ТЦА) лучше подходит для лечения этого расстройства. Ведь ИОЗСН способны повышать активность не только серотониновых, но еще и норадреналиновых, а некоторые даже дофаминовых нейронов (хотя и в слабой степени) [4]. В этой ситуации во всем мире прибегают к назначению ИОЗСН (включая ТЦА) [6], которые рассматриваются в качестве надежных препаратов для лечения депрессий.

ИОЗСН (включая ТЦА) в силу их влияния на серотониновые нейроны можно использовать и при лечении «серотониновых» психических расстройств (тревожных, навязчивых и т. д.). Вместе с тем, данные проведенного исследования позволяют понять почему ИОЗСН (включая ТЦА) используют по указанным показаниям гораздо реже СИОЗС [4]. Очевидно, что ИОЗСН (включая ТЦА), действующие на разные нейроны, заведомо уступают более селективным СИОЗС в переносимости. Это подтверждается результатами опроса, в котором респонденты отмечают, что ИОЗСН (включая ТЦА) не отличаются от остальных антидепрессантов по рассматриваемому показателю.

Наконец, АРД по мнению респондентов вообще не обладают какими-либо преимуществами. Их переносимость та же, что и у остальных антидепрессантов. При этом АРД «не помогают» явно чаще других препаратов. Такие данные также объясняются патогенезом психических расстройств и механизмом действия препаратов. Основной мишенью для АРД (также как и для ИОЗСН, включая ТЦА) являются депрессии при РДР (БДР), которые возникают из-за снижения активности серотониновых, норадреналиновых и дофаминовых нейронов [4]. Механизм действия АРД позволяет им активировать эти нервные клетки, однако не за счет быстрого накопления нейромедиатора в межсинаптической щели (как у СИОЗС или ИОЗСН), а посредством вмешательства в сложную систему саморегуляции (взаимодействия) нейронов [4].

Можно предположить, что механизм действия АРД уступает СИОЗС и ИОЗСН в эффективности. Во всяком случае, АРД не получили широкого рас-

<sup>4</sup> Психические расстройства и расстройства поведения (F00 — F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации [https://psychiatr.ru/download/1998?view=1&name=МКБ-10\\_с\\_гиперссылками.pdf](https://psychiatr.ru/download/1998?view=1&name=МКБ-10_с_гиперссылками.pdf)

пространения в клинической практике. Действительно, в настоящее время синтезированы всего несколько таких препаратов: агомелатин, тразодон, вортиоксетин, миртазапин. Каждый из них первоначально выделялся в отдельную группу антидепрессантов (мелатониновых — агомелатин, антагонистов серотониновых рецепторов и слабых ингибиторов обратного захвата серотонина — тразодон, «мультимодалных» вортиоксетина, антагонистов альфа2-адренорецепторов — миртазапин). Предполагалось, что в этих группах появятся новые представители, обладающие тем же механизмом действия. Однако этого так и не произошло, возможно, из-за отсутствия перспективы клинического использования АД. Например, упомянутый выше первый мелатониновый препарат антидепрессант агомелатин так и не был допущен для клинического использования в некоторых странах [7]. Тразодон и миртазапин часто используются не в качестве антидепрессантов, а лишь как снотворные препараты [8,9]. Существуют обоснованные сомнения в эффективности мультимодалного антидепрессанта вортиоксетина. Во всяком случае в ряде исследований вортиоксетин сопоставим с плацебо по эффективности [10,11].

### Заключение

Результаты опроса позволяют заключить, что механизм действия антидепрессанта существенно влияет на его эффективность и переносимость. Этот вывод пока не нашел подтверждения в крупных исследованиях, выполненных в соответствии требованиями доказательной медицины [1]. В таких сложных и дорогостоящих работах в основном показано, что антидепрессанты, обладающие разными механизмами действия, демонстрируют равную эффективность и переносимость.

Результаты опроса позволяют существенно упростить принятую в клинической психиатрии классификацию антидепрессантов, предусматривающую выделение групп препаратов на основании механизмов действия (СИОЗС, ИОЗСН и др.) и химической структуры молекулы (трициклические, четырехциклические и др.) [6]. При этом возникает возможность отказаться от некоторых химических названий, например, ТЦА. Результаты исследования показывают, что для характеристики антидепрессантов, достаточно четырех механизмов действия, а следовательно, четырех групп (таблица 1). Причем препараты из этих групп будут существенно отличаться по основным показаниям, а также эффективности и переносимости.

Завершая обсуждение результатов исследования следует указать, что в данной работе авторы не смогли учесть диагнозы психических расстройств, длительность приема препаратов и их дозы. Не принималось во внимание, что некоторые больные могли заниматься самолечением или антидепрессанты им в силу разных причин назначали неправильно. Все это требует осторожности при оценке результатов настоящего исследования, а также проведения

новых опросов для верификации достоверности данных.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al., Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2018;391(10128):1357—1366. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32802—7
2. Natter J, Yokoyama T, Michel B. Relative frequency of drug-induced sleep disorders for 32 antidepressants in a large set of Internet user reviews. *Sleep*. 2021;44(12):zsab174. DOI: 10.1093/sleep/zsab174
3. Hughes S, Lacasse J, Fuller RR, Spaulding-Givens J. Adverse effects and treatment satisfaction among online users of four antidepressants. *Psychiatry Res*. 2017;(255):78—86. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.05.021
4. Стал С. Основы психофармакологии: Теория и практика. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2022.
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
6. Ter Hark SE, Vos CF, Aarnoutse RE, Schene AH, Coenen MJH, Janzing JGE. Biomarkers as predictors of treatment response to tricyclic antidepressants in major depressive disorder: A systematic review. *J Psychiatr. Res*. 2022;(150):202—213. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.03.057
7. Pae Chi-Un. Agomelatine: a new option for treatment of depression? *Expert Opin Pharmacother*. 2014;15(4):443—7. DOI: 10.1517/14656566.2014.877889
8. Kokkali M, Pinioti E, Lappas AS, Christodoulou N, Samara MT. Effects of Trazodone on Sleep: A Systematic Review and Meta-analysis. *CNS Drugs*. 2024;38(10):753—769. DOI: 10.1007/s40263-024-01110-2
9. Fornaro M, Caiazza C, Rossano F, Cilmi F, Prisco M De, Vieta E, et al., Residual effects of medications for sleep disorders on driving performance: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials: NMA driving and hypnotics. *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2024;(81):53—63. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2024.01.011
10. Inoue T, Nishimura A, Sasai K, Kitagawa T. Randomized, 8-week, double-blind, placebo-controlled trial of vortioxetine in Japanese adults with major depressive disorder, followed by a 52-week open-label extension trial. *Psychiatry Clin. Neurosci*. 2018;(72):103—115. DOI: 10.1111/pcn.12623
11. Nishimura A, Aritomi Y, Sasai K, Kitagawa T, Mahableshwarkar AR. Randomized, double-blind, placebo-controlled 8-week trial of the efficacy, safety, and tolerability of 5, 10, and 20 mg/day vortioxetine in adults with major depressive disorder. *Psychiatry Clin. Neurosci*. 2018;(72):64—72. DOI: 10.1111/pcn.12565

### REFERENCES

1. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al., Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2018;391(10128):1357—1366. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32802—7
2. Natter J, Yokoyama T, Michel B. Relative frequency of drug-induced sleep disorders for 32 antidepressants in a large set of Internet user reviews. *Sleep*. 2021;44(12):zsab174. DOI: 10.1093/sleep/zsab174
3. Hughes S, Lacasse J, Fuller RR, Spaulding-Givens J. Adverse effects and treatment satisfaction among online users of four antidepressants. *Psychiatry Res*. 2017;(255):78—86. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.05.021
4. Stahl S. Essentials of psychopharmacology: Theory and practice. Moscow: GEOTAR-Media; 2022 (in Russian).

5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
6. Ter Hark SE, Vos CF, Aarnoutse RE, Schene AH, Coenen MJH, Janzing JGE. Biomarkers as predictors of treatment response to tricyclic antidepressants in major depressive disorder: A systematic review. *J Psychiatr. Res.* 2022;(150):202—213. DOI: 10.1016/j.jpsy-chires.2022.03.057
7. Pae Chi-Un. Agomelatine: a new option for treatment of depression? *Expert Opin Pharmacother.* 2014;15(4):443—7. DOI: 10.1517/14656566.2014.877889
8. Kokkali M, Pinioti E, Lappas AS, Christodoulou N, Samara MT. Effects of Trazodone on Sleep: A Systematic Review and Meta-analysis. *CNS Drugs.* 2024;38(10):753—769. DOI: 10.1007/s40263-024-01110-2
9. Fornaro M, Caiazza C, Rossano F, Cilmi F, Prisco M De, Vieta E, et al., Residual effects of medications for sleep disorders on driving performance: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials: NMA driving and hypnotics. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2024;(81):53—63. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2024.01.011
10. Inoue T, Nishimura A, Sasai K, Kitagawa T. Randomized, 8-week, double-blind, placebo-controlled trial of vortioxetine in Japanese adults with major depressive disorder, followed by a 52-week open-label extension trial. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2018;(72):103—115. DOI: 10.1111/pcn.12623
11. Nishimura A, Aritomi Y, Sasai K, Kitagawa T, Mahableshwarkar AR. Randomized, double-blind, placebo-controlled 8-week trial of the efficacy, safety, and tolerability of 5, 10, and 20 mg/day vortioxetine in adults with major depressive disorder. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2018;(72):64—72. DOI: 10.1111/pcn.12565

**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 02.11.2024; одобрена после рецензирования 02.11.2024; принята к публикации 18.11.2024.  
The article was submitted 02.11.2024; approved after reviewing 02.11.2024; accepted for publication 18.11.2024.

# История медицины

Научная статья

УДК 93/94

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.020

**Ананьин Василий Васильевич (15.12.1912—8.01.1969)**

*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.** Биография, научная и общественная деятельность видного российского врача-эпидемиолога и микробиолога, признанного лидера отечественной лептоспирологии профессора Василия Васильевича Ананьина (1912—1969 гг.) до настоящего времени остаются недостаточно исследованными, малоизвестными медицинской общественности. Его вклад в развитие медицины и биологии, отечественного здравоохранения не получил достаточного освещения. На основании архивных материалов, обобщённых литературных источников в статье впервые приведены уточнённые факты биографии ученого, прослежены этапы его жизни и научной деятельности. Выделен факт мирового признания заслуг В. В. Ананьина в развитии современной паразитологии. Отмечена его роль в развитии лаборатории лептоспироза Института эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи Академии медицинских наук СССР и создании на её базе справочно-консультативного центра Всемирной организации здравоохранения.

**Ключевые слова:** эпидемиология, микробиология, паразитология, зоознозы, лептоспироз, лаборатория, Всемирная организация здравоохранения.

**Для цитирования:** Саркисов А. С. Ананьин Василий Васильевич (15.12.1912—8.01.1969) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 133—135. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.020.

## History of medicine

Original article

**Ananyin Vasily Vasilyevich (15.12.1912—8.01.1969)**

*Armen S. Sarkisov*

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

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

**Annotation.** The biography, scientific and social activities of the prominent Russian epidemiologist and microbiologist, the recognized leader of domestic leptospirology, professor Vasily Vasilyevich Ananyin (1912—1969), have so far remained insufficiently researched and little known to the medical community. His contribution to the development of medicine and biology, as well as national healthcare, has not received sufficient coverage. Based on archival materials, generalized literary sources, the article for the first time provides updated facts of the scientist's biography, traces the stages of his life and scientific activity. The fact of world recognition of V. V. Ananyin's achievements in the development of modern parasitology is highlighted. His role in the development of the leptospirosis laboratory of the N. F. Gamalei Institute of Epidemiology and Microbiology of the USSR Academy of Medical Sciences and the creation of the reference and advisory center of the World Health Organization on its basis is noted.

**Keywords:** Epidemiology, microbiology, parasitology, zoonoses, leptospirosis, laboratory, World Health Organization.

**For citation:** Sarkisov A. S. Ananyin Vasily Vasilyevich (15.12.1912—8.01.1969). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(4):133–135. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.020.

Видный российский эпидемиолог и микробиолог, один из основоположников отечественной лептоспирологии [1] Василий Васильевич Ананьин родился в Москве 15 декабря 1912 г. в семье учителя. Получив восьмилетнее образование в средней школе, в 1929 г. поступил на отделение помощников санитарных врачей в 1-й Московский медицинский политехникум [2], который окончил в 1931 г. Затем работал в госсанинспекции Дзержинского района

Москвы, а в 1932 г. поступил в 1-й Московский медицинский институт [3]. В 1937 г., получив диплом врача с отличием, был направлен в аспирантуру Центрального института эпидемиологии и микробиологии Наркомздрава СССР<sup>1,2,3</sup>. В 1939 г., продолжая обучение в аспирантуре, был назначен младшим научным сотрудником лаборатории лептоспирозов<sup>4,5</sup>. В декабре 1940 г. успешно защитил диссертацию на тему «К методике выделения чистых куль-

тур лептоспир от крыс и из воды». С января 1941 г., после присуждения ему ученой степени кандидата медицинских наук, исполнял обязанности старшего научного сотрудника<sup>6</sup>.

С началом Великой Отечественной войны, 29 июня 1941 г. был призван в действующую армию на должность дивизионного эпидемиолога<sup>7</sup>. Его ратный труд отмечен боевыми наградами: орденом Красной Звезды, медалями. В мае 1946 г., являясь начальником бактериологического отделения окружного санитарно-бактериологического отряда, был демобилизован по ходатайству АМН СССР<sup>8</sup> и вновь приступил к работе в лептоспирозной лаборатории Института эпидемиологии, микробиологии и инфекционных болезней АМН СССР (ныне Национального исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи Министерства здравоохранения Российской Федерации)<sup>9,10</sup>. В феврале 1947 г. был утвержден в должности младшего научного сотрудника<sup>11</sup>.

В служебных документах В. В. Ананьина неизменно отмечаются его эрудиция в области общей и частной эпидемиологии, склонность к научной работе, высокие организационные качества, инициативный, упорный характер<sup>12</sup>. Вскоре ему было доверено самостоятельно проводить и возглавлять научные экспедиции Института эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи по изучению и оздоровлению природных очагов лептоспироза в различных районах страны и прежде всего в Ярославской области [4, С. 19], Алтайском крае и Казахстане<sup>13</sup>.

В декабре 1950 г. был зачислен в докторантуру<sup>14</sup>. В 1955 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Резервуары патогенных лептоспир в природе» [4]. Ее положения и рекомендации остаются актуальными и в настоящее время в связи с тем, что лептоспироз, «космополитичный, самый распространённый зооноз в мире», входит в число ведущих причин

смертности от зоонозных инфекций<sup>15</sup>, а сохраняющаяся эпизоотическая и эпидемическая напряженность во всех административных регионах России поддерживается природными и хозяйственными очагами этого заболевания [5, С. 6].

В период 1952—1954 гг., исполняя обязанности старшего научного сотрудника<sup>16</sup>, по совместительству был назначен на должность начальника производственно-технического отдела — заместителя начальника Главного управления научно-исследовательских институтов вакцин и сывороток Минздрава СССР, затем главного микробиолога 5-го отдела Минздрава СССР, начальника 5-го отдела Главного санитарно-эпидемиологического управления Минздрава СССР<sup>17</sup>.

В июне 1956 г., «в связи с переходом из Минздрава СССР на основную работу в институт»<sup>18</sup>, был назначен на должность заместителя директора по научной работе Института эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи АМН СССР<sup>19</sup>.

В 1958 г. В. В. Ананьин был утверждён в ученом звании профессора<sup>20</sup>. В этом качестве он руководил работой аспирантов, а также осуществлял педагогическую деятельность в Центральном институте усовершенствования врачей<sup>21</sup>.

С именем В. В. Ананьина связано выделение впервые в мире нового в международной коллекции лептоспир оригинального штамма и серологических вариантов лептоспир, что получило свое отражение в классификации этих бактерий (этих возбудителей инфекционных заболеваний) [5, С. 13].

За годы работы В. В. Ананьина в возглавляемой им с 1961 г. лаборатории лептоспироза [6, С. 6] эта структура получила мировое признание. В 1964 г. по обращению Генерального секретаря Всемирной организации здравоохранения и в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР лаборатория была утверждена в качестве справочной (реферанс) для СССР и других стран, осуществляя объёмную организационно-консультативную работу, а также обеспечение различных учреждений эталонными наборами диагностических штаммов<sup>22</sup> [1; 7, С. 10].

В 1961 г. была издана монография В. В. Ананьина и Е. В. Карасевой «Природная очаговость лептоспирозов», которая обобщала многолетние, ставшие классическими, лабораторные и полевые исследования авторов и представляла развёрнутую картину современного состояния этой актуальной проблемы инфектологии<sup>23</sup> [8].

<sup>1</sup> Ананьин В. В. Личное дело. Архив Национального исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н. Ф. Гамалеи Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее: НИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи). — Л. 6.

<sup>2</sup> Ананьин В. В. Личное дело. Архив НИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи. — Л. 9.

<sup>3</sup> Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени Н. Ф. Гамалеи. История центра. Available at: <https://gamaleya.org/about/istoriya-tsentra/?ysclid=lp0sngtoc334023683>

<sup>4</sup> Ананьин В. В. Личное дело. Архив НИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи. — Л. 6.

<sup>5</sup> Там же. — Л. 115.

<sup>6</sup> Там же. — Лл. 6-6, об.; 7-7, об.; 115.

<sup>7</sup> Там же. — Лл. 6-6, об.

<sup>8</sup> Ананьин В. В. Личное дело. Архив НИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи. — Лл. 6-6, об.; 21.

<sup>9</sup> Там же. — Лл. 7-7, об.; 21.

<sup>10</sup> Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени Н. Ф. Гамалеи. История центра. Available at: <https://gamaleya.org/about/istoriya-tsentra/?ysclid=lp0sngtoc334023683>.

<sup>11</sup> Ананьин В. В. Личное дело. Архив НИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи. — Л. 54.

<sup>12</sup> Там же. — Лл. 21, 33.

<sup>13</sup> Там же. — Л. 33.

<sup>14</sup> Там же. — Л. 65.

<sup>15</sup> Городин В. Н., Мойсова Д. Л., Бахтина В. А., Зотов С. В. Тренды современного лептоспироза. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/trendy-sovremennogo-leptospiroza?ysclid=lp9tdqh7ee758702898>.

<sup>16</sup> Ананьин В. В. Личное дело. Архив НИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи. — Л. 67.

<sup>17</sup> Там же. — Лл. 69, 75, 87, 89.

<sup>18</sup> Там же. — Л. 90.

<sup>19</sup> Там же. — Л. 91.

<sup>20</sup> Там же. — Л. 17.

<sup>21</sup> Там же. — Л. 123.

<sup>22</sup> Ананьин В. В. 90-летие со дня рождения. Памятное заседание. Available at: <https://gamaleya.org/archive/pamyatnye-daty/1156>.

<sup>23</sup> Там же.

Важной вехой в борьбе с лептоспирозами явилась коллективная монография сотрудников лаборатории лептоспирозов Института эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи (Справочной лаборатории лептоспирозов ВОЗ) «Лептоспирозы людей и животных», изданная в 1971 г., уже после смерти В. В. Ананьина, в которой он выступал в качестве редактора и автора ряда разделов и глав [6]. Книга вобрала в себя новейшие научные материалы по биологии и свойствам этих спирохет, их географическому распространению в СССР и зарубежных странах, клинике, диагностике и лечению лептоспироза. Она стала важным инструментом в работе врачей, ветеринаров и биологов, паразитологов, специалистов научно-исследовательских учреждений, изучающих зоонозы.

Общественная деятельность В. В. Ананьина отличалась насыщенностью. Он состоял экспертом ВОЗ, членом правления Всесоюзного научного общества эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов, членом Международного подкомитета по таксономии лептоспир, экспертной комиссии ВАК, двух проблемных комиссий Минздрава СССР и АМН<sup>24</sup> [1, 9].

В. В. Ананьин скончался 8 января 1969 г., похоронен на Новодевичьем кладбище<sup>25</sup> [1].

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ананьин Василий Васильевич. В кн.: Деятели медицинской науки и здравоохранения — сотрудники и питомцы Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова: Биографический словарь. Под ред. М. А. Пальцева, А. М. Сточика, С. Н. Затравкина. 1-е изд. М.: Шико; 2008. С. 21—22.
2. Назаров Р. М. Медицинские училища. В кн.: Большая медицинская энциклопедия. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия; 1980; т. 14. С. 435—437.
3. Петров В. И. Московский 1-й медицинский институт. В кн.: Большая медицинская энциклопедия. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия; 1981; т. 15. С. 468—471.

<sup>24</sup> Там же.

<sup>25</sup> Ананьин В. В. (1912-1969). Московские могилы. Available at: [https://moscow-tombs.ru/by-years/ananyina\\_yv/?ysclid=lp6xjsj0zbv755351710](https://moscow-tombs.ru/by-years/ananyina_yv/?ysclid=lp6xjsj0zbv755351710)

4. Ананьин В. В. Резервуары патогенных лептоспир в природе: Автореферат дис. на соискание ученой степени доктора медицинских наук. М.; 1955.
5. Стоянова Н. А., Токаревич Н. К., Ваганова А. Н., Грачева Л. И., Майорова С. О. Лептоспирозы: Пособие для врачей. СПб.: НИИЭМ им. Пастера; 2010.
6. Лептоспирозы людей и животных. Под ред. проф. В. В. Ананьина. М.: Медицина; 1971.
7. Лептоспирозы: Труды 4-й Всесоюзной конференции по лептоспирозам человека и животных. Под ред. В. В. Ананьина. М.; 1967. Ч. 1.
8. Ананьин В. В., Карасева Е. В. Природная очаговость лептоспирозов. М.: Медгиз; 1961.
9. Василий Васильевич Ананьин: Некролог. *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии*. 1969;(6):150.

#### REFERENCES

1. Ananyin Vasily Vasilyevich. In: Figures of medical science and healthcare — employees and pets of the Moscow Medical Academy named after I. M. Sechenov: Biographical Dictionary. [*Deyateli meditsinskoy nauki i zdravookhraneniya — sotrudniki i pitomtsy Moskovskoy meditsinskoy akademii im. I. M. Sechenova: Biograficheskiy slovar*]. Ed. by M. A. Paltsev, A. M. Stochik, S. N. Zatravkin. 1st ed. Moscow: Shico; 2008. Pp. 21—22 (in Russian).
2. Nazarov R. M. Medical schools. In: Big medical encyclopedia. [*Bol'shaya meditsinskaya entsiklopediya*]. 3rd ed. Moscow: Soviet encyclopedia; 1980; vol. 14. Pp. 435—437 (in Russian).
3. Petrov V. I. Moscow 1st Medical Institute. In: Big medical encyclopedia. [*Bol'shaya medicinskaya entsiklopediya*]. 3rd ed. Moscow: Soviet Encyclopedia; 1981; vol. 15. Pp. 468—471 (in Russian).
4. Ananyin V. V. Reservoirs of pathogenic leptospirosis in nature: Abstract of the dissertation for the degree of Doctor of medical Sciences. [*Rezervuary patogennykh leptospir v prirode: Avtoreferat dis. na soiskanie uchenoy stepeni doktora meditsinskikh nauk*]. Moscow; 1955 (in Russian).
5. Stoyanova N. A., Tokarevich N. K., Vaganova A. N., Gracheva L. I., Mayorova S. O. Leptospirosis: A manual for doctors. [*Leptospirozy: Posobie dlya vrachey*]. St. Petersburg: NIEM by Pasteur; 2010 (In Russian).
6. Leptospirosis of humans and animals. [*Leptospirozy lyudey i zhivotnykh*]. Ed. by V. V. Ananyin. Moscow: Medicine; 1971 (in Russian).
7. Leptospirosis: Proceedings of the 4th All-Union Conference on Human and Animal Leptospirosis. [*Leptospirozy: Trudy 4-y Vsesoyuznoy konferentsii po leptospirozam cheloveka i zhivotnykh*]. Ed. by V. V. Ananyin. Moscow; 1967. Part 1 (in Russian).
8. Ananyin V. V., Karaseva E. V. Natural foci of leptospirosis. [*Prirodnaya ochagovost' leptospirozov*]. Moscow: Medgiz; 1961 (in Russian).
9. Vasily Vasilyevich Ananyin: Obituary. *Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology*. [*Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii i immunologii*]. 1969;(6):150 (in Russian).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.  
The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 01.02.2024; одобрена после рецензирования 11.06.2024; принята к публикации 18.11.2024.  
The article was submitted 01.02.2024; approved after reviewing 11.06.2024; accepted for publication 18.11.2024.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.021

## Слово об учителе. Г. Н. Троянский — историк стоматологии СССР. К 100-летию со дня рождения

Константин Анатольевич Пашков

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, г. Москва, Российская Федерация;  
ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация.  
historymed@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9155-4006>

**Аннотация.** Геннадий Николаевич Троянский одна из знаковых в отечественной истории медицины фигур. Пройдя путь от студента до проректора в Московском медицинском стоматологическом институте (в настоящее время — Российский университет медицины), а других записей в его трудовой книжке у него не было, он создаст музей и одну из первых в СССР кафедру истории медицины, разработает основные разделы истории стоматологии в СССР и сделает много добрых дел.

Ключевые слова: Г. Н. Троянский, история медицины, история стоматологии, Росунимед, стоматология.

**Для цитирования:** Пашков К. А. Слово об учителе. Г. Н. Троянский — историк стоматологии СССР. К 100-летию со дня рождения // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 136–140. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.021.

Original article

## A word about the teacher. G. N. Trojansky — historian of stomatology of the USSR. To the 100th anniversary of his birth

Konstantin A. Pashkov

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation;  
FSBEI HE «ROSUNIMED» OF MOH OF RUSSIA Moscow, Russian Federation.  
historymed@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9155-4006>

**Annotation.** Gennady Nikolayevich Trojansky is one of the iconic figures in the national history of medicine. Having worked his way up from student to vice-rector at the Moscow Medical Stomatological Institute (now the Russian University of Medicine), with no other entries in his labor book, he would establish a museum and one of the first chairs of the history of medicine in the USSR, develop the main sections of the history of stomatology in the USSR, and do many good deeds.

Key words: G. N. Trojansky, history of medicine, history of dentistry, Rosunimed, dentistry.

**For citation:** Pashkov K. A. A word about the teacher. G. N. Trojansky — historian of stomatology of the USSR. To the 100th anniversary of his birth. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(4):136–140. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.021.

Личное дело Г. Н. Троянского хранит рукописную автобиографию от 1975 г. следующего содержания: «Родился 5 октября 1924 года в городе Новосибирске, отец — врач-венеролог, мать — врач-стоматолог. В 1932 году поступил в школу № 10 города Новосибирска, где проучился до 1941 года. В дни Великой Отечественной войны, будучи комсомольцем добровольно ушел работать на военный завод. На заводе работал фрезеровщиком, а позднее мастером фрезерного участка. 8 августа 1942 года добровольно ушел в ряды Советской армии, в июле 1943 года был уволен из рядов Советской армии по состоянию здоровья и направлен на работу. На заводе работал в качестве техника, мастера, заместителя начальника цеха. В 1944 году поступил учиться, работая на заводе, в театральную студию «Красный факел.»

В театре учился и работал до 1945 года. В 1945 году наша семья переехала в г. Калинин (по месту службы и жительства отца). В Калининне работал в качестве артиста 4 категории в Областном драматическом театре. В 1946 году по состоянию здоровья вынужден был уйти из театра и поступил учиться в зубоврачебную школу г. Калинина. В 1947-ом из-за переезда родителей перевелся в зубоврачебную школу г. Москвы. В 1948 г. закончил школу и мне было присвоено звание зубного техника. В 1948-ом поступил в ОВЧ № 1586, где работал до поступления в ММСИ — август 1955 года. Работая в госпитале в 1953-м, поступил в 9 класс школы рабочей молодежи г. Подольска. В 1955 году закончил 10-й класс с серебряной медалью. И поступил учиться в стоматологический институт, который окончил с отличием

в 1960 г. И был оставлен в ординатуре института. Ординатуру закончил в 1962 году и был назначен на должность ассистента кафедры ортопедической стоматологии ММСИ. В рядах ВЛКСМ был с 1940 г. по 1952 г. С декабря 1950 года член КПСС. С 1963 по 1965 гг. работал в Алжире по специальности. В 1970-ом защитил кандидатскую диссертацию и мне было присвоено ученое звание канд. мед. наук. В 1973 году мне присвоено ученое звание доцента по кафедре ортопедической стоматологии. Под судом не был. Жена Белякова Галина Григорьевна работает в филиале главного госпиталя им. Бурденко в качестве рентгенолаборанта. Дочь Ирина в н/время аспирантка кафедры рентгенологии ММСИ. Отец умер в 1954 году, мать врач-стоматолог, инвалид II группы, проживает совместно со мной.»<sup>1</sup>

Троянского знал весь институт. Энергичный, несмотря на почтенный возраст, красивый, опрятный и неравнодушный человек — таким он запомнился мне с нашей первой встречи. В Государственном центральном концертном зале «Россия» в День знаний 1 сентября 1994 года было очень многолюдно. Первокурсники примеряли в фойе белые халаты. Девчонки поправляли волосы, мальчишки натирали ботинки — всем хотелось быть нарядными. Ведь мы вступали в большую семью медицинских работников. И хотя это ещё не была «Клятва Гиппократа», день был очень особенным. Нам тогда казалось, что вот мы и стали врачами. Главным действующим лицом в этом посвящении или, как он называл его сам, торжественном акте был Троянский! Геннадий Николаевич в светлом костюме первым вышел на сцену и мы подумали, что это какой-то знаменитый артист. Как диктор телевидения бархатно и уверенно он читал слова посвящения, приглашал на сцену наших будущих учителей — профессоров, а затем и Татьяну Судец. Она тогда была очень известным человеком, дикторов центрального телевидения знал в лицо весь Советский Союз, а времени с момента распада нашей великой страны прошло совсем немного. Этот роскошный зал, прославленная сцена, академики в её центре, музыка, предстоящее право ношения белого халата — создавали какое-то невероятное ощущение. Огромный подъём, добрый пафос, все это было чем-то похоже на первую любовь. Мы потом обсуждали с ребятами, которые поступили в другие вузы, а как у них прошёл этот день? Не трудно догадаться что самым торжественным он был в Московском медицинском стоматологическом институте, который когда-то с отличием закончил сам Троянский, и который придумал всё это!

Здесь хотелось бы особенно отметить выдающуюся роль Геннадия Николаевича в организации таких знаковых для института событий. Праздники для того и придуманы, чтобы люди почувствовали смыслы и вклад в общее дело, услышали добрые

слова. Троянский был великий организатор и равных ему в этом деле не было.

Как однажды метко заметил профессор В. И. Бородулин в кругу ученых есть учителя, есть научные работники и есть организаторы. Г. Н. Троянский был как раз из последних. Он принимал самое активное участие в общественной жизни института. В 1958 г. был членом партийного бюро, в 1960 г. заместителем секретаря партийного бюро института, с 1956 по 1967 г. руководителем агитколлектива института, а с мая 1967 г. по 1970 г. заместителем секретаря парткома института. С 1970 г. секретарь парткома института.

Из воспоминаний Г. Н. Троянского: «В детстве я любил оказывать при ранениях помощь другим (вот мы играли в белых, красных и так далее).

1941 год, мне не было еще и 17 лет, я был секретарем комсомольской организации школы! У нас не было телефонов. Война 22-го, а 23-го все мы явились в школу. Старшие 10-классники и 9-классники, которым исполнилось 18, ушли в армию добровольно, по призыву. Мы же, 8 класс и 7 класс — на военный завод. На завод боеприпасов, комбинат 179. Там я месяц учился фрезеровщиком-учеником, затем работал фрезеровщиком и через 2 месяца я стал мастером фрезерного участка. У меня уже был коллектив — 20—25 человек. Вот так я работал более полутора лет. Но в 1942 мы, 11 человек, убежали в армию добровольно, оставив и паспорта, и денежные расчеты родителям по доверенности. Но, к сожалению, повторилась болезнь, которой я болел в детстве. Я заболел ревмокардитом и был уволен из армии. Направлен в госпиталь, где и работал. Затем вечерняя школа и институт.

Со второго курса получал Сталинскую стипендию. Моя жена, рентгенолог, получала 70 рублей тогда, а я Сталинский стипендиат получал 100 рублей. Но надо сказать, что со второго курса я уже был партгором, затем членом партбюро.

В 1957 году я возил отряд. Я и преподаватель Андронов, мы были два руководителя в Алтайский край, Шарчинский район — на целину. То есть в Москве был фестиваль, а мы уехали на целину. И впервые наш отряд получил за отличную работу 23 медали за освоение целинных и залежных земель. Я в институте все время был руководящим, затем стал членом партбюро, а затем заместителем секретаря и секретарем партийной организации. У нас была великолепная студенческая бригада артистов, бригада ВВС, которая ездила по колхозам и заводам выступая, и наконец она превратилась в команду КВН.

Мы в 1970 году дошли до финала. Мы проиграли более сильной команде. Действительно, рижский завод, который изготавливал приемники, вот эта команда обыграла нас. Нас показывали по телевизору, то есть я все время с молодежью. По нашей инициативе мы предложили нашим комсомолам, нашей молодежи изготовить памятник участникам Великой Отечественной Войны, и мы собрали деньги, я тогда уже был секретарем парткома. Наконец в 1983

<sup>1</sup> Архив ФГБОУ ВО Российский университет медицины Минздрава России. Личное дело Г. Н. Троянского. Дело. №Т. Л. 244—570.

году была создана кафедра истории медицины, которую я и возглавил. Возглавил и руководил 20 лет.

Начиная с 1982 года по 1987 год мы собирали материалы, архивы. Архивов не было, архивы в годы войны были многие сожжены. Поэтому все по крупицам мы собирали и собирали. Кто-то живой остался, дети и так далее, и в 1987 году мы открыли этот музей. Мы создали подлинно научную историю нашего института.

Когда создавался музей, мы за счет института купили 4 портрета ректоров, потом приобрели еще 1—2 портрета академиков, затем нам очень много портретов здесь подарили выпускники, и вот так постепенно — нам студенты, мы сами. Юбилей профессора какого-то Н. 70 лет — ему дарит кафедра портрет Федорова, Баркова, Дойникова и других. И вот так на протяжении этих лет такой портретной галереи ни во втором, ни в первом меде нет.»<sup>2</sup>.

В 1970 г. Геннадий Николаевич защитил кандидатскую диссертацию на тему «Развитие ортопедической стоматологии за 50 лет Советской власти». Фактически это была первая серьезная работа по истории стоматологии СССР. В статьях исторические оценки давали многие, но полноценного анализа и изучения не было. Эта тема и определила дальнейшее направление его научных исследований [1—4].

В научном арсенале Г. Н. Троянского — более 200 научных публикаций, в том числе 12 монографий, посвященных истории развития стоматологии. Под его руководством защищено 9 кандидатских диссертаций [2].

Среди наиболее крупных его научных работ необходимо отметить следующие: монографии «История развития советской ортопедической стоматологии» (Медицина, 1975); «Развитие отечественной ортодонтии». (Медицина, 1980); «История советской соматологии (Очерки)» (Медицина, 1983); «Галерея ведущих советских стоматологов» (ММСИ, 1986 г. и 1988 г.); «Московский медицинский стоматологический институт (страницы истории)» (ММСИ, 1999 г. и 2002 г.); труды «Модель врача выпускника по специальности «стоматология» и пути ее внедрения» (Здравоохранение РСФСР, № 9, 1983); «Учебно-методические разработки к семинарским занятиям по истории медицины для студентов и преподавателей стоматологических факультетов» (ММСИ, 1986); «Вклад академиков и членов-корреспондентов АМН СССР и РАМН, сотрудников ММСИ в развитие отечественной медицины» (РНИЦ Медицинский музей, 1993); методические пособия «Экскурс в историю медицинского страхования в России» (ММСИ, 1997); «Учебно-методическое пособие к семинарским занятиям по истории медицины для студентов и преподавателей стоматологического факультета» (ВУНМЦ, 1998).

В 1972 г. Г. Н. Троянский стал одним из инициаторов создания лечебного факультета.

С 1976 г. по 1990 г. был проректором института по учебно-методической работе. В этот период под его руководством были разработаны учебные программы для всех факультетов по истории медицины в том числе: программа по истории медицины для студентов стоматологических факультетов медицинских институтов РФ (Минздрав РФ. — М.: ВУНМЦ, 1997); программа по медицинскому музееведению и истории медицины для слушателей курсов усовершенствования и специализации музейных работников медицинских музеев страны. (Минздрав РФ. — М.: ВУНМЦ, 1997)<sup>3</sup>.

В начале 80-х годов Г. Н. Троянский возглавил группу сотрудников института, создавшую модель выпускника по специальности «Стоматология», которая определила основные направления специальной и общемедицинской подготовки врача-стоматолога.

Геннадий Николаевич был членом Проблемных комиссий «История медицины» при РАМН и Большой медицинской энциклопедии, членом Ученого совета и членом Центрального методического совета МГМСУ, председателем совета «История МГМСУ», членом Президиума Международной конфедерации историков медицины, с 1982 г. заместителем председателя Московского общества историков медицины, почетным председателем Ассоциации стоматологов города Севастополя, почетным членом Ассоциации ортодонтов России. Г. Н. Троянский являлся активным участником нескольких международных симпозиумов по истории медицины и музейно-выставочному делу (Москва, Берлин, Ливерпуль).

В 1982 г. он организовал и возглавил курс истории медицины, на основе которого в 1983 г. была открыта одноименная кафедра с курсом советского права<sup>4</sup>. Профильные кафедры по истории медицины в вузах были единичны. В 1992 г. на кафедре был открыт курс медицинского музееведения. Это была первая попытка повышать квалификацию специалистов, которые занимались музейным делом в медицинских вузах страны [2,3].

Кафедра систематически занимала призовые места в соревновании кафедр и награждена несколькими грамотами и вымпелами «Лучшему коллективу».

Главным делом и гордостью Геннадия Николаевича стало открытие в 1987 г. музея истории института. Музей был и остается учебной базой для преподавания истории медицины и стоматологии. Сейчас он вышел на международный уровень: началось его тесное сотрудничество с международным сотрудничеством музейных работников. Ученые Европы и Америки посещают музей, обмениваются информацией, делятся экспонатами, приглашают к участию в

<sup>3</sup> Музей истории медицины ФГБОУ ВО Российский университет медицины Минздрава России. Инв. № КП 206. Характеристика на Г. Н. Троянского. 1990-е гг.

<sup>4</sup> Музей истории медицины ФГБОУ ВО Российский университет медицины Минздрава России. Инв. № КП 134. Выписка из приказа ректора ММСИ об утверждении Г. Н. Троянского в должности зав. кафедрой истории медицины с курсом советского права. 1983 г.

<sup>2</sup> К. А. Пашков. Видеофильм «Медики на опаленных дорогах войны». Фрагмент интервью Г. Н. Троянского. М.: МГМСУ. 2004 г.

международных музейных организациях. В 1990 г. при кафедре был сформирован курс музееведения, целью которого было повышение квалификации музейных работников медицинских институтов страны [2—4].

В 2003 г. году Николай Дмитриевич Ющук пригласил его к себе и сказал, что, наверное, пора передавать молодёжи свое дело, ведь Геннадий Николаевич был уже не молод и ректор хотел сохранить его как можно дольше для университета, Троянский ответил — я хочу умереть на сцене. Действительно, эти два дня в году — посвящение и выпуск — были для него самыми главными. Он писал сценарий, искал новинки, стремился сделать так, чтобы каждый кто впервые, а кто уже в 10-й раз оказывался на этом действии, почувствовал его душу, почувствовал дыхание университета, проникся всем тем настроением, который куда более важен, чем все то, чему у тебя научили в университете. Этот настрой в том, что ты становишься частью большой семьи, семьи, которая тебя всегда ждёт и примет, семьи, где ты любим. И конечно, в 2000-м году, получая на сцене в диплом из рук академика Соколова, я не предполагал, что однажды выйду на эту сцену и скажу всем: «Здравствуйте!», слыша в голове голос Троянского, приму эстафету кафедры, которая была для него всем, услышу в последний раз его доброе наставление...

История медицины преподавалась у нас на первом курсе. Я с друзьями сидел на последней парте, в большом лекционном зале на Старомонетном переулке. Лекцию читала доцент Алексеева Елена Владимировна. Она рассказывала о кафедре, о значении дисциплины для формирования личности врача, и как-то очень торжественно объявила, что заведует кафедрой профессор Геннадий Николаевич Троянский. Услышав эту фамилию, мы захохотали. «Что за смех», — спросила Алексеева, в ответ мы ответили, что уж больно историческая фамилия. Мне показалось, что она даже чуть-чуть обиделась и как-то сурово возразила словами — неизвестно какие ассоциации будет вызывать ваша фамилия. А уже на следующий неделе Троянский вёл экскурсию в институтском музее. Он, конечно, блестяще знал материал, это был рассказ о его жизни, потому что музей он сам создал и увековечил в нём тех, с кем работал, кого лично знал, с кем прожил всю свою жизнь. Тогда эти портреты даже как-то ожили в его образном повествовании. В конце экскурсии он предложил сделать запись в журнале и я с радостью вызвался это сделать. Впечатлённый экскурсией оставил добрый отзыв. Геннадий Николаевич перечитал и спросил с собой ли у меня зачётка. Ну кто же носит её с собой? Да ещё и в первую неделю учёбы? Он отметил, что за такой отзыв готов поставить автомат и я на радостях перестал ходить на занятия. История медицины мне всегда нравилась и до поступления в институт я даже почитывал этот курс в родном медицинском колледже. Повторять все это в институте особого смысла не видел и, признаться, очень обрадовался такому стечению обстоятельств. Полгода спустя предстояло получить подпись пре-

подавателя зачётную книжку. Доцент Алексеева не скрывала своего недовольства но написала «зачтено» и мне стало как-то очень стыдно, что этот зачёт появился именно так. Я был старостой группы и уже весной в деканате мне объявили, что начинается подготовка к выпускному вечеру и нужно собрать активных ребят для помощи в организации этого знакового события. Так началось моё общение с Троянским. На выпускном мы хорошо познакомились и уже летом готовясь к очередному первому сентября он пригласил меня к себе на дачу в Кратово. Это была настоящая профессорская дача, как в фильмах. Деревянная веранда, запах леса, вековые сосны и очень милая, хлопотливая жена, которая угощала чаем и какими-то нехитрыми конфетами. Я стеснялся, но мне очень хотелось помочь ему во всех делах. Мы обсуждали сценарий и дальше практически каждый год то пели, то читали стихи, то ещё что-то придумывали. Вновь доставался «кобедешный» костюм, светлые туфли — Троянский был в них неотразим! И в этом было не только отношение к профессии и белому халату, в этом было то, что сегодня мы ищем и пытаемся формализовать в воспитательную работу. Тогда ее никто не формулировал, а просто Троянский был примером для подражания. Без галстука его никто не видел, его стиль сам воспитывал будущих мужчин, а уж про грамотную речь и говорить не приходится.

Летом 2003-го меня представили коллективу кафедры как нового заведующего. Геннадий Николаевич с настороженностью смотрел. Ещё бы, ведь кафедра переезжала на новое место, был большой ремонт и все предстояло сделать заново. Самым больным для него был переезд музея. Я думаю, многие поймут его и меня сейчас, ведь каждая фотография, каждая книжка — все прошло через его руки. Это было частью его плоти. Что, собственно, есть у человека в жизни? Учёные в какой-то степени счастливее других — они оставляют новые знания, труды и книги — мысль, облеченную в слово, остающуюся на века. В нашем музее множество брошюр и книг, где рукой Геннадия Николаевича написано — «В дар музею медицины». Поверить в то, что двадцатилетний пацан не ломает дело всей его жизни было непросто. Честно признаться, я и сам до конца не понимал, что делаю. Ректор доверил, а я не мог его подвести. Самое верное определение тому, что произошло за два месяца, будут слова «с Божьей помощью». Даже сейчас мне это кажется каким-то чудом. Всё как-то идеально сложилось. Нам помогли с ремонтом и к 1 сентября кафедра была готова принимать первокурсников, а уже к Новому году мы открыли музей. У Геннадия Николаевича был кабинет, письменный стол, богатое кресло, ковёр под ногами. На кафедру он уже приходил не часто. Сам болел, и уход из жизни его супруги тяжело сказался на настроении и быте. Я почувствовал где-то через полгода, что его отношение ко мне изменяется в лучшую сторону. Он давал много ценных советов и опекал меня. А в мае 2004-го неожиданно раздался телефонный звонок, как сейчас говорят с неизвестного номера. Был очень солнечный тёплый день, и я

услышал голос Геннадия Николаевича: «Привет, как дела?», а затем долго — минут 20 — он рассуждал об истории медицины, кафедре, хвалил меня и говорил, что я все правильно делаю и у меня все получится, говорил о необходимости защиты докторской диссертации (переживал вслух, что сам не защитился), о том, что я обязательно должен стать профессором, что наша специальность очень нужна и важна. А самое главное — наше дело должно жить. Фактически это было завещание. Через неделю он тихо ушел в 50-й больнице.

Процались с Троянским на Вучетича 9а. В актовом зале, который он строил и в котором работал. В кругу друзей и учеников. Было торжественно, но внутри было как-то не по себе. Не хватало чего-то. Геннадий Николаевич был бессменным организатором и ведущим всего, что происходило в университете. И его руки на собственных похоронах не хватало. Уже потом выяснилось, что дома был заготовленный им сценарий похорон, некролог, а на могильном камне рядом с портретом жены был уже и его портрет, с датой рождения. Оставалось лишь поставить дату смерти. В этом был весь он. Порядок во всем, четкость и нежелание доставить никому никаких хлопот.

Из воспоминаний Г. Н. Троянского: *«Наше время было очень хорошим. Мы принимали участие и в художественной самодеятельности. Мы все делали сами и писали песни, и ставили танцы и сочиняли стихи. Нам надо вовлечь и создать свою команду КВН, это первое. У нас в те года были великоленные строительные отряды, мы строили «Лужники», дорогу в городе Воскресенске и так далее. А потом по нашей инициативе мы перешли из строительных в медицинский отряд. В медицинском студент первых двух курсов должен месяц отработать в больнице. И сейчас студентов в больницах не хватает. Одна няня. На весь этаж кричат: «Нянечка!» и пока докричатся... и так далее. Нужны! Почему бы не выйти с инициативой о создании опять медицинских студенческих отрядов. Я желаю им успехов, у них великоленные условия, которые сейчас созданы: аппаратура, профессура...это только могли мечтать, это только мы могли видеть во сне. Желаю им успехов!»*<sup>5</sup>

Геннадий Николаевич Троянский заведовал кафедрой истории с 1983 по 2003 год. Кандидат медицинских наук, профессор, действительный член Пе-

<sup>5</sup> К. А. Пашков. Видеофильм «Медики на опаленных дорогах войны». Фрагмент интервью Г. Н. Троянского. М.: МГМСУ. 2004 г.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.  
The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 11.11.2024; одобрена после рецензирования 14.11.2024; принята к публикации 18.11.2024.  
The article was submitted 11.11.2024; approved after reviewing 14.11.2024; accepted for publication 18.11.2024.

тровской академии наук, действительный член Академии медико-технических наук.

За разработку и внедрение в практику ортопедической стоматологии спецсплавов в 1970 году был награжден бронзовой медалью Главным комитетом Выставки достижений народного хозяйства СССР [2].

Троянский Г. Н. награжден медалями: «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.» — 1946 г., «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.» — 1947 г., «За освоение целинных земель» — 1957 г., «Двадцать лет Победы в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.» — 1966, «За доблестный труд в ознаменование 100-летия со дня рождения В. И. Ленина» — 1970 г., знаком «Отличнику здравоохранения» — 1970 г.<sup>6</sup>

За успехи, достигнутые в области подготовки научных кадров награжден орденом Трудового Красного Знамени, орденом Знак Почета, присвоено звание Заслуженный работник здравоохранения РСФСР.<sup>7</sup>

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Г. Н. Троянскому — 60 лет. Газета «Советский стоматолог». 8 октября 1984 г. с. 2.
2. К. А. Борисенко, К. А. Пашков, О. Р. Паренькова. К 90-летию со дня рождения историка медицины и стоматологии профессора Г. Н. Троянского. *Стоматология*. 2014;(4):74.
3. Г. Н. Троянский, К. А. Пашков. Московский государственный медико-стоматологический университет на службе Отечеству (80 лет истории), Москва: Вече; 2004. 203 с.
4. К. А. Пашков, А. В. Белолапоткова, К. А. Борисенко. Биографии и научные направления исследований отечественных ученых в зубоортопедии и стоматологии. М. МГМСУ им. А. И. Евдокимова; 2014. с. 222—224.

#### REFERENCES

1. G. N. Trojansky — 60 years. The newspaper "Soviet Dentist". October 8, 1984. P. 2 (in Russian).
2. K. A. Borisenko, K. A. Pashkov, O. R. Parenkova. To the 90th anniversary of the birth of Prof. G. N. Trojansky, historian of medicine and stomatology. *Stomatology. [Stomatologiya]*. 2014;(4):74 (in Russian).
3. G. N. Trojansky, K. A. Pashkov. Moscow State Medical and Dental University at the service of the Fatherland (80 years of history), Moscow: Veche; 2004. P. 203 (in Russian).
4. K. A. Pashkov, A. V. Belolapotkova, K. A. Borisenko. Biographies and scientific research directions of domestic scientists in dentistry and stomatology. Moscow State Medical University named after A. I. Evdokimov; 2014. Pp. 222—224 (in Russian).

<sup>6</sup> Музей истории медицины ФГБОУ ВО Российский университет медицины Минздрава России. Инв. № КП 719. Личный листок по учету кадров Г. Н. Троянского. 1986 г.

<sup>7</sup> Архив ФГБОУ ВО Российский университет медицины Минздрава России. Личное дело Г. Н. Троянского. Дело. №Т. Л. 244—570.

Научная статья

УДК 61(091)

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.022

## 125 лет сборнику «Русская земская медицина»

Мария Сергеевна Титорская

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

gratcheva@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5635-6207>

**Аннотация:** Статья посвящена 125-летию издания «Русской земской медицины». Долгое время этот сборник был одним из немногих справочников и методических руководств для земских врачей, источником по истории российской медицины для отечественных и зарубежных исследователей, завещанием Е. А. Осипов земской медицине и земским врачам. «Русская земская медицина» — это яркий образец медицинской печати рубежа XIX–XX вв., воплотивший в себе образовательные, просветительские и популяризаторские функции.

**Ключевые слова:** земская медицина, просвещение, популяризация научной медицины

**Для цитирования:** Титорская М. С. 125 лет сборнику «Русская земская медицина» // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 141–146. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.022.

Original article

## 125 years of the collection 'Russian Zemstvo Medicine'

Maria S. Tutorskaya

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

gratcheva@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5635-6207>

**Abstract:** The article is dedicated to the 125th anniversary of the publication of 'Russian Zemstvo Medicine'. For a long time this collection was one of the few reference books and methodological guides for zemstvo doctors, a source on the history of Russian medicine for domestic and foreign researchers, a testament of E. A. Osipov to zemstvo medicine and zemstvo doctors. 'Russian zemstvo medicine' is a vivid example of medical press of the turn of the XIX–XX centuries, which embodied educational, enlightening and popularising functions.

**Keywords:** zemstvo medicine, education, popularisation of scientific medicine

**For citation:** Tutorskaya M. S. 125 years of the collection 'Russian Zemstvo Medicine'. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(4):141–146. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.022.

125 лет назад, в 1899 г. был опубликован сборник «Русская земская медицина». Это издание стало ключевой частью «Земско-Медицинского Сборника» — собрания статистических данных и материалов по земской медицине за ее первое 25-летие (1865—1890).

Упоминания данной работы непременно присутствуют в исследованиях, посвященных истории медицины Российской империи, земской медицине [1] и статистике [2]. Изучение отдельных регионов [3—5] также не обходится без обращения к данным, представленным в сборнике. Более того, история его создания является предметом исследований и ярким примером консолидации врачебного сообщества этого времени [6].

Основную работу по подготовке «Русской земской медицины» осуществил Евграф Алексеевич Осипов (1841—1904), заведующий санитарным бюро московского губернского земства. Е. А. Осипов

был членом Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова, неоднократно возглавлял на съездах секцию земской медицины и врачебного быта, входил в постоянное Правление Пироговского общества с момента его создания в 1894 году и до кончины Е. А. Осипова в 1904 г. Этот труд стал «его завещанием и земской медицине, и нам, земским врачам» — писал его соавтор и редактор «Журнала Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова» И. В. Попов в некрологе Е. А. Осипову в 1904 г. [7].

Материалы «Русской земской медицины» структурированы по трем разделам: «Статистический очерк России и ее санитарного состояния», «Земская медицина в России» и «Земская медицина в Московской губернии». В приложении к сборнику опубликованы правила медико-статистической регистрации с формами, номенклатура болезней, а также карты, планы и диаграммы.



Рис. 1. Титульный лист «Русской земской медицины». Издание из фондов Российского музея медицины Национального НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко.

В «Статистическом очерке» представлены данные о населении Российской империи: национальном, религиозном, сословном, и половозрастном составе населения, даны сравнительные таблицы рождаемости и смертности за 1867—1891 гг., а также описание географического положения и территории. Первые два раздела составлены самим Е. А. Осиповым. Второй — «Земская медицина в России» — наиболее объемный, он содержит общую информацию о земстве и земском здравоохранении, краткую историю русской медицины, описание «наследства», полученного земством от Приказа Общественного Призрения, и данные об устройстве земских лечебных и санитарных учреждений. Авторы третьего раздела — также сотрудники московского губернского земства и члены Пироговского общества Иван Васильевич Попов и Петр Иванович Куркин. Они подробно описали земскую медицину и санитарную в Московской губернии, уделили внимание истории их развития, устройству, санитарным исследованиям, статистике эпидемических заболеваний за 1883—1895 гг.

В главе «Земская медицина в России» Евграф Алексеевич, опираясь на собранные для «Земско-

медицинского сборника» данные, обобщил историю развития земской медицины в первые 25 лет ее существования, выделил основные ее фазы, охарактеризовал «все вопросы ее» и указал на желательные направления дальнейшего развития.

Подчеркивая значение земской реформы для России, Осипов предложил периодизацию истории российской медицины. Он выделил следующие периоды:

- Древний патриархально-языческий (до 988 г., до крещения Русской земли).
- Религиозно-общинный (988—1620 гг.; до учреждения Аптекарского приказа).
- Государственно-централизационный, (1620—1864 гг.; до Земской реформы).
- Государственно-общественный, децентрализационный (1864—н.в. (1899 г.)).

Особое внимание Е. А. Осипов уделил последнему периоду — «децентрализационному», а также медицинскому устройству более раннего времени. Опираясь на присланные из различных регионов данные, он описал больницы, богадельни, сиротские приюты, инвалидные и «смирительные» дома, которые перешли в ведение земств. Всего земства получили 351 больницу с 11309 кроватями: около 6200 кроватей располагалось в 32 губернских больницах, а около 5100 — в 303 уездных больницах [8]. Почти все эти учреждения «находились в крайне запущенном состоянии... крыши текли, стены были треснувшие и покошеные, полы сгнившие, печи дымили, ретиральные места поражали изумительным своим устройством и зловонием» [8]. Земские врачи, поступившие на службу во Владимирскую губернскую больницу, сетовали: «крыша течет, из сортиров зловоние распространяется на всю больницу, в доме умалишенных — полное разрушение: стены снаружи треснули, больные крайне стеснены, скучены, а палаты скорее походят на казематы». В Вологодской губернской больнице врачи жаловались на отсутствие вентиляции, «запах из ретиральных мест, из помещавшихся в нижнем этаже аптеки и анатомического театра ... невозможности долго оставаться в больнице, особенно, непривычному посетителю» [8]. Новгородская больница для умалишенных «представляла нечто поистине ужасное»: больные все время проводили в клетках размером около 1,5 на 2 м. В Полтавской больнице «канины существовали только по названию, так как никогда не топились и служили главным образом шкапами для хранения пищи, приносимой больными» [8]. Из 32 губернских больниц только 4: Екатеринославская, Казанская, Калужская и Тамбовская — были относительно благополучны, отмечал Осипов. Состояние лечебных заведений уездных городов было еще хуже. Врачи губернских больниц нередко совмещали несколько должностей и имели частную практику в городе, соответственно, мало уделяли внимания пациентам больниц. В уездных городах, где больницами заведовали правительственные врачи, в их обязанности входили судебномедицинские и медико-полицейские функции. Разъезды занимали большую часть их времени, и крестьяне видели в

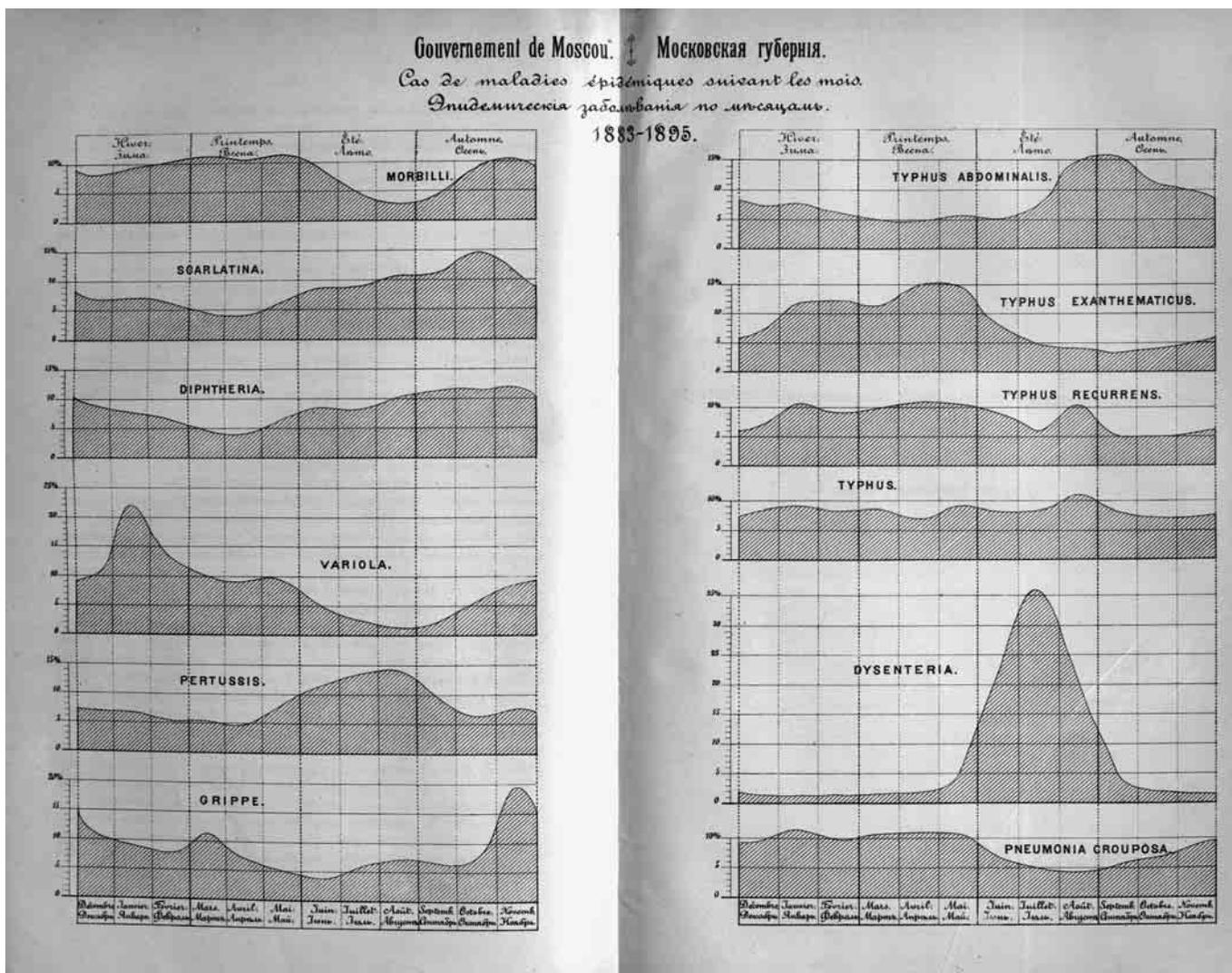


Рис. 2. Эпидемические заболевания по месяцам. 1883—1895.

них скорее чиновников, чем помощников в борьбе с болезнями.

Подобное положение дел привело к тому, что население воспринимало попадание в больницу как «божеское наказание» и не обращалось за лечением по собственной воле. Основными пациентами губернских и уездных лечебниц были нижние воинские чины, арестанты и внезапно застигнутые болезнью вдали от дома отходники. Плохие условия и высокая плата за лечение, которая рассчитывалась не по дням, а начислялась за месяц, даже когда больной лечился 2—3 дня, заставляли крестьян всеми силами избегать больниц. Лекарства, как и лечение, также оплачивались самими пациентами или принудительно взимались с их общины.

Земским врачам потребовалось много времени, чтобы заслужить народное доверие. К моменту написания «Русской земской медицины» земства были введены в 34 губерниях Европейской России и охватывали 2845420 кв. км с населением 66548635 чел. (по переписи 1897 г.). Из 50 уездов, в 46 была установлена стационарная система помощи — взамен установленной первое время разъездной. Медикаменты и лечение обеспечивалось за счет общего

земского сбора. С 1878 г. Московское губернское земство занималось строительством новых, соответствующим гигиеническим нормам, лечебниц. Они состояли «из многих довольно разнообразных зданий, представляющих в общем целые городки» [9].

Подчеркивая отличия приказной и земской медицины, Е. А. Осипов отмечал не только изменения в улучшении условий и системе оплаты. Он подчеркивал, что за небольшое время сформировалась «новая корпорация земских врачей» [9], благодаря которой удалось преодолеть дурную репутацию ученых медиков. Преимущества земской системы были оценены населением: «больные крестьяне вскоре целыми толпами стали обращаться в земские лечебницы и амбулатории», опровергая предрассудки «будто крестьяне боятся врачей» [9]. Напротив, земские врачи вскоре были вынуждены отказывать пациентам, настаивающим на своем праве «земских плательщиков», из-за недостатка коек. Больные были готовы «помещаться и на полу, а если не достанет им обеда, то ... питаться своею пищею» [9]. Дозказательством успехов земской медицины Осипов считал повсеместное искоренение местных и общих кровопусканий и веру крестьян в возможность пол-

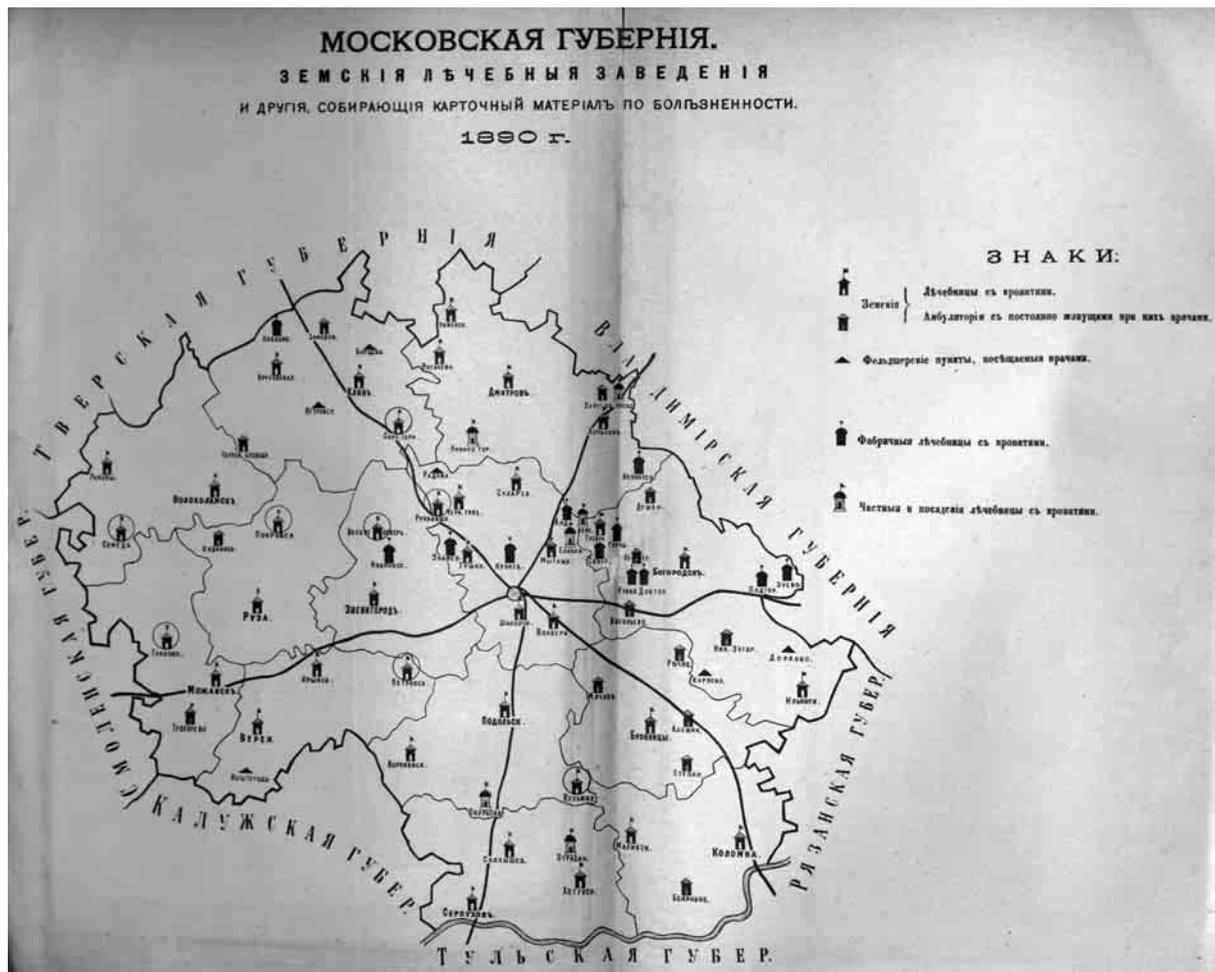


Рис. 3. Московская губерния. Земские лечебные учреждения. 1890 г.

ного выздоровления, восстановления трудоспособности и избавления от страданий в случае обращения к земским докторам. Более того, он полагал, что сельское население земской России находится в «лучшем положении относительно врачебной помощи» [9], чем малоимущее население больших городов.

На рубеже XIX—XX вв. служащие земских учреждений, земские врачи и земские гласные были основными подписчиками и читателями «Русской земской медицины» и других томов «Земско-медицинского сборника». Они видели в нем не столько исторический очерк, без которого первое 25-летие земства «осталось бы без освещения навсегда, потому что разбираться в земских архивах за старые годы год от году становится затруднительней, а в виду разрозненности, пестроты, часто канцелярской беспорядочности отчетов и докладов, в которых рассыпаны нужные данные, и вовсе безнадежными» [10], сколько методическое пособие для дальнейшего использования, сопоставления методик, использующихся в различных регионах, и распространения успешного опыта на регионы, в которых еще не было земств. Медицинские факультеты того времени не имели не готовили студентов-медиков к работе в земстве [11] — не было ни кафедр, ни отдельных курсов. Следовательно, именно сборники служили

справочниками в текущей работе и знакомили начинающих врачей с устройством и задачами общественной медицины.

И становление земской медицины, и обработка и анализ земско-медицинских данных современники неразрывно связывали с деятельностью Е. А. Осипова. В статье «Памяти Е. А. Осипова», опубликованной в апреле 1914 года, спустя десять лет с момента его смерти, говорилось:

«В начале 70-х годов прошлого столетия, как известно, возникло в Казани, где учился Е. А., некоторое брожение мысли в направлении общего выяснения общественно-санитарных задач. В этом туманном брожении был заложен жизнеспособный зародыш будущего, но это было только семя, для взращивания которого там на месте, не нашлось вполне подходящих условий. И вот (40 лет тому назад) Е. А. извлек этот эмбрион и собственными руками расчистил и вспахал для него почву. Взращенное им растение принялось и дало столь обильные и полезные плоды, что тотчас же стало широко культивироваться и покрыло собою всю площадь земской России» ... «В деле строительства земской медицины Е. А. проявил себя не только как исключительно талантливый и вдохновенный архитектор, начертавший общий план будущего здания, образец для всей земской России. Он в то

же время умел быть и был каменщиком и простым чернорабочим [12].

В медицинской и общей прессе земскую медицину, сформировавшуюся в пореформенной Российской империи, выделяли как систему, не имеющую аналогов нигде в мире. Неслучайно, что в преддверие XII Международного медицинского конгресса, проходившего в 1897 г. в Москве и Петербурге, «врачебное сословие» стремилось познакомить делегатов с достижениями земских врачей. К сожалению исполнительного комитета конгресса, книга не была готова в срок — она вышла только в 1899 г. Вслед за русским изданием, в 1900 г. сборник вышел на французском языке [13]. Он был разослан участникам конгресса и стал одним из немногих источников информации по истории медицины в России для иностранных врачей. Опираясь на эти материалы, западные исследователи писали: «Наиболее уникальным и значительным вкладом, который Россия внесла в искусство общественного здравоохранения и управления, является организация комбинированной системы бесплатной медицинской помощи и охраны здоровья для сельского населения посредством земств, или местных представительных собраний» [14].

Резюмируя, следует отметить, что сборник «Русская земская медицина» не теряет своей актуальности и сейчас, 125 лет спустя публикации. Долгое время он был одним из немногих справочников и методических руководств для земских врачей. В данный момент он продолжает играть немаловажную роль и высоко ценится как источник по истории российской медицины среди отечественных и зарубежных исследователей.

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Смирнова Е. М. Врач и земство. *Новый исторический вестник*. 2021;67(1):6—23.
2. Данилов Е. В. Земская медицина и обращаемость за медицинской помощью в конце XIX века. *Вестник Пермского университета. История*. 2023;63(4):148—160. DOI: 10.17072/2219-3111-2023-4-148-160
3. Черноухов Д. Э. «Земско-медицинский сборник» как источник по истории медицины Пермской губернии 1870—1880-х гг. *Документ. Архив. История. Современность*. 2019;(9):250—259.
4. Иванова Н. Н. Земская медицина вятской губернии в 60–90-е годы XIX века: из опыта Российского здравоохранения. *Вестник Удмуртского университета. Серия «История и филология»*. 2022;(6):1222—1231. DOI: 10.35634/2412-9534-2022-32-6-1222-1231
5. Кистенева О. А., Кистенев В. В., Ухватава Е. А. История становления и развития земской медицины в Белгородском уезде Курской губернии (к 160-летию земской медицины). *Международный научно-исследовательский журнал*. 2024;140(2):1—7. DOI: 10.23670/IRJ.2024.140.68
6. Егорышева И. В. Из истории создания книги «Русская земская медицина» (1899). *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2016;(3):99—104.
7. Попов И. В. Некролог Е. А. Осипова. *Журнал Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова*. 1904;(3):235—243.
8. Осипов Е. А. Медицинское устройство, доставшееся земству от прежнего времени В кн.: Русская земская медицина. Под

- ред: Е. А. Осипов, И. В. Попов, П. И. Куркин. М.; 1899. С. 60—71.
9. Осипов Е. А. Организация земской врачебной медицины В кн.: Русская земская медицина. Под ред: Е. А. Осипов, И. В. Попов, П. И. Куркин. М.; 1899. С. 71—98.
  10. Шидловский К. И. Общество русских врачей в память Н. И. Пирогова (обзор деятельности). В кн. Николай Иванович Пирогов и его наследие пироговские съезды: Юбил. изд. под ред. М. М. Гран, З. Г. Френкеля и А. И. Шингарева. 1810—1910. Санкт-Петербург: А. М. Карачунский; 1911. С. 159—168.
  11. Бергер Е. Е., Тутурская М. С. Комплаенс в русской деревне. биополитика или распространение гигиенических знаний? *Диалог со временем*. 2023;82(1):272—285. DOI: 10.21267/AQUILO.2023.82.82.017
  12. К. Ш. Памяти Е. А. Осипова. *Общественный врач*. 1914;(4):518—524.
  13. Osipov E. A., Popov, I. W., Kourkine, P. I. Congrès international de médecine. La médecine du zemstvo en Russie?: aperçu du développement de la médecine du zemstvo en Russie en général, et dans le gouvernement de Moscou en particulier, accompagné d'un petit exposé statistique sur le pays et son état sanitaire. Moscou: impr. S. Yakowlew; 1900.
  14. Winslow C.-E. A. Public Health Administration in Russia in 1917. *Public Health Reports (1896—1970)*. 1917;52(32):2191—219. DOI: 10.2307/4574703

#### REFERENCES

1. Smirnova E. M. The Doctor and the Zemstvo. *The New Historic Gazette*. [Novyy Istoricheskiy Vestnik]. 2021;67(1):6—23 (in Russian).
2. Danilov E. V. Zemstvo medicine and health care seeking in the late 19th century. *Bulletin of Perm University. History*. [Vestnik Permskogo universiteta. Istoriya]. 2023;63(4):148—160 (in Russian). DOI: 10.17072/2219-3111-2023-4-148-160
3. Chernoukhov, D. 'Zemstvo Medical Compendium' as a Source on the History of Medicine in Perm Guberniya in 1870—1880s. *Document. Archive. History. Modernity*. [Dokument. Arkhiv. Istoriya. Sovremennost]. 2019;(9):250—259 (in Russian).
4. Ivanova N. N. Zemsky medicine of the Vyatka province in the 60–90s of the 19th century: from the experience of Russian health care. *Bulletin of Udmurt University. History and Philology Series*. [Vestnik Udmurtskogo universiteta. Seriya «Istoriya i filologiya»]. 2022;(6):1222—1231 (in Russian). DOI: 10.35634/2412-9534-2022-32-6-1222-1231
5. Kisteneva O. A., Kistenev V. V., Ukhvatova Y. A. history of establishment and development of county medicine in Belgorod district of Kursk governorate (to the 160th anniversary of county medicine). *International Research Journal*. [Mezhdunarodnyy nauchno-issledovatel'skiy zhurnal]. 2024;140(2):1—7 (in Russian). DOI: 10.23670/IRJ.2024.140.68
6. Egorysheva I. V. From the history of the book «The Russian Zemstvo Medicine». *Bulletin of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health*. [Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]. 2016;(3):99—104 (in Russian).
7. Popov I. V. Obituary E. A. Osipov. *Journal of the Society of Russian Physicians in Memory of N. I. Pirogov*. [Zhurnal Obshchestva russkikh vrachey v pamyat' N. I. Pirogova]. 1904;(3):235—243 (in Russian).
8. Osipov E. A. Medical device, inherited to the zemstvo from the old time. In: Russian zemstvo medicine. Edited by E. A. Osipov, I. V. Popov, P. I. Kurkin. Moscow; 1899. P. 60—71 (in Russian).
9. Osipov E. A. Organisation of zemstvo medical medicine. In: Russian zemstvo medicine. Edited by E. A. Osipov, I. V. Popov, P. I. Kurkin. Moscow; 1899. P. 60—71 (in Russian).

10. Shidlovsky K. I. Society of Russian doctors in memory of N. I. Pirogov (review of activities). In Nikolai Ivanovich Pirogov and his legacy Pyrogov Congresses: Jubil. ed. by M. M. Gran, Z. G. Frenkel and A. I. Shingarev. 1810—1910. St. Petersburg: A. M. Karachunsky; 1911. P. 159—168 (in Russian).
11. Berger E. E., Tutorskaya M. S. Compliance in the Russian village. biopolitics or dissemination of hygienic knowledge? *Dialogue with Time. [Dialog so vremenem]*. 2023;82(1):272—285 (in Russian). DOI: 10.21267/AQUILO.2023.82.82.017
12. K. Sh. In memory of E. A. Osipov. *Community doctor. [Obshchestvennyy vrach]*. 1914;(4):518—524 (in Russian).
13. Osipov E. A., Popow, I. W., Kourkine, P. I. Congrès international de médecine. La médecine du zemstvo en Russie?: aperçu du développement de la médecine du zemstvo en Russie en général, et dans le gouvernement de Moscou en particulier, accompagné d'un petit exposé statistique sur le pays et son état sanitaire. Moscou: impr. S. Yakowlew; 1900.
14. Winslow C.-E. A. Public Health Administration in Russia in 1917. *Public Health Reports (1896—1970)*. 1917;52(32):2191—219. DOI: 10.2307/4574703

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.  
The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 01.10.2024; одобрена после рецензирования 30.10.2024; принята к публикации 18.11.2024.  
The article was submitted 01.10.2024; approved after reviewing 30.10.2024; accepted for publication 18.11.2024.

Научная статья

УДК 616.1—089(091):929Коротков(045)

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.023

**Доктор медицины Н. С. Коротков — автор открытия звукового метода определения артериального давления (к 150-летию со дня рождения)**

*Игорь Андреевич Нуштаев<sup>1</sup>, Аркадий Иванович Завьялов<sup>2✉</sup>,  
Малик Тагудинович Муталибов<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>ФБГОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского Минздрава России, 410012, г. Саратов, Российская Федерация;

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

<sup>3</sup>ФБГОУ ВО Российский университет медицины Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

<sup>1</sup>andreevich\_58\_58@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0009-2617-2541>

<sup>2</sup>ark.zavyalow@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3982-6013>

<sup>3</sup>Adonis\_m@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0002-1353-5787>

**Аннотация.** В статье представлены краткие биографические сведения о докторе медицины Н. С. Короткове и открытии им простого, доступного и точного звукового метода определения артериального давления у человека, получившего всемирное признание и широкое его применение в медицинской практике. Использование этого метода врачами в повседневной работе позволило своевременно проводить диагностику, лечение сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе определить тактику оперативного лечения аневризм артерий и меры профилактики их осложнений.

**Ключевые слова:** доктор медицины Н. С. Коротков, звуковой метод определения артериального давления, аневризмы артерий.

**Для цитирования:** Нуштаев И. А., Завьялов А. И., Муталибов М. Т. Доктор медицины Н. С. Коротков — автор открытия звукового метода определения артериального давления (к 150-летию со дня рождения) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 147—152. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.023.

Original article

**Doctor of Medicine N. S. Korotkov is the author of the discovery of the sound method for determining blood pressure (to the 150-th anniversary of his birth)**

*Igor A. Nushtaev<sup>1</sup>, Arkady I. Zavyalov<sup>2✉</sup>, Malik T. Mutalibov<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Saratov State Medical University, 410012, Saratov, Russian Federation;

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

<sup>3</sup>Russian University of Medicine, 127006, Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>andreevich\_58\_58@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0009-2617-2541>

<sup>2</sup>ark.zavyalow@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3982-6013>

<sup>3</sup>Adonis\_m@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0002-1353-5787>

**Annotation.** The article presents brief biographical information about Doctor of Medicine N. S. Korotkov and his discovery of a simple, accessible and accurate sound method for determining blood pressure in a person, which has received worldwide recognition and its wide application in medical practice. The use of this method by doctors in their daily work made it possible to diagnose and treat cardiovascular diseases in a timely manner, including determining the tactics of surgical treatment of arterial aneurysms and measures to prevent their complications.

**Key words:** Dr. N. S. Korotkov, Sound method for determining blood pressure.

**For citation:** Nushtaev I.A., Zavyalov A. I., Mutalibov M. T. Doctor of Medicine N. S. Korotkov is the author of the discovery of the sound method for determining blood pressure (to the 150th anniversary of his birth). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2024;(4):147–152. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.023.

26 февраля 2024 г. исполнилось 150 лет со дня рождения хирургу, доктору медицины, автору epochального открытия, звукового метода определения артериального давления крови Николаю Сергеевичу Короткову, внесшего весомый научно-практический вклад в развитие отечественной и мировой на-

уки при изучении функционального состояния сердечно-сосудистой системы у здорового человека.

Историки медицины Околов В. Л. и Тулубаев И. Н. в монографии «С. П. Федоров (его жизнь и деятельность) — выдающийся хирург XX века» (2023), где освещают вклад хирурга Н. С. Короткова,



Рис. 1. Николай Сергеевич Коротков (1874—1920 гг.)

одного из учеников проф. С. П. Федорова, в развитие медицины: «Основная заслуга Н. С. Короткова — именно открытие и научное обоснование звукового метода бескровного определения кровяного давления. Метод по законному праву носит его имя...» [1].

Н. С. Коротков родился в Курске в купеческой семье среднего достатка. В 9-летнем возрасте поступил учиться в курскую мужскую гимназию. Окончив ее в 1893 г., он поступил на медицинский факультет Императорского Харьковского университета и, проучившись в нем три семестра, перевелся на медицинский факультет Императорского Московского университета, который успешно окончил в 1898 г., получив диплом «лекаря с отличием» и всеми правами. В период обучения в университете проявил интерес к научно-исследовательской работе. В августе этого же года он подает прошение в Медицинскую Испытательную комиссию при Императорском Московском университете о допуске его к сдаче экзаменов на степень доктора медицины. Получив разрешение, он делает обязательный взнос в сумме 20 рублей на оплату труда экзаменаторов и необходимые расходы в период работы комиссии (рис. 1).

Осенью 1898 г. в течение двух месяцев Н. С. Коротков спешно сдает 24 экзамена на степень доктора медицины, а сдачу оставшихся экзаменов он переносит на последующее время. 31 октября 1898 г. он сдает экзамен на звание «уездный врач». В этот же день подписывает «Факультетское обещание», которому он неукоснительно следует на протяжении всей жизни. «Поскольку Н. С. Коротков состоял в университете своекоштным студентом и никаких обязательств перед казною на нем не лежит», что позволяло ему свободно самому выбрать место службы после окончания университета [2].

Трудолюбие и незаурядные способности студента Н. С. Короткова были замечены преподавателя-

ми медицинского факультета при изучении им клинических дисциплин и, особенно, хирургии. Проф. А. А. Бобров обратился с ходатайством к Попечителю Московского учебного округа об утверждении доктора Н. С. Короткова ординатором кафедры госпитальной хирургии. Но рассмотрение ходатайства затянулось надолго в бюрократических инстанциях, и было удовлетворено лишь 2 мая 1900 г. Распоряжением Попечителя Московского учебного округа об утверждении Н. С. Короткова сверхштатным ординатором факультетской хирургической клиники, возглавляемой проф. А. А. Бобровым на три года без содержания. В этот период Николай Сергеевич занимается изучением и переводом с немецкого языка на русский 7-е издание одного из лучших в то время учебников по хирургии Е. Альберта «Диагностика хирургических болезней». Одна из глав в учебнике была посвящена диагностике аневризм, исследованию пульса для уточнения наличия истинной аневризмы на артерии. В дальнейшем изучению этой темы Н. С. Коротков посвятит на протяжении всей своей жизни [3,4].

В начале лета 1900 г. в Китае вспыхнуло Ихэтуанское восстание («Боксерское движение»), в подавлении которого русская армия имела большие потери среди личного состава убитыми и ранеными, что обуславливало в необходимость в экстренном формировании санитарного отрядов общества Красного Креста и направления их в регион конфликта для оказания необходимой медицинской помощи. По прибытии доктора Н. С. Короткова в составе санитарного отряда Иверской общины Красного Креста в г. Благовещенск уже был развернут лазарет на 50 коек. Среди военнослужащих, поступивших в лазарет на лечение, были с кровоточащими ранами, и перед Н. С. Коротковым стоял не простой вопрос, как может отразиться перевязка сосуда на дальнейшей судьбе конечности, в какой степени будет в ней функционировать коллатеральное кровообращение? В дальнейшем изучении данного вопроса он будет успешно заниматься в течение нескольких лет и наряду с этим сделает открытие аускультативного метода определения артериального давления.

Осенью 1900 г. в связи со вспышкой брюшного тифа среди военнослужащих в русской армии Н. С. Коротков был переведен в инфекционный лазарет для работы врачом-инфекционистом. По окончании вспышки брюшного тифа он в марте 1901 г. возвращается в Москву и продолжает обучение в ординатуре факультетской хирургической клиники проф. А. А. Боброва.

За большой вклад в оказании медицинской помощи раненым и больным воинам русской армии в период Ихэтуанского восстания Н. С. Короткову было присвоено право ношения почетного Знака Красного Креста, а в 1902 г. он был награжден орденом Св. Анны III степени [2].

После успешного окончания ординатуры весной 1903 г. Проф. С. П. Федоров весной 1903 г. возглавлявший в то время кафедру госпитальной хирургии в Императорской Военно-медицинской академии, пригласил Н. С. Короткова на работу на кафедру

как перспективного научного сотрудника и хирурга. С. П. Федоров был хорошо знаком с ним еще в период его обучения на медицинском факультете и ординатуре в факультетской хирургической клинике проф. А. А. Боброва Императорского Московского университета.

В сентябре 1903 г. Н. С. Коротков уезжает в С.-Петербург, где активно занимается хирургией в клинике проф. С. П. Федорова и одновременно готовится к сдаче экзаменов на степень доктора медицины. Но начавшаяся русско-японская война, нарушила его намеченные планы, и в июне 1904 г. Николай Сергеевич в должности старшего врача санитарного отряда Георгиевской общины Красного Креста отправляется на Дальний Восток, где работает хирургом в лазарете на 250 коек. В нем вскоре открывается специальное отделение, куда направляются на лечение все раненые с аневризмами сосудов со всех участков фронта, где он стал работать ординатором. Наряду с практической деятельностью хирург Н. С. Коротков занимается и научной работой, выслушивая звуки на сосудах у раненых с аневризмами до и после проведенной операции. Наблюдательность и систематизация полученных результатов исследования приводит в дальнейшем доктора Н. С. Короткова к открытию закономерных изменений звуков.

С началом русско-японской войны врач Н. С. Коротков добровольно ушел на фронт и служил в Маньчжурии в должности старшего врача хирургического отряда. В тот период его продолжали интересовать вопросы лечения ранений артерий (аневризм) и он задался целью найти наиболее важные признаки, которые могли бы хирургу определить судьбу конечности еще до перевязки поврежденной артерии, т. е. решить вопрос, останется ли конечность жизнеспособной после проведенной операции или сразу после не омертвеет?

В процессе работы на фронте Н. С. Коротков вспомнил, что еще Н. И. Пирогов советовал в каждом сомнительном случае прибегать к выслушиванию аневризмы. Возможно, что именно эта пришедшая мысль стала искрой для дальнейшего изучения и совершенствования в диагностике и правильной тактике выбора лечения аневризм артерий во избежание ампутаций конечности [3].

При обследовании раненых с повреждением сосудов Н. С. Коротков постепенно сдавливал артерии до полного исчезновения пульса на периферии и, регистрируя сфигмограммы, одновременно выслушивал звуки в отрезке сосуда, располагающемся ниже места сдавливания. По этому поводу он писал: «...занимаясь исследованиями относительно возникновения звуков при сдавливании сосудов, я должен был выяснить вопрос, какими явлениями сопровождается превращение в артериях одного рода энергии в другие». Им было установлено, что полностью сжатая артерия не дает никаких звуков. При постепенном уменьшении сжатия артерии возникают звуковые явления, на основании которых можно судить о наличии артериального давления [5].

Открытие нового метода измерения артериального давления не было случайным, а являлось результатом упорной и продолжительной работы над вопросами, касающимися диагностики повреждений крупных артериальных сосудов. Еще во время русско-японской войны Н. С. Коротковым были сделаны первые наблюдения над травматическими аневризмами сосудов, которые позволили ему установить некоторые признаки, имеющие значение для топографической диагностики аневризм, и описать важнейшие симптомы. На основании их еще до оперативного вмешательства было можно судить о степени развития анастомозов у главных артериальных стволов конечностей.

После окончания русско-японской войны Николай Сергеевич возвращается Военно-медицинскую академию, где продолжает заниматься вопросами диагностики, клиники и лечения травматических повреждений артериальных и венозных сосудов. По дороге домой в начале апреля 1905 г. он еще раз просматривает записи своих наблюдений о способе дооперационного определения о возможности коллатеральной обеспечить кровоток после перевязки поврежденной артерии. Вернувшись на работу в Военно-медицинскую академию, он 23 мая 1905 г. на заседании хирургического общества делает доклад на тему: «Травматическая аневризма (наблюдение 46 случаев огнестрельных ранений сосудов)», который вызвал большой интерес и дискуссию среди хирургов и терапевтов [2].

Затем 8 ноября 1905 г. во время научного совещания врачей Клинического военного госпиталя при Военно-медицинской академии Н. С. Коротков сделал доклад о компрессионных звуках, выслушиваемых в плечевой артерии, и обосновал свой метод определения кровяного давления, получивший название звукового или аускультативного. Его доклад «К вопросу о методах исследования кровяного давления» был высоко оценен видными хирургами — профессорами С. П. Федоровым и В. А. Оппелем и опубликован в декабрьском номере журнала «Известия Императорской Военно-медицинской академии» в 1905 г. [6]. Автор доклада отмечал: «На основании своих наблюдений докладчик пришел к тому заключению, что вполне сжатая артерия при нормальных условиях не дает никаких звуков. Воспользовавшись этим явлением, он предлагает звуковой метод определения кровяного давления на людях с использованием рукава аппарата Рива-Роччи, который накладывался на среднюю  $1/2$  часть плеча; давление в рукаве быстро повышается до полного прекращения кровообращения ниже рукава, а затем, предоставив ртути манометра падать, детским стетоскопом выслушивают артерию тотчас ниже рукава. Вначале не слышно никаких звуков, но при падении ртути манометра до известной высоты появляются первые короткие тоны, появление которых указывает на прохождение части пульсовой волны под рукавом. Следовательно, цифры манометра, при которых появился первый тон, соответствуют максимальному давлению. При дальнейшем падении ртути в манометре слышатся систолические

компрессионные шумы, переходящие снова в тоны (вторые). Наконец, все звуки исчезают, что указывает на свободную проходимость пульсовой волны; это означало, что в момент исчезновения звуков минимальное кровяное давление в артерии превысило давление в рукаве. Следовательно, цифры манометра в это время соответствуют минимальному кровяному давлению. Проведенные опыты на животных дали положительные результаты. Первые звуки — тоны появляются (на 10—12 мм рт. ст.) раньше, нежели пульс, для ощущения которого (г. av, radialis) требуется прорыв большей силы пульсовой волны» [2].

Последнее утверждение докладчика было подтверждено в острых опытах на животных с перерезкой у них артерий и одновременной регистрацией внутриартериального давления крови и звуковых явлений в сосуде.

Первое сообщение Н. С. Короткова на научном совещании Клинического военного госпиталя было высоко оценено проф. кафедры врачебной диагностики и общей терапии с клиникой М. В. Яновским: «... этим методом, я думаю, мы на практике получим довольно точные результаты. Сам метод гораздо проще тех, которые предложены в последнее время Сали и доктором Усковым. Наконец, я должен сказать, что вы в своих наблюдениях обнаружили известную талантливость и остроумие. Вы легко подметили такой факт, мимо которого прошли многие исследователи, занимающиеся этим вопросом» [7].

Звуки-тоны и шумы, возникающие в сжатом сосуде, Н. С. Коротков трактовал, как обычные, компрессионные шумы. Тоны — это очень короткие компрессионные шумы, которые обусловлены проскальзыванием в сжатый сосуд «ничтожной части пульсовой волны» в чрезвычайно малый промежуток времени. В образовании тонов, кроме того, принимает участие и вибрация разлипающихся стенок сжатого сосуда. В этой связи Н. С. Коротков допускал возможность известной зависимости звуковых явлений от эластических свойств артериальной стенки.

Для подтверждения местного происхождения звуков Николай Сергеевич поставил ряд опытов на собаках, о результатах которых доложил на научном клиническом совещании 13.12. 1905 года. Опыты показали, что звуковые явления, выслушиваемые при сжатии сосуда, не являются проводными от сердца и полулунных клапанов аорты, как это предполагали некоторые оппоненты. В одном из опытов в отрезок изолированной бедренной артерии вставлялась Т-образная канюля, перпендикулярное колено которой соединялось с сосудом, наполненным физиологическим раствором. При сжатии артерии манжеткой из сосуда поступал физиологический раствор под давлением в 40 мм ртутного столба. При повышении давления до 100 мм рт. ст. бедренная артерия пропускала волну жидкости, что сопровождалось появлением вначале звука-тона, а затем шума; наконец, все звуковые явления исчезали. При увеличении колебаний давления пропускаемой че-

рез сосуда жидкости увеличивалась и амплитуда звуков. Влияние тонов сердца в этом опыте было полностью исключено и это не вызывало сомнений, что «коротковские» звуки возникают непосредственно, в самих сосудах [3].

Так, одним из ранних исследований звукового метода была работа Д. О. Крылова: «Об определении кровяного давления по звуковому способу доктора Н. С. Короткова», в которой приводится техника исследования, представлены типы звуковых явлений, дан анализ характера звуков и причин их возникновения и изменения. В этой работе подчеркивается огромная практическая важность определения артериального давления по способу Короткова. Автор, исследуя происхождение компрессионных звуковых явлений в плечевой артерии, доказал, что эти явления не могут быть объяснены деятельностью сердца и состоянием сосудистого тонуса. Их возникновение может вполне оправдать периферическое артериальное сердце [8]

В последующем под руководством проф. М. В. Яновского сотрудниками кафедры были проведены исследования в терапевтической клинике о звуковом способе определения артериального давления, и их результаты были опубликованы в научных статьях, открытого хирургом Н. С. Коротковым, в которых был раскрыт механизма звуковых явлений. В дальнейшем был принят в современной медицинской практике [9].

На XXIV Международном конгрессе терапевтов, состоявшемся в Висбадене в апреле 1907 г. когда участник научного форума В. Fellner предпринял попытку вновь открыть аускультативный метод определения артериального давления. В процессе дискуссии в защиту приоритета открытия русского ученого Н. С. Короткова выступил польский ученый W. Janowski [5].

В начале апреля 1908 г. Н. С. Коротков сдает последний экзамен на степень доктора медицины и занимается написанием и оформлением диссертации на тему: «Опыт определения силы артериальных коллатералей», защита которой состоялась 15 мая 1910 г. В качестве оппонентов выступили профессора С. П. Федоров и В. А. Оппель, приват-доцент Н. Н. Петров, которые очень высоко оценили научную работу диссертанта (Рис. 2). Спустя 12 дней на основании постановления конференции академии Н. С. Короткову был выдан диплом доктора медицины [2].

В последующем трудовая деятельность доктора Н. С. Короткова была связана с командировкой по борьбе с холерой в Терской области, затем работал врачом в Сибири на приисках Ленского золотопромышленного товарищества. Возвращение его домой в С—Петербург состоялось лишь весной 1913 года. Свою врачебную деятельность он продолжил в разных должностях, от младшего врача в «Экспедиции заготовления государственных бумаг», военного врача в госпитале, расположенного в Царском Селе и до старшего врача больницы имени Петра Великого (в 1919 году переименована в больницу имени И. И. Мечникова). Чрезмерные нагрузки, плохие

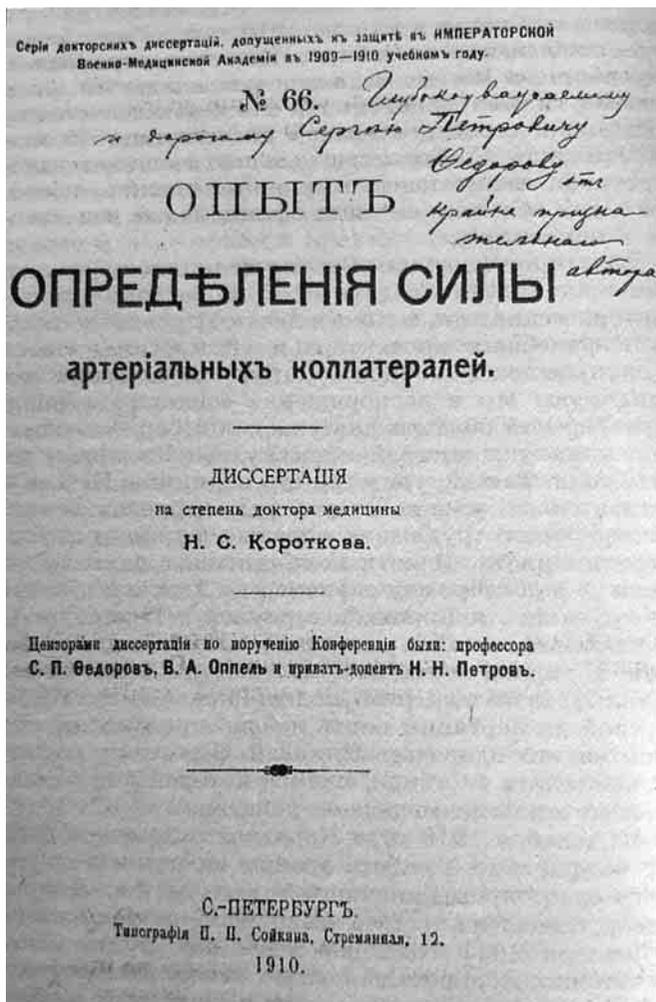


Рис. 2. Титульный лист диссертации Н. С. Короткова на степень доктора медицины. Санкт-Петербург, 1910 г.

материально-бытовые условия в годы первой и гражданской войн отразились на состоянии здоровья Николая Сергеевича и привели к обострению хронических болезней [3].

Мировое признание открытия метода определения артериального давления Н. С. Коротков получил еще при жизни после публикации статьи проф. Джозефа Эрлангера в «Американском физиологическом журнале» в 1916 году [10].

Открытый Н. С. Коротковым более века назад звуковой метод определения артериального давления не потерял своего значения в медицинской практике до настоящего времени. Так, академик РАН, профессор Ю. С. Полушин, выступая с Актовой речью: «От обезболивания до анестезии» в Первом С—Петербургском медицинском университете имени И. П. Павлова на торжественном заседании Ученого совета 23 декабря 2023 г., особо отметил: «Оценка состояния гемодинамики у оперируемых пациентов в условиях анестезии является важнейшим элементом интраоперационного функционального мониторинга. При этом нельзя обойтись без звукового метода измерения артериального давления, инструмента, которым продолжают пользоваться не только анестезиологи, но и врачи всех специальностей во всем мире» [11].

В знак признательности заслуг и большой вклад в развитие отечественной науки и врачебной практики, одна из улиц г. Санкт-Петербурга носит имя доктора медицины Н. С. Короткова, а в г. Курске — 1-я городская больница. В 1998 г. в г. С—Петербурге на здании Военно-медицинской академии, находящемся по адресу: Пироговская набережная, дом 3, в котором работал доктор Н. С. Коротков, была установлена памятная доска [3].

Для сохранения и увековечения памяти ученого, сделавшего научное открытие, российские врачи назвали его симптом Короткова — признак развития коллатерального кровообращения у больных с аневризмой артерий конечностей: больному измеряют артериальное давление дистально от аневризмы; если при сдавлении непосредственно выше аневризмы артериальное давление падает до нуля, то коллатеральное кровообращение надо считать недостаточно развитым; если давление превышает 30 мм рт. ст., коллатеральное кровообращение считается развитым удовлетворительно [12].

Умер Н. С. Коротков от туберкулеза 14 марта 1920 г. Похоронен на Богословском кладбище г. Санкт-Петербурга.

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Околов В. Л., Тулюбаев И. Н. С. П. Федоров, его жизнь и деятельность // в кн.: Выдающиеся хирурги XX века (Энциклопедическое издание). — Пятигорск, 2023. — С. 243—244.
2. Попов С. Е. Лекарь Николай Коротков. Санкт-Петербург: Изд-во ИНКАРТ, 2005. — 104 с.
3. Попов С. Е. 100-летие научного открытия хирурга Военно-медицинской академии Н. С. Короткова, сделавшего эпоху в развитии мировой медицины // Вестник аритмологии. — 2005. — № 40. — С. 29—35.
4. Альберт Э. Диагностика хирургических болезней. Перевод с 7-го немецкого издания Н. С. Короткова — ординатора факультетской хирургической клиники Императорского Московского университета, 1900. — 189 с.
5. Никитин В. Н. К пятидесятилетию разработки Н. С. Коротковым аускультативного метода определения артериального давления // Клиническая медицина. — 1956. — № 11. — С. 84—87.
6. Коротков Н. С. К вопросу о методах исследования кровяного давления (из клиники проф. С. П. Федорова) // Известия Императорской военно-медицинской академии. — 1905. — декабрь. — № 4. — С. 365.
7. Молчанов Н. С., Мищенко А. С., Сильвестров В. П. Новый этап в кардиологии // Экспериментальная хирургия и анестезиология. — 1971. — № 4. С. 6—9.
8. Крылов Д. О. Об определении кровяного давления по новому способу // Известия Императорской военно-медицинской академии. — 1906 — Т. XIII. — с. 305—309.
9. Яновский М. В. О клинической методике определения механизма измерений артериального давления // Известия Императорской военно-медицинской академии. — СПб, 1905. — № 10. — С. 1—3.
10. Эрлангер Д. Исследования по оценке артериального давления косвенными методами // Американский журнал физиологии, 1916, № 3.
11. Полушин Ю. С. От обезболивания и анестезии (Актовая речь в Первом Санкт-Петербургском медицинском университете 23 декабря 2023 г.). — С-Петербург, 2023. — С. 25—26.
12. Лазовскис И. Р. 2668 клинических симптомов и синдромов. М-ва.: «Миклош», 1995. — 32 с.

#### REFERENCES

1. Okolov V. L., Tulyubaev I. N. S. P. Fedorov, his life and activity // in: Outstanding surgeons of the twentieth century (Encyclopedic edition). — Pyatigorsk, 2023. — P. 243—244.
2. Popov S. E. Lekar Nikolay Korotkov. St. Petersburg: INKART Publ., 2005. — 104 p.

3. Popov S. E. 100-th anniversary of the scientific discovery of the surgeon of the Military Medical Academy N. S. Korotkov, who made an epoch in the development of world medicine // Bulletin of Arrhythmology. — 2005. — № 40. — P. 29—35.
4. Albert E. Die Chirurgische Diagnostik. — St-Peterburg, 1900.
5. Nikitin V. N. On the fiftieth anniversary of development of the auscultatory method of determining arterial pressure by N. S. Korotkov. — 1956. Т.34, № 11. — P. 84—87.
6. Korotkov N. S. K voprosu o metodakh issledovaniya krovyatel'nogo nagoriya (iz kliniki prof. S. P. Fedorov) [On the question of methods of blood pressure research (from the clinic of prof. S. P. Fedorov)]. — 1905. — December. — № 4. P. 365.
7. Molchanov N. S., Mishchenko A. S., Silvestrov V. P. Novyi etap v kardiologii [A new stage in cardiology]. — 1971. — № 4.— P. 6—9.
8. Krylov D. O. On the determination of blood pressure according to a new method // Proceedings of the Imperial Military Medical Academy. — 1906 — Vol. XIII. — P. 305—309.
9. Yanovsky M. V. On the clinical method of determining the mechanism of blood pressure measurements. St. Petersburg, 1905. № 10. — P. 1—3.
10. D. Erlanger Studies on the Estimation of Blood Pressure by Indirect Methods // American Journal of Physiology, 1916, № 3.
11. Polushin Y. S. Ot anesthetirovaniya i anaesthesia (Aktovaya rech v Pervoy St. Petersburg meditskom universiteta, 23 dekabrya 2023 g.). — St. Petersburg, 2023. — P. 25—26.
12. Lazovskis I. R. 2668 clinical symptoms and syndromes. Moscow: «Miklos», 1995. — 32 p.

**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 28.10.2024; одобрена после рецензирования 30.10.2024; принята к публикации 18.11.2024. The article was submitted 28.10.2024; approved after reviewing 30.10.2024; accepted for publication 18.11.2024.

# К юбилею НИИОЗММ ДЗМ: сотрудники института об актуальных проблемах здравоохранения

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.024

## Инструменты оценки цифровых компетенций в зарубежных системах здравоохранения: систематический исследовательский обзор

Андрей Викторович Старшинин<sup>1</sup>, Елена Ивановна Аксенова<sup>2</sup>, Петр Степанович Турзин<sup>3</sup>,  
Наталья Александровна Гречушкина<sup>4</sup>, Антон Сергеевич Покусаев<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Департамент здравоохранения города Москвы, г. Москва, Российская Федерация;

<sup>2–5</sup>ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения  
и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская  
Федерация

<sup>1</sup>StarshininAV@mos.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3565-2124>

<sup>2</sup>AksenovaEI2@zdrav.mos.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1600-1641>

<sup>3</sup>b71112@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5231-8000>

<sup>4</sup>grenat2014@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-2257-4470>

<sup>5</sup>PokusaevAS@zdrav.mos.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6935-7807>

**Аннотация.** Цифровая медицинская грамотность среди медицинских работников быстро развивается благодаря растущей интеграции технологий в здравоохранение. Однако до сих пор неясно, что именно должна включать в себя цифровая грамотность медицинских работников и как ее можно измерить. **Цель исследования** — расширение представления о существующих в мировой практике системах оценки цифровых компетенций медицинских работников. **Материалы и методы.** Проведен систематический обзор на основе контрольного списка PRISMA. Включены рецензируемые научные статьи за последние 10 лет (2014—2024 гг.) на английском языке, посвященные цифровой компетентности медицинских работников. Одним из критериев отбора являлся максимальный интернациональный охват, поэтому рассмотрены исследования не только ведущих стран Европы и мира, но и большинства региональных лидеров, а также развивающихся стран. На основе полученных результатов сделано обобщение наиболее изученных на сегодняшний день компетенций медицинских работников в области цифрового здравоохранения, а также инструментов, используемых для их оценки. **Заключение.** Существует большое разнообразие инструментов для оценки цифровой медицинской грамотности среди медицинских работников, которое зависит как от особенностей национальных систем здравоохранения, так и от возможностей и критериев измерения. Некоторые общие инструменты оценки медицинской грамотности потенциально могут быть адаптированы для российских пользователей, однако результаты проведенного исследования указывают на недостаток инструментов, которые были бы специально разработаны для оценки многогранной цифровой медицинской грамотности специалистов здравоохранения с учетом уникального контекста, областей, сложности, и способов оценки, необходимых для этой целевой группы.

**Ключевые слова:** цифровая компетентность, цифровая грамотность, цифровое здравоохранение, медицинский работник, специалисты здравоохранения.

**Для цитирования:** Старшинин А. В., Аксенова Е. И., Турзин П. С., Гречушкина Н.А., Покусаев А. С. Инструменты оценки цифровых компетенций в зарубежных системах здравоохранения: систематический исследовательский обзор // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 153—161. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.024.

## To the anniversary of NIIOZMM DZM: institute staff on current health care issues

Original article

### Tools for assessing digital competencies in foreign healthcare systems: scoping review

Andrey V. Starshinin<sup>1</sup>, Elena I. Aksenova<sup>2</sup>, Peter S. Turzin<sup>3</sup>, Natalia A. Grechushkina<sup>4</sup>, Anton S. Pokusaev<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Moscow City Health Department, Moscow, Russian Federation;

<sup>2-5</sup>State Budgetary Institution «Research Institute for Healthcare Organization and Medical management of Moscow Healthcare Department», Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>StarshininAV@mos.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3565-2124>

<sup>2</sup>AksenovaEI2@zdrav.mos.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1600-1641>

<sup>3</sup>b71112@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5231-8000>

<sup>4</sup>grenat2014@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-2257-4470>

<sup>5</sup>PokusaevAS@zdrav.mos.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6935-7807>

**Abstract.** Digital health literacy among healthcare workers is rapidly developing due to the increasing integration of technologies into healthcare. However, it is still unclear what exactly digital literacy of healthcare workers should include and how it can be measured. The aim of the study is to expand the understanding of existing systems for assessing digital competencies of healthcare workers in global practice. Materials and methods. A scoping review was conducted based on the PRISMA checklist. Peer-reviewed scientific articles published in English over the past 10 years (2014—2024) on digital competence of healthcare workers were included. One of the selection criteria was maximum international coverage, so studies from not only leading countries in Europe and the world, but also most regional leaders, as well as developing countries, were considered. Based on the results obtained, a generalization was made of the most studied competencies of healthcare workers in the field of digital health to date, as well as the tools used to assess them. Conclusion. There is a wide variety of tools for assessing digital health literacy among healthcare workers, which depends both on the characteristics of national healthcare systems and on the capabilities and measurement criteria. While some general health literacy assessment tools could potentially be adapted for Russian users, the findings of this study indicate a lack of tools that are specifically designed to assess the multifaceted digital health literacy of healthcare professionals, taking into account the unique context, domains, complexity, and assessment methods required for this target group.

**Key words:** digital competence, digital literacy, digital health, health worker, health professionals.

**For citation:** Starshinin A. V., Aksenova E. I., Turzin P. S., Grechushkina N. A., Pokusaev A. S. Tools for assessing digital competencies in foreign healthcare systems: scoping review. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(4):153–161. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.024.

### Введение

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) к 2030 году ожидается мировой дефицит медицинских работников порядка 18 миллионов человек<sup>1</sup>. Такой дефицит рассматривается как существенная преграда для обеспечения всеобщего доступа к качественным медицинским услугам, обеспечивающего каждому человеку возможность получить качественную медицинскую помощь без угрозы финансовых проблем.

Цифровое образование было определено как одно из потенциальных средств решения этих растущих проблем, и оно получает все большее распространение на всех уровнях образования, включая непрерывное обучение и непрерывное профессиональное развитие. Эта устойчивая тенденция, частично обусловленная достижениями в области науки и техники и увеличением потребительского спроса, также наблюдается в сфере образования медицинских работников. В соответствии с растущим внедрением инноваций в цифровом медицинском образовании за последние два десятилетия отмечается быстрый рост исследований об эффективности

цифровых медицинских образовательных мероприятий, реализуемых в различных условиях.

Международные программы и инициативы в поисках эффективных мер цифрового образования для медицинских работников — это ответ на растущую нехватку медицинских работников во всем мире, направленный на предоставление надежных доказательств в поддержку трансформации образования медицинских работников посредством использования цифровых технологий [1].

### Цифровая компетентность

Компетентность — это способность интегрировать и применять соответствующие знания, навыки и психосоциальные факторы для последовательной успешной работы в определенной области. Делят компетентность на два аспекта: жесткий и мягкий. К «жестким» аспектам компетентности относятся знания, навыки и поведение, тогда как «мягкие» аспекты — это черты характера, мотивы, отношения, ценности и самооценка. Вместе они определяют производительность или результаты (очевидные и неочевидные) человека на конкретной работе [2]. Однако проблема состоит в том, что компетентность является противоречивым понятием, не имеющим строгих контекстных рамок. Но здесь она рассматривается как целостное сочетание знаний, деятельности, навыков, ценностей и/или отношений, требуемых для успешного осуществления определенных задач или действий.

<sup>1</sup>Dublin Declaration on Human Resources for Health: Building the Health Workforce of the Future. Dublin: Fourth Global Forum on Human Resources for Health, World Health Organization; 2017. Nov 17, URL: <https://www.who.int/publications/i/item/dublin-declaration-on-human-resources-for-health—building-the-health-workforce-of-the-future> (дата обращения: 02.06.2024).

Таблица 1

Области компетенций			
Технические компетенции	Методологические компетенции	Социальные компетенции	Личные компетенции
Базовая компьютерная компетентность	Компетенция в обработке данных и информации	Работа в группах	Инновационное поведение
Базовая компетентность в использовании беспроводных устройств			
Прикладные навыки цифрового здравоохранения	Непрерывное обучение	Коммуникативная компетентность	Саморефлексия
Ожидание передовых и будущих цифровых компетенций			
Управление технологиями	Исследовательская компетентность	Навыки сетевого взаимодействия	Критическое мышление
Этические аспекты цифровизации			
Правовые аспекты цифровизации	Решение проблем	Обучение	Творчество
		Сосредоточенность на пациентах	Профессионализм

Еще одна важная, но часто упускаемая из виду проблема заключается в необходимости обеспечения достаточной квалификации медицинских работников для внедрения новых технологических решений в клиническую практику, а компетенции, необходимые для успешной цифровизации в медицинских учреждениях, четко не определены [3]. Данное систематическое исследование фокусируется на связанных с цифровизацией знаниях, навыках и отношениях, необходимых медицинским работникам для интеграции цифровых технологий в профессиональный контекст.

Термин «цифровая грамотность» или «цифровая компетентность» означает способность использовать технологии для участия и внесения вклада в современную социальную, культурную, политическую и экономическую жизнь. Для успешной трансформации системы здравоохранения необходима цифровая грамотность. Технологически подкованные работники здравоохранения могут лучше лечить своих пациентов. Отличная цифровая грамотность может привести к повышению готовности к использованию электронных систем медицинских записей. В свою очередь, это может повысить эффективность и долгосрочную жизнеспособность систем здравоохранения. Все компетенции, разделены на четыре области: технические, методологические, социальные и личностные (табл. 1) [4].

### Материалы и методы

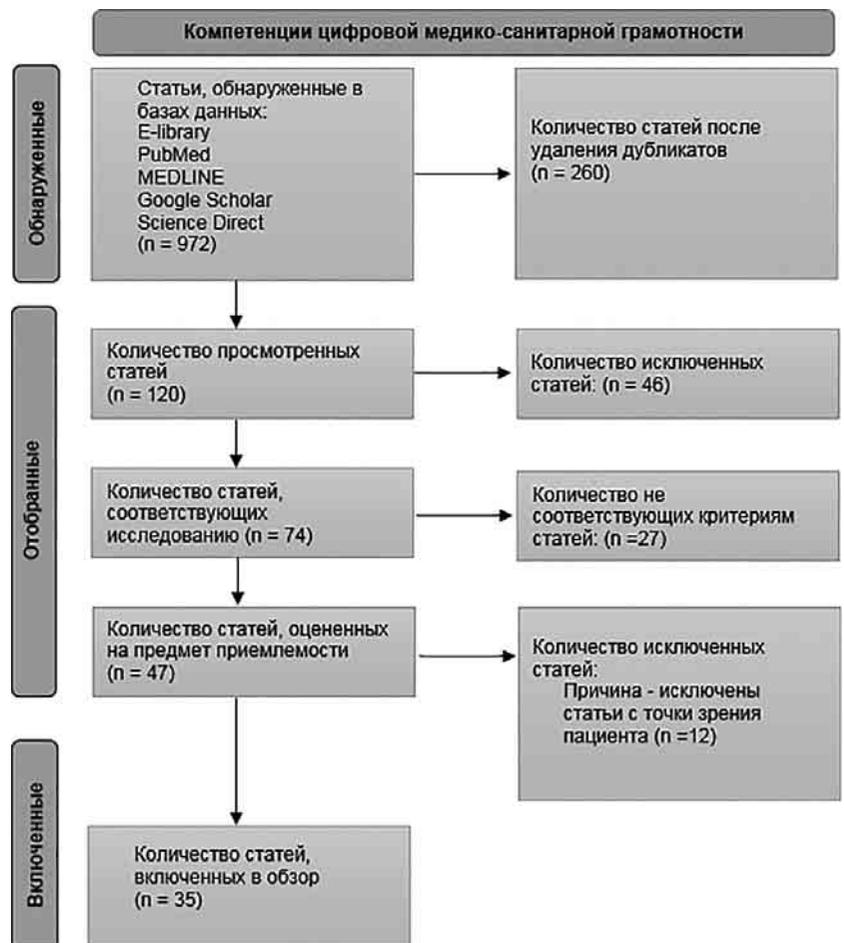
**Вопросы исследования.** Рассмотрены два основных вопроса исследования: Какие компетенции в области цифрового здравоохранения для специалистов здравоохранения существуют в мировой практике? И какие инструменты используются для оценки этих компетенций?

**Дизайн исследования.** При подготовке обзора использовался метод представления отчетности о систематических обзорах и метаанализах (PRISMA) (рис. 1).

**Критерии соответствия.** Включены исследования, удовлетворяющие следующим критериям: оценка компетенций цифрового здравоохранения как обобщающего термина (включая близкие термины, например, цифровое образование). Хотя предметом интереса является «цифровая компетентность», рассматривался и термин «цифровая грамотность», поскольку он более распространен в англоязычных странах, и оба понятия часто используются как синонимы [5].

**Поиск данных.** Был проведен всесторонний поиск соответствующих данных в библиографических базах данных, включая E-library, PubMed, MEDLINE, Google Scholar, ScienceDirect с использованием таких ключевых слов, как: «цифровая компетентность», «цифровая грамотность», «медицинский работник», «работник здравоохранения», «помощник врача». Поиск был ограничен рецензируемыми научными статьями, опубликованными на английском языке за последнее десятилетие (2014—2024) и был сосредоточен на теме цифровой компетентности медицинских работников

**Извлечение, анализ и синтез данных.** Для систематизации данных из выбранных исследований, со-



PRISMA: схема поиска литературы.

ответствующих целям проекта, были созданы две сетки Excel. Практическая применимость этих таблиц была подтверждена путем их тестирования на реальных исследованиях.

После извлечения данных, характеристики исследования были обобщены в соответствии с дизайном исследования с перечислением их основных особенностей, в том числе методологического качества. Компетенции цифрового здравоохранения были систематизированы путем извлечения и анализа элементов, включенных в инструменты, которые использовались для оценки таких компетенций в каждом исследовании, независимо от его формата. Полученные элементы были сгруппированы в категории и, при необходимости, в подкатегории.

### Результаты

В результате поиска литературы было выявлено в общей сложности 972 исследования, из которых 35 соответствовали критериям включения. Несмотря на масштабное исследование, не удалось выявить единый, наиболее эффективный цифровой инструмент для оценки цифровых компетенций медицинских работников. Поэтому для оценки цифровой компетентности в здравоохранении было использовано несколько проверенных инструментов самооценки:

- Шкала грамотности в области электронного здравоохранения — eHEALS;
- Инструмент цифровой медицинской грамотности — DHLI;
- Вопросник по медицинской грамотности — HLQ;
- Инструмент «Осведомленность, Знания, Отношение, Навыки» — AKAS;
- Опросник компьютерной грамотности — CLQ;
- Многокомпонентная оценка компьютерной грамотности — MACL;
- Предварительный тест на отношение к компьютерам в оценке здравоохранения — RATCN.

Индивидуальные шкалы оценки компетентности:

- Канадская шкала оценки компетентности — COACH;
- Датская шкала оценки компетентности — Staff eHLQ;
- Испанская шкала оценки компетентности — АСТIC;
- Финская шкала оценки компетентности — DigiHealthCom и DigiComInf;
- Австралийская шкала оценки компетентности — CHIA;
- Американская шкала оценки компетентности — HITCOMP;
- Индонезийская шкала оценки компетентности — PHIC4PHC;
- Английская шкала оценки компетентности — TIGER.

Многие исследователи разрабатывали свои собственные анкеты или опросники (15/35, 43%), а не

использовали существующие проверенные инструменты. Количество элементов в них варьировало от 1 до 47 пунктов, часто они охватывали несколько измерений, таких как осведомленность, самоэффективность и установки. Опросники сильно различались по своему статистическому качеству. Многие из них не были проверены ни в одной из статистических форм, другие оценены только на внутреннюю согласованность и лишь несколько инструментов проверено с помощью различных тестов надежности и валидности. В ряде случаев применялись практические тесты или симуляции для оценки фактической производительности (3/35, 9%, табл. 2).

Поскольку цифровое здравоохранение все больше интегрируется в различные медицинские специальности, возникает потребность в инструментах оценки, адаптированных к конкретным ролям и контекстам в здравоохранении.

Большинство инструментов опираются на самооценку компетенций (32/35, 91%), а не на объективные измерения навыков. Это, в определенном роде, серьезное ограничение, поскольку самовосприятие может неточно отражать фактическую компетентность. Поэтому существует необходимость разработки более объективных систем измерений. Более того, при разработке новых методов оценки необходимо учитывать, что компетентность в сфере цифрового здравоохранения — это многогранное понятие. Следует принимать во внимание не только технические навыки специалистов, но и их знания, отношение к цифровым технологиям, уверенность в их применении и осведомленность о возможностях и ограничениях этих инструментов.

Лишь в половине исследований (17/35, 49%) было приведено определение грамотности в области электронного здравоохранения, что важно для того, как эта концепция операционализируется и измеряется (например, конструктивная валидность).

*Выбранные статьи.* С 2014 по 2019 г. было опубликовано только 12 (34%) статей, а с 2020 г. опубликованы 23 (66%) статьи, что указывает на возрастание понимания среди специалистов здравоохранения и исследователей актуальности цифровой грамотности. Так, из 35 статей 5 (14%) было опубликовано в 2020 г., 8 (23%) — в 2021 г., 3 (9%) — в 2022 г., 2 (6%) — в 2023 г., а в 2024 г. до июля этого года было опубликовано уже в общей сложности 5 (14%) статей. Что говорит о новой волне интереса и актуализации темы оценки цифровых компетенций для медицинских работников.

Целевая группа публикаций по большей части является неопределенной, поскольку большинство из них адресованы медицинским работникам в целом (16/35, 46%). Другие статьи были адресованы конкретно медсестрам (8/35, 23%), врачам (3/35, 9%), психологам/психиатрам (3/35, 9%), преподавателям медицинских наук (1/35, 2%) и некоторые статьи были нацелены на студентов медицинских специальностей в целом (4/35, 11%). Размер выборки варьировал в разных исследованиях от 20 до 5209 участников.

Основные данные включенных статей

Страна	Направленность исследования	Инструменты	Количество людей	Объекты исследования
Пакистан [6]	Грамотность в области электронного здравоохранения	DHLI	891	студенты
Эфиопия [7]	Грамотность в области электронного здравоохранения	eHEALS	287	медицинские работники*
Финляндия [8]	Оценка основных компетенция в области электронного здравоохранения	Финская шкала оценки компетентности	817	медицинские работники*
Англия [9]	Оценка основных компетенция в области электронного здравоохранения	Английская шкала оценки компетентности	325	медицинские сестры
Австралия [10]	Оценка основных компетенция в области электронного здравоохранения	Австралийская шкала оценки компетентности	361	медицинские работники*
Иран [11]	Компетенции в области информатики для медицинских сестер	Опросник	60	медицинские сестры
Непал [12]	Грамотность в области электронного здравоохранения	HLQ	419	студенты
Сингапур [13]	Грамотность в области электронного здравоохранения	HLQ	111	медицинские работники*
Тайвань [14]	Самооценка компетенция цифровой грамотности	Опросник	20	специалисты / старшие врачи
США [15]	Самооценка компетенция цифровой грамотности	Американская шкала оценки компетентности	152	врачи-психиатры
Норвегия [16]	Самооценка компетенция цифровой грамотности	Опросник	136	медицинские работники*
Швейцария [17]	Осведомленность, знания, отношение и навыки работы с компьютером	AKAS + опросник на основе проверенных инструментов	47	медицинские работники*
Германия [18]	Грамотность в области электронного здравоохранения	eHEALS + самостоятельно заполняемая веб-анкета	149	медицинские работники*
Канада [19]	Оценка основных компетенция в области электронного здравоохранения	Канадская шкала оценки компетентности	2844	медицинские сестры
Аргентина [20]	Самооценка компетенция цифровой грамотности	Опросник	1141	медицинские работники*
Китай [21]	Компетенции в области информатики для медицинских сестер	Опросник	409	медицинские сестры
Саудовская Аравия [22]	Цифровые инструменты здравоохранения	Опросник + PATCH	218	врачи и медицинские сестры
Индонезия [23]	Оценка основных компетенция в области электронного здравоохранения	Индонезийская шкала оценки компетентности	462	медицинские работники*
Дания [24]	Оценка основных компетенция в области электронного здравоохранения	Датская шкала оценки компетентности	366	студенты
Малави [25]	Самооценка знаний в области информационно-коммуникационных технологий	Анкета	40	медицинские работники*
Вьетнам [26]	Грамотность в области электронного здравоохранения	eHEALS	5209	медицинские работники*
Ливия [27]	Осведомленность, знания, отношение и навыки работы с компьютером	AKAS	673	специалисты / старшие врачи
Турция [28]	Компьютерная грамотности в области электронного здравоохранения	Многокомпонентная оценка компьютерной грамотности	688	медицинские сестры
Греция [29]	Грамотность в области электронного здравоохранения	eHEALS	200	медицинские сестры и помощники медицинских сестер
Уганда [30]	Уровень использования информационно-коммуникационных технологий и навыки	Анкета	68	врачи
Северная Ирландия [31]	Самооценка уровня компьютерных навыков	Анкета	98	врачи-стажеры / консультанты в психиатрии
Шотландия [32]	Самооценка цифровой грамотности	Опросник	94	медицинские работники*
Нидерланды [33]	Уверенность в своих знаниях, навыках и подходах в области телемедицины	Анкета	1017	медицинские сестры
Индия [34]	Осведомленность, знания, отношение и навыки работы с компьютером	AKAS	120	Работающие в сфере здравоохранения преподаватели психологи
Новая Зеландия [35]	Самооценка цифровой грамотности	Опросник + CLQ	195	медицинские работники*
Испания [36]	Тест на уровень цифровой компетентности	Испанская шкала оценки компетентности	803	медицинские работники*
Мьянма [37]	Оценка грамотности в области информационно-коммуникационных технологий	Анкета	118	медицинские работники*
Польша [38]	Самооценка цифровой грамотности	Опросник	307	медицинские работники*
Ливия**	Самооценка уровня компьютерных навыков	Анкета	93	медицинские работники*
Южная Корея [39]	Грамотность в области электронного здравоохранения	eHEALS	485	медицинские сестры

\* Согласно ВОЗ [World Health Organization (WHO) (2013). Guidelines 2013: Transforming and Scaling up Health Professionals' Education and Training. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/transforming-and-scaling-up-health-professionals%E2%80%99-education-and-training> (дата обращения: 02.06.2024)] к медицинским работникам относятся медсестры, психологи, физиотерапевты, врачи, администраторы пациентов, социальные работники, арт-/физио-/эрготерапевты, диетологи, медицинские технические ассистенты.

\*\* Awami S. Computer competency as an indicator of healthcare institution readiness for health information systems: a study in Benghazi. Proceedings of the IADIS International Conference e-Health 2020; IADIS 2020; July 21-23, 2020; Virtual Event. 2020. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/344310827\\_Computer\\_Competency\\_as\\_an\\_Indicator\\_of\\_Healthcare\\_Institution\\_Readiness\\_for\\_Health\\_Information\\_Systems\\_a\\_study\\_in\\_Benghazi](https://www.researchgate.net/publication/344310827_Computer_Competency_as_an_Indicator_of_Healthcare_Institution_Readiness_for_Health_Information_Systems_a_study_in_Benghazi)

Результаты обзора также показали, что почти все характеризуемые здесь инструменты измерения фокусируются исключительно на технических компетенциях, а компетенции из методологических, социальных и личных областей почти не принимаются

во внимание (4/35, 11%). Это может говорить о несколько одностороннем взгляде на цифровые компетенции как на область, где технические навыки определяются как самодостаточные для измерения уровня компетентности.

Анализ статей так же выявил ряд подходов к оценке цифровых компетенций. Многие страны не имеют каких-либо рамочных программ по развитию и оценке цифровых компетенций. Большинство же существующих национальных рамочных программ были разработаны на основе обзоров существующих рамочных программ и, следовательно, в разной степени вдохновлены друг другом в отношении содержания. Это относится, среди прочего, к глобальной рамочной программе цифровой грамотности ЮНЕСКО<sup>2</sup>, рамочной программе цифровой компетентности Евросоюза, а так же к общей рамочной программе ОЭСР — они делят цифровую компетентность на общие навыки ИКТ, специальные навыки и дополнительные навыки. Эти три типа рамок несколько различаются с точки зрения содержания, фокуса и уровня детализации. Однако содержат большую степень общего описания того, какие компетенции составляют цифровую компетентность, не давая этому конкретной практической привязки (медсестры, психологи, физиотерапевты, врачи и т. д.). Другими словами, требуется много работы, чтобы интерпретировать их содержание в конкретный контекст, в котором они будут использоваться [40].

Многие рамочные программы также имеют сходство в отношении структуры. Большинство из них делят цифровую компетентность на 3—7 компетенций на основе содержания, среди прочего, связанного с безопасностью, взаимодействием и коммуникацией. Некоторые имеют структуру, которая явно отличается от других — Дания, Испания, Финляндия, Канада, США, Индонезия. Эти рамочные программы здравоохранения четко связаны с практическим контекстом, но различаются внутри в отношении степени детализации. Некоторые описывают цифровую компетентность более обобщенно по профессиям (Испания — АСТИС), в то время как другие тесно связывают цифровую компетентность с конкретными рабочими задачами (США — НТТСОМР содержит более 1000 различных профессиональных компетенций). Общая часть цифровой компетентности, такая как способность использовать цифровые инструменты для административных задач, также в значительной степени подразумевается в рамочных программах здравоохранения (Финляндия — DigiComInf).

### Обсуждение

В секторе здравоохранения важно осознавать влияние компетентности в области цифровизации, поскольку недостаточная компетентность медицинских работников может нанести ущерб безопасности пациентов и увеличить количество ошибок. Более того, недостаточная компетентность может привести к негативному опыту использования техноло-

гий, что повлияет на отношение к адаптации других технологий.

Видна нехватка проверенных инструментов для измерения компетенций в области цифрового здравоохранения. Во многих исследованиях использовался валидированный инструмент eHEALS, хотя он был разработан для пациентов, поэтому требовал определенного процесса проверки и адаптации для медицинских работников. Из-за этого возникла потребность разрабатывать специальные инструменты вместо использования уже проверенных. Причины этого могут заключаться в ограничениях, которые имеют существующие инструменты, а также в быстрой эволюции цифровых технологий, что, в свою очередь, требует постоянного обновления компетенций для оценки.

Вместо того чтобы объективно оценивать компетенции медицинских специалистов в области цифрового здравоохранения, в большинстве исследований использовались инструменты для изучения их отношения к профессиям в этой сфере. Очевидно, что наиболее изученной на сегодняшний день областью является самооценка компетенций, но субъективная оценка компетенций может быть полезна лишь при исследовании образовательных потребностей, а фактическая производительность требует объективных систем измерения, которые должны быть разработаны в этой области [41].

Цифровизация привела к увеличению генерации данных разного рода, что создает давление на медицинский персонал, который должен обладать определенными компетенциями, чтобы в полном объеме использовать эти данные как значимую информацию. Способность и знания, необходимые для управления цифровыми технологиями, являются примером того, как компетентность медицинских работников имеет важное значение для обеспечения эффективного функционирования системы. В эпоху стремительной цифровизации медицины, врачам недостаточно просто существовать в новых реалиях. Чтобы стать активными участниками процесса трансформации и использовать его преимущества, им необходим обширный арсенал знаний и навыков работы с цифровыми инструментами и системами [42].

Цифровизация в здравоохранении также поднимает вопросы, касающиеся этических потребностей в защите данных пациентов, самоэффективности и автономии, а также грамотной интеграции цифровизации в процесс принятия морально правильных решений медицинским персоналом. Достижение соответствующей компетентности в области цифровизации требует регулярной оценки обучения медицинских работников, и все это является обязанностью организации здравоохранения. Успешное внедрение технологии также требует соответствующей готовности (помимо компетентности) ее использовать [43].

*Ограничения исследования.* Данный систематический обзор, несмотря на тщательный поиск по пяти базам данных, может быть неполным. Во-первых, алгоритмы поиска могли допустить ошибки, что

<sup>2</sup> Digital competence frameworks for teachers, learners and citizens. UNESCO: International Centre for Technical and Vocational Education and Training. URL: <https://unevoc.unesco.org/home/Digital+Competence+Frameworks> (дата обращения: 02.06.2024)

привело к пропуску некоторых исследований. Вторых, применялся языковой фильтр, ограничивающий выборку только англоязычными публикациями, следовательно, исследования на других языках не были включены. Наконец, в соответствии с принципами построения систематического обзора, оценка качества включенных работ не проводилась, и все найденные статьи были включены в исследование, что также может рассматриваться как ограничение. Так же из-за критерия отбора по одной релевантной статье от страны, для большого охвата региональных программ и подходов к измерению компетенций в области здравоохранения, некоторые качественные исследования не были включены в обзор.

### Заключение

Инструменты оценки цифровой медицинской грамотности среди медицинских работников отличаются разнообразием и зависят как от особенностей национальных систем здравоохранения, так и от возможностей измерения. Отсутствие единого определения цифровой грамотности в целом также приводит к проблемам в понимании рамок цифровой компетентности для медицинских работников. Это отражается на отсутствии проверенных инструментов для измерения цифровой грамотности или цифровой компетентности в этой области. При существующих инструментах измерения основное внимание уделяется исключительно техническим навыкам; сопутствующие аспекты, которые также влияют на использование цифровых технологий, игнорируются. Выявленное множество субкомпетенций иллюстрирует комплексный характер цифровой компетентности в здравоохранении, но существующие измерительные инструменты пока не способны отразить эту сложность.

Не стоит забывать, что концепция цифровой компетентности подвержена влиянию быстро развивающейся эволюции технологий и, следовательно, контекстуального понимания ее как «движущейся цели». Это приводит к определенному разрыву между практикой применения цифровых технологий и внедрением их в рабочую среду.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Car J., Carlstedt-Duke J., Tudor Car L., et al. Digital Education in Health Professions: The Need for Overarching Evidence Synthesis. *J Med Internet Res*. 2019;21(2):e12913. DOI:10.2196/12913
2. Vitello S., Greatorex J., Shaw S. What is competence? A shared interpretation of competence to support teaching, learning and assessment. Cambridge University Press & Assessment. 2021.
3. Konttila J., Siira H., Kyngäs H., et al. Healthcare professionals' competence in digitalisation: A systematic review. *J Clin Nurs*. 2019;28(5–6):745–761. DOI:10.1111/jocn.14710
4. Hecklau F., Galeitzke M., Flachs S., Kohl H. Holistic Approach for Human Resource Management in Industry 4.0. *Procedia CIRP*. 2016;(54):1–6. DOI: 10.1016/j.procir.2016.05.102
5. Spante M., Hashemi SS, Lundin M, Algers A. Digital competence and digital literacy in higher education research: systematic review of concept use. *Cogent Educ*. 2018;5(1):1519143. DOI: 10.1080/2331186x.2018.1519143
6. Farooq Z., Imran A., Imran N. Preparing for the future of healthcare: Digital health literacy among medical students in Lahore, Pakistan. *Pak J Med Sci*. 2024;40(1):14–19. DOI: 10.12669/pjms.40.1.8711
7. Shiferaw K. B., Mehari E. A. Internet use and eHealth literacy among health-care professionals in a resource limited setting: a cross-sectional survey. *Adv Med Educ Pract*. 2019;(10):563–570. DOI: 10.2147/AMEPS.S205414
8. Jarva E., Oikarinen A., Andersson J., Tomietto M., Kääriäinen M., Mikkonen K. Healthcare professionals' digital health competence and its core factors; development and psychometric testing of two instruments. *Int J Med Inform*. 2023;171:104995. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2023.104995
9. O'Connor S., LaRue E. Integrating informatics into undergraduate nursing education: a case study using a spiral learning approach. *Nurse Educ Pract*. 2021;50:102934. DOI: 10.1016/j.nepr.2020.102934.S1471-5953(20)31020–9
10. Cham K., Edwards M.-L., Kruesi L., Celeste T., Hennessey T. Digital preferences and perceptions of students in health professional courses at a leading Australian university: A baseline for improving digital skills and competencies in health graduates. *Australas J Educ Technol*. 2021;38(1):69–86. DOI: 10.14742/ajet.6622
11. Jouparinejad S., Foroughameri G., Khajouei R., Farokhzadian J. Improving the informatics competency of critical care nurses: results of an interventional study in the southeast of Iran. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2020;20(1):220. DOI: 10.1186/s12911-020-01244-5
12. Budhathoki S. S., Hawkins M., Elsworth G., Fahey M. T., Thapa J., et al. Use of the English Health Literacy Questionnaire (HLQ) with Health Science University Students in Nepal: A Validity Testing Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022;19(6):3241. DOI: 10.3390/ijerph19063241
13. Cheong K. Y., Syed Mahmud S. M.B., Chng N. W., Kwek G. J., Yan C. C., Yeung M. T. Cross-sectional survey of health literacy among health science students in Singapore. *The Journal of Medicine Access*. 2024;8:1–14. DOI: 10.1177/27550834231222382
14. Tsai H. Y., Lee S. D., Coleman C., Sørensen K., Tsai T. I. Health literacy competency requirements for health professionals: a Delphi consensus study in Taiwan. *BMC Med Educ*. 2024;24(1):209. DOI:10.1186/s12909-024-01598-4
15. Duffy F. F., Fochtmann L. J., Clarke D. E., Barber K., Hong S., et al. Psychiatrists' Comfort Using Computers and Other Electronic Devices in Clinical Practice. *Psychiatr Q*. 2016;87(3):571–84. DOI: 10.1007/s11126-015-9410-2
16. Zhu H., Andersen S. T. Digital competence in social work practice and education: experiences from Norway. *Nordic Social Work Research*. 2021;12(5):823–838. DOI: 10.1080/2156857X.2021.189967
17. Kocher A., Simon M., Dwyer A. A., et al. Patient and healthcare professional eHealth literacy and needs for systemic sclerosis support: a mixed methods study. *RMD Open*. 2021;7(3):e001783. DOI:10.1136/rmdopen-2021-001783
18. Hennemann S., Beutel M. E., Zwerenz R. Ready for eHealth? Health Professionals' Acceptance and Adoption of eHealth Interventions in Inpatient Routine Care. *J Health Commun*. 2017;22(3):274–284. DOI: 10.1080/10810730.2017.1284286
19. Kleib M., Nagle L. Development of the Canadian Nurse Informatics Competency Assessment Scale and Evaluation of Alberta's Registered Nurses' Self-perceived Informatics Competencies. *Comput Inform Nurs*. 2018;36(7):350–358. DOI: 10.1097/cin.0000000000000435
20. Beratarrechea A., Abrahams-Gessel S., Irazola V., Gutierrez L., Moyano D., Gaziano T. A. Using mHealth Tools to Improve Access and Coverage of People With Public Health Insurance and High Cardiovascular Disease Risk in Argentina: A Pragmatic Cluster Randomized Trial. *J Am Heart Assoc*. 2019;8(8):e011799. DOI: 10.1161/JAHA.118.011799
21. Guo J., Liu J., Liu C., Wang Y., Xu X., Chen Y. Nursing informatics competency and its associated factors among palliative care nurses: an online survey in mainland China. *BMC Nurs*. 2024;23(1):157. DOI: 10.1186/s12912-024-01803-5
22. Thapa S., Nielsen J. B., Aldahmash A. M., Qadri F. R., Leppin A. Willingness to Use Digital Health Tools in Patient Care Among Health Care Professionals and Students at a University Hospital in Saudi Arabia: Quantitative Cross-sectional Survey. *JMIR Med Educ*. 2021;7(1):e18590. DOI: 10.2196/18590
23. Rachmani E., Hsu C. Y., Chang P. W., Fuad A., Nurjanah N., et al. Development and validation of an instrument for measuring competencies on public health informatics of primary health care worker (PHIC4PHC) in Indonesia. *Prim Health Care Res Dev*. 2020;21:e22. DOI: 10.1017/s1463423620000018
24. Holt K. A., Overgaard D., Engel L. V., Kayser L. Health literacy, digital literacy and eHealth literacy in Danish nursing students at entry

- and graduate level: a cross sectional study. *BMC Nurs.* 2020;19(1):22. DOI: 10.1186/s12912-020-00418-w
25. Mastellos N., Tran T., Dharmayat K., Cecil E., Lee H., Wong C. C.P., et al. Training community healthcare workers on the use of information and communication technologies: a randomised controlled trial of traditional versus blended learning in Malawi, Africa. *BMC Med Educ.* 2018;18(1):61. DOI: 10.1186/s12909-018-1175-5
26. Do B. N., Tran T. V., Phan D. T., Nguyen H. C., Nguyen T. T.P., et al. Health Literacy, eHealth Literacy, Adherence to Infection Prevention and Control Procedures, Lifestyle Changes, and Suspected COVID-19 Symptoms Among Health Care Workers During Lockdown: Online Survey. *J Med Internet Res.* 2020;22(11):e22894. DOI: 10.2196/22894
27. Elhadi M., Elhadi A., Bouhuwaish A., Bin Alshiteewi F., Elmabrouk A., et al. Telemedicine Awareness, Knowledge, Attitude, and Skills of Health Care Workers in a Low-Resource Country During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Study. *J Med Internet Res.* 2021;23(2):e20812. DOI: 10.2196/20812
28. Gürdaş Topkaya Sati, Kaya N. Nurses' computer literacy and attitudes towards the use of computers in health care. *Int J Nurs Pract.* 2015;21(2):141—9. DOI: 10.1111/ijn.12350
29. Kritsotakis G., Andreadaki E., Linardakis M., Manomenidis G., Bellali T., Kostagiolas P. Nurses' ehealth literacy and associations with the nursing practice environment. *Int Nurs Rev.* 2021;68(3):365—371. DOI: 10.1111/inr.12650
30. Olok G. T., Yagos W. O., Ovuga E. Knowledge and attitudes of doctors towards e-health use in healthcare delivery in government and private hospitals in Northern Uganda: a cross-sectional study. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2015;15(1):87. DOI: 10.1186/s12911-015-0209-8
31. Brady J., Knox S. Computer access, skills and training among consultants and psychiatric trainees in Northern Ireland. *Psychiatr. bull.* 2018;28(11):415—417. DOI: 10.1192/pb.28.11.415
32. MacLure K., Stewart D. Self-Reported Digital Literacy of the Pharmacy Workforce in North East Scotland. *Pharmacy (Basel).* 2015;3(4):182—196. DOI: 10.3390/pharmacy3040182
33. van Houwelingen C. T.M., Ettema R. G.A., Kort H. S.M., Ten Cate O. Hospital Nurses' Self-Reported Confidence in Their Telehealth Competencies. *J Contin Educ Nurs.* 2019;50(1):26—34. DOI: 10.3928/00220124-20190102-07
34. Zayapragassaran Z. Awareness, Knowledge, Attitude and Skills of Telemedicine among Health Professional Faculty Working in Teaching Hospitals. *JCDR.* 2016;10:JC01-4. DOI: 10.7860/jcdr/2016/19080.7431
35. Dobson R., Variava R., Douglas M., Reynolds L. M. Digital competency of Psychologists in Aotearoa New Zealand: A cross-sectional survey. *Front Digit Health.* 2022;4:951366. DOI:10.3389/fdgth.2022.951366
36. Reixach E., Andrés E., Sallent Ribes J., Gea-Sánchez M., Àvila López A., et al. Measuring the digital skills of Catalan health care professionals as a key step toward a strategic training plan: digital competence test validation study. *J Med Internet Res.* 2022;24(11):e38347. DOI: 10.2196/38347
37. Oo H. M., Htun Y. M., Win T. T., Han Z. M., Zaw T., Tun K. M. Information and communication technology literacy, knowledge and readiness for electronic medical record system adoption among health professionals in a tertiary hospital, Myanmar: a cross-sectional study. *PLoS One.* 2021;16(7):e0253691. DOI: 10.1371/journal.pone.0253691
38. Burzyńska J., Bartosiewicz A., Januszewicz P. Dr. Google: physicians-the web-patients triangle: digital skills and attitudes towards e-health solutions among physicians in south eastern Poland—a cross-sectional study in a pre-COVID-19 era. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(2):978. DOI: 10.3390/ijerph20020978
39. Cho H., Han K., Park B. K. Associations of eHealth literacy with health-promoting behaviours among hospital nurses: A descriptive cross-sectional study. *J Adv Nurs.* 2018;74(7):1618—1627. DOI:10.1111/jan.13575
40. Longhini J., Rossetini G., Palese A. Digital health competencies among health care professionals: a systematic review. *J Med Internet Res.* 2022;24(8):e36414. DOI: 10.2196/36414
41. Foadi N., Varghese J. Digital Competence—A Key Competence for Today's and Future Physicians. *J. Eur. CME.* 2022;11:2015200. DOI: 10.1080/21614083.2021.2015200
42. Konttila J., Siira H., Kyngäs H., Lahtinen M., Elo S., et al. Healthcare professionals' competence in digitalisation: a systematic review. *J Clin Nurs.* 2019;28(5—6):745—61. DOI: 10.1111/jocn.14710
43. Arksey H., O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2005;8(1):19—32. DOI: 10.1080/1364557032000119616

## REFERENCES

1. Car J., Carlstedt-Duke J., Tudor Car L., et al. Digital Education in Health Professions: The Need for Overarching Evidence Synthesis. *J Med Internet Res.* 2019;21(2):e12913. DOI:10.2196/12913
2. Vitello S., Greatorex J., Shaw S. What is competence? A shared interpretation of competence to support teaching, learning and assessment. Cambridge University Press & Assessment. 2021.
3. Konttila J., Siira H., Kyngäs H., et al. Healthcare professionals' competence in digitalisation: A systematic review. *J Clin Nurs.* 2019;28(5—6):745—761. DOI:10.1111/jocn.14710
4. Hecklau F., Galeitzke M., Flachs S., Kohl H. Holistic Approach for Human Resource Management in Industry 4.0. *Procedia CIRP.* 2016;(54):1—6. DOI: 10.1016/j.procir.2016.05.102
5. Spante M., Hashemi SS, Lundin M, Algers A. Digital competence and digital literacy in higher education research: systematic review of concept use. *Cogent Educ.* 2018;5(1):1519143. DOI: 10.1080/2331186x.2018.1519143
6. Farooq Z., Imran A., Imran N. Preparing for the future of healthcare: Digital health literacy among medical students in Lahore, Pakistan. *Pak J Med Sci.* 2024;40(1):14—19. DOI: 10.12669/pjms.40.1.8711
7. Shiferaw K. B., Mehari E. A. Internet use and eHealth literacy among health-care professionals in a resource limited setting: a cross-sectional survey. *Adv Med Educ Pract.* 2019;(10):563—570. DOI: 10.2147/AMEPS205414
8. Jarva E., Oikarinen A., Andersson J., Tomietto M., Kääriäinen M., Mikkonen K. Healthcare professionals' digital health competence and its core factors; development and psychometric testing of two instruments. *Int J Med Inform.* 2023;171:104995. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2023.104995
9. O'Connor S., LaRue E. Integrating informatics into undergraduate nursing education: a case study using a spiral learning approach. *Nurse Educ Pract.* 2021;50:102934. DOI: 10.1016/j.nepr.2020.102934.S1471-5953(20)31020—9
10. Cham K., Edwards M.-L., Kruesi L., Celeste T., Hennessey T. Digital preferences and perceptions of students in health professional courses at a leading Australian university: A baseline for improving digital skills and competencies in health graduates. *Australas J Educ Technol.* 2021;38(1):69—86. DOI: 10.14742/ajet.6622
11. Jouparinejad S., Foroughameri G., Khajouei R., Farokhzadian J. Improving the informatics competency of critical care nurses: results of an interventional study in the southeast of Iran. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2020;20(1):220. DOI: 10.1186/s12911-020-01244-5
12. Budhathoki S. S., Hawkins M., Elsworth G., Fahey M. T., Thapa J., et al. Use of the English Health Literacy Questionnaire (HLQ) with Health Science University Students in Nepal: A Validity Testing Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2022;19(6):3241. DOI:10.3390/ijerph19063241
13. Cheong K. Y., Syed Mahmud S. M.B., Chng N. W., Kwek G. J., Yan C. C., Yeung M. T. Cross-sectional survey of health literacy among health science students in Singapore. *The Journal of Medicine Access.* 2024;8:1—14. DOI: 10.1177/27550834231222382
14. Tsai H. Y., Lee S. D., Coleman C., Sørensen K., Tsai T. I. Health literacy competency requirements for health professionals: a Delphi consensus study in Taiwan. *BMC Med Educ.* 2024;24(1):209. DOI:10.1186/s12909-024-05198-4
15. Duffy F. F., Fochtmann L. J., Clarke D. E., Barber K., Hong S., et al. Psychiatrists' Comfort Using Computers and Other Electronic Devices in Clinical Practice. *Psychiatr Q.* 2016;87(3):571—84. DOI: 10.1007/s11126-015-9410-2
16. Zhu H., Andersen S. T. Digital competence in social work practice and education: experiences from Norway. *Nordic Social Work Research.* 2021;12(5):823—838. DOI: 10.1080/2156857X.2021.1899967
17. Kocher A., Simon M., Dwyer A. A., et al. Patient and healthcare professional eHealth literacy and needs for systemic sclerosis support: a mixed methods study. *RMD Open.* 2021;7(3):e001783. DOI:10.1136/rmdopen-2021-001783
18. Hennemann S., Beutel M. E., Zwerenz R. Ready for eHealth? Health Professionals' Acceptance and Adoption of eHealth Interventions in Inpatient Routine Care. *J Health Commun.* 2017;22(3):274—284. DOI: 10.1080/10810730.2017.1284286
19. Kleib M., Nagle L. Development of the Canadian Nurse Informatics Competency Assessment Scale and Evaluation of Alberta's

- Registered Nurses? Self-perceived Informatics Competencies. *Comput Inform Nurs.* 2018;36(7):350—358. DOI: 10.1097/cin.0000000000000435
20. Beratarrechea A., Abrahams-Gessel S., Irazola V., Gutierrez L., Moyano D., Gaziano T. A. Using mHealth Tools to Improve Access and Coverage of People With Public Health Insurance and High Cardiovascular Disease Risk in Argentina: A Pragmatic Cluster Randomized Trial. *J Am Heart Assoc.* 2019;8(8):e011799. DOI: 10.1161/JAHA.118.011799
21. Guo J., Liu J., Liu C., Wang Y., Xu X., Chen Y. Nursing informatics competency and its associated factors among palliative care nurses: an online survey in mainland China. *BMC Nurs.* 2024;23(1):157. DOI: 10.1186/s12912-024-01803-5
22. Thapa S., Nielsen J. B., Aldahmash A. M., Qadri F. R., Leppin A. Willingness to Use Digital Health Tools in Patient Care Among Health Care Professionals and Students at a University Hospital in Saudi Arabia: Quantitative Cross-sectional Survey. *JMIR Med Educ.* 2021;7(1):e18590. DOI: 10.2196/18590
23. Rachmani E., Hsu C. Y., Chang P. W., Fuad A., Nurjanah N., et al. Development and validation of an instrument for measuring competencies on public health informatics of primary health care worker (PHIC4PHC) in Indonesia. *Prim Health Care Res Dev.* 2020;21:e22. DOI: 10.1017/s1463423620000018
24. Holt K. A., Overgaard D., Engel L. V., Kayser L. Health literacy, digital literacy and eHealth literacy in Danish nursing students at entry and graduate level: a cross sectional study. *BMC Nurs.* 2020;19(1):22. DOI: 10.1186/s12912-020-00418-w
25. Mastellos N., Tran T., Dharmayat K., Cecil E., Lee H., Wong C. C. P., et al. Training community healthcare workers on the use of information and communication technologies: a randomised controlled trial of traditional versus blended learning in Malawi, Africa. *BMC Med Educ.* 2018;18(1):61. DOI: 10.1186/s12909-018-1175-5
26. Do B. N., Tran T. V., Phan D. T., Nguyen H. C., Nguyen T. P., et al. Health Literacy, eHealth Literacy, Adherence to Infection Prevention and Control Procedures, Lifestyle Changes, and Suspected COVID-19 Symptoms Among Health Care Workers During Lockdown: Online Survey. *J Med Internet Res.* 2020;22(11):e22894. DOI: 10.2196/22894
27. Elhadi M., Elhadi A., Bouhuwaish A., Bin Alshiteewi F., Elma-brouk A., et al. Telemedicine Awareness, Knowledge, Attitude, and Skills of Health Care Workers in a Low-Resource Country During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Study. *J Med Internet Res.* 2021;23(2):e20812. DOI: 10.2196/20812
28. Gürdaş Topkaya Sati, Kaya N. Nurses' computer literacy and attitudes towards the use of computers in health care. *Int J Nurs Pract.* 2015;21(2):141—9. DOI: 10.1111/ijn.12350
29. Kritsotakis G., Andreadaki E., Linardakis M., Manomenidis G., Bellali T., Kostagiolas P. Nurses' ehealth literacy and associations with the nursing practice environment. *Int Nurs Rev.* 2021;68(3):365—371. DOI: 10.1111/inr.12650
30. Olok G. T., Yagos W. O., Ovuga E. Knowledge and attitudes of doctors towards e-health use in healthcare delivery in government and private hospitals in Northern Uganda: a cross-sectional study. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2015;15(1):87. DOI: 10.1186/s12911-015-0209-8
31. Brady J., Knox S. Computer access, skills and training among consultants and psychiatric trainees in Northern Ireland. *Psychiatr. bull.* 2018;28(11):415—417. DOI: 10.1192/pb.28.11.415
32. MacLure K., Stewart D. Self-Reported Digital Literacy of the Pharmacy Workforce in North East Scotland. *Pharmacy (Basel).* 2015;3(4):182—196. DOI: 10.3390/pharmacy3040182
33. van Houwelingen C. T. M., Ettema R. G. A., Kort H. S. M., Ten Cate O. Hospital Nurses' Self-Reported Confidence in Their Telehealth Competencies. *J Contin Educ Nurs.* 2019;50(1):26—34. DOI: 10.3928/00220124-20190102-07
34. Zayapragassarazan Z. Awareness, Knowledge, Attitude and Skills of Telemedicine among Health Professional Faculty Working in Teaching Hospitals. *JCDR.* 2016;10:JC01-4. DOI: 10.7860/jcdr/2016/19080.7431
35. Dobson R., Variava R., Douglas M., Reynolds L. M. Digital competency of Psychologists in Aotearoa New Zealand: A cross-sectional survey. *Front Digit Health.* 2022;4:951366. DOI:10.3389/fdgh.2022.951366
36. Reixach E., Andrés E., Sallent Ribes J., Gea-Sánchez M., Àvila López A., et al. Measuring the digital skills of Catalan health care professionals as a key step toward a strategic training plan: digital competence test validation study. *J Med Internet Res.* 2022;24(11):e38347. DOI: 10.2196/38347
37. Oo H. M., Htun Y. M., Win T. T., Han Z. M., Zaw T., Tun K. M. Information and communication technology literacy, knowledge and readiness for electronic medical record system adoption among health professionals in a tertiary hospital, Myanmar: a cross-sectional study. *PLoS One.* 2021;16(7):e0253691. DOI: 10.1371/journal.pone.0253691
38. Burzyńska J., Bartosiewicz A., Januszewicz P. Dr. Google: physicians-the web-patients triangle: digital skills and attitudes towards e-health solutions among physicians in south eastern Poland—a cross-sectional study in a pre-COVID-19 era. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(2):978. DOI: 10.3390/ijerph20020978
39. Cho H., Han K., Park B. K. Associations of eHealth literacy with health-promoting behaviours among hospital nurses: A descriptive cross-sectional study. *J Adv Nurs.* 2018;74(7):1618—1627. DOI:10.1111/jan.13575
40. Longhini J., Rossetini G., Palese A. Digital health competencies among health care professionals: systematic review. *J Med Internet Res.* 2022;24(8):e36414. DOI: 10.2196/36414
41. Foadi N., Varghese J. Digital Competence—A Key Competence for Today's and Future Physicians. *J. Eur. CME.* 2022;11:2015200. DOI: 10.1080/21614083.2021.2015200
42. Konttila J., Siira H., Kyngäs H., Lahtinen M., Elo S., et al. Healthcare professionals' competence in digitalisation: a systematic review. *J Clin Nurs.* 2019;28(5—6):745—61. DOI: 10.1111/jocn.14710
43. Arksey H., O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2005;8(1):19—32. DOI: 10.1080/1364557032000119616

Авторы выражают благодарность ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» за поддержку и возможность представить результаты научного исследования в честь юбилея ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы».

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

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 19.08.2024; одобрена после рецензирования 22.08.2024; принята к публикации 18.11.2024.

The article was submitted 19.08.2024; approved after reviewing 22.08.2024; accepted for publication 18.11.2024.

Научная статья

УДК 378.18:614.253.4

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.025

## Уровень социальной адаптации студентов и ординаторов медицинского вуза

Димитрий Павлович Дербенев<sup>1</sup>, Елена Николаевна Сергеева<sup>2</sup>,  
Роман Владимирович Майоров<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»), Москва, Российская Федерация;

<sup>2–3</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России), г. Тверь, Российская Федерация

<sup>1</sup>dipald@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0004-8359-3987>

<sup>2</sup>sergeeva.elenic2010@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0002-3813-2327>

<sup>3</sup>medicine01@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9496-5601>

**Аннотация.** Цель исследования заключалась в оценке состояния социальной адаптации обучающихся по образовательным программам специалитета и ординатуры медицинского вуза в связи с их полом, стадией и специальностью профессиональной подготовки. **Материалы и методы исследования.** Объектом исследования являлась выборка из 1007 студентов и ординаторов медицинского вуза, изученных с применением комплекса прикладных социологических, психологических и статистических методик. **Результаты исследования.** Общее состояние социальной адаптации студентов и ординаторов медицинского вуза характеризуется преобладанием среднего и высокого ее уровней. *Социальной адаптации студентов и ординаторов свойственно лучшее состояние у обучающихся женского пола, противонаправленная динамика в связи с переходом от начальных к завершающим этапам профессиональной подготовки, более высокий общий уровень у обучающихся по специальности «Педиатрия» по сравнению с таковым у обучающихся по специальностям «Лечебное дело» и «Стоматология».*

Ключевые слова: социальная адаптация, студенты специалитета медицинского вуза, ординаторы медицинского вуза.

**Для цитирования:** Дербенев Д. П., Сергеева Е. Н., Майоров Р. В. Уровень социальной адаптации студентов и ординаторов медицинского вуза // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 162–166. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.025.

Original article

## The level of social adaptation of students and residents of a medical university

Dimitry P. Derbenev<sup>1</sup>, Elena N. Sergeeva<sup>2</sup>, Roman V. Mayorov<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Federal State Budgetary Institution of the city of Moscow «Scientific Research Institute of Health Organization and Medical Management of the Department of Health of the City of Moscow» (GBU «NIIOZMM DZM»), 115088, 9 Ball Bearing Street, Moscow, Russian Federation;

<sup>2–3</sup>Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Tver State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, 170100, 4, Sovetskaya str., Tver, Russian Federation

<sup>1</sup>dipald@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0004-8359-3987>

<sup>2</sup>sergeeva.elenic2010@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0002-3813-2327>

<sup>3</sup>medicine01@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9496-5601>

**Abstract.** The aim of the study was to assess the state of social adaptation of students in the educational programs of specialist and residency of a medical university in connection with their gender, stage and specialty of professional training. **Materials and methods of the study.** The object of the study was a sample of 1007 students and residents of a medical university, studied using a set of applied sociological, psychological and statistical methods. **Results of the study.** The general state of social adaptation of students and residents of a medical university is characterized by the predominance of its average and high levels. Social adaptation of students and residents is characterized by a better state in female students, opposite dynamics in connection with the transition from the initial to the final stages of professional training, a higher general level in students majoring in Pediatrics compared to that of students in the specialties General Medicine and Dentistry.

**Key words:** social adaptation, students of a medical university specialty, residents of a medical university.

**For citation:** Derbenev D. P., Sergeeva E. N., Mayorov R. V. The level of social adaptation of students and residents of a medical university. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2024;(4):162–166. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.025.

### Введение

Уровень социальной адаптации студентов и ординаторов медицинского вуза представляет, как важную характеристику состояния их здоровья, так и отражение эффективности и гармоничности течения процессов их настоящей учебной и формирующей профессиональной адаптации [1, 2].

Социальная адаптация как процесс и результат формирования гармоничных взаимоотношений между личностью и социальной средой предполагает перестройку личностных характеристик, поведения и деятельности обучающихся в ответ на требования новой социальной среды и изменения самой социальной среды в ходе удовлетворения их адаптивной потребности в целях успешного обучения и профессионального становления [3—6].

Высокую социальную адаптацию обучающихся в медицинском вузе по образовательным программам специалитета и ординатуры следует рассматривать в качестве не только существенной составляющей оптимального состояния здоровья данной группы населения, но и прежде залога их успеха в роли будущих ведущих факторов системы здравоохранения, чья деятельность способна активно способствовать улучшению состояния здоровья населения в целом [7—9].

В настоящей работе представлены результаты популяционного анализа общего состояния и ключевых тенденций, свойственных социальной адаптации студентов и ординаторов медицинского вуза, позволяющие определить научно обоснованные подходы к совершенствованию системы мер по повышению ее уровня среди данного контингента обучающихся [10—12].

**Цель исследования** заключалась в оценке состояния социальной адаптации обучающихся по образовательным программам специалитета и ординатуры медицинского вуза в связи с их полом, стадией и специальностью профессиональной подготовки.

### Материалы и методы

Данная публикация является составляющей медико-социального исследования, проведенного нами в 2020—2023 годах с использованием комплекса прикладных социологических, психологических и статистических методик, соответствующих его целевым установкам, дающих возможность проанализировать состояние и детерминированность здоровья, социальной адаптации и формирующегося профессионализма обследованных лиц.

Объектом исследования стала репрезентативная ( $p < 0,05$ ) выборка, включившая 1007 лиц обучающихся в медицинском вузе по образовательным программам специалитета и ординатуры.

Статистическое наблюдение осуществлялось путем анонимного анкетирования на основе разработанного авторами опросника и психодиагностического тестирования с применением блока валидизированных и адаптированных тестовых методик. Оценка социальной адаптации обследованных лиц проводилась при помощи методики М. Гавлиновой, позволявшей выявить индивидуальный уровень социальной адаптации и соотнести его с нормативными величинами. Применяемая в методике оценочная шкала варьирует в диапазоне от 0 до 20 баллов, где наименьшее значение соответствует состоянию полной социальной дезадаптации, а наибольшее — максимально полной социальной адаптации. Персональные результаты тестирования рассчитывались: у лиц мужского пола — 0—8 баллов как низкий уровень, 9—12 баллов как средний уровень, 13—20 баллов как высокий уровень социальной адаптации; у лиц женского пола — 0—9 баллов как низкий уровень, 10—13 баллов как средний уровень, 14—20 баллов как высокий уровень социальной адаптации.

Статистические разработка и анализ абсолютных величин осуществлялись согласно существующим методологическим правилам и процедурным требованиям медицинской статистики с использованием комплекса компьютерных программ Microsoft Excel 2010 и Statistica 6.0.

### Результаты

Данные, полученные в процессе исследования, свидетельствуют о выражено большей частоте встречаемости среди обучающихся в медицинском вузе по образовательным программам специалитета и ординатуры социальной адаптации относительно высокого уровня.

Как видно из таблицы 1 обучающиеся с высокой социальной адаптацией составили почти треть, а имевшие средний ее уровень — практически 3/5 всех обследованных студентов и ординаторов. В то же время низкий уровень социальной адаптации был выявлен менее чем у 1/10 обследованных лиц. Различия между показателями распространенности среди студентов и ординаторов высокой, средней и низкой социальной адаптации являются статистически высоко достоверными ( $p < 0,001$ ).

Таблица 1

**Распространенность отдельных уровней социальной адаптации среди обучающихся в медицинском вузе, в связи с полом и стадией профессиональной подготовки ( $p \pm m$ , %)**

Уровни социальной адаптации	Мужчины				Женщины				Все обучающиеся обоих полов
	студенты специалитета		ординаторы	все обучающиеся	студенты специалитета		ординаторы	все обучающиеся	
	1 курс	4 курс			1 курс	4 курс			
Высокий	34,33 ± 5,80	36,05 ± 5,18	27,40 ± 5,22	32,74 ± 3,12	35,50 ± 2,73	35,42 ± 2,91	24,74 ± 3,13	32,81 ± 1,69	32,80 ± 1,49
Средний	46,27 ± 6,09	56,98 ± 5,34	60,27 ± 5,73	54,87 ± 3,31	55,05 ± 2,84	59,41 ± 2,98	62,63 ± 3,51	58,46 ± 1,78	57,65 ± 1,57
Низкий	19,40 ± 4,83	6,98 ± 2,75	12,33 ± 3,85	12,39 ± 2,19	9,45 ± 1,67	5,17 ± 1,34	12,63 ± 2,41	8,72 ± 1,02	9,56 ± 0,93

Социальной адаптации обследованных студентов и ординаторов присущи определенные гендерные различия.

В группе всех обучающихся женщин по сравнению с группой всех обучающихся мужчин (табл. 1) при практически одинаковом уровне высокой социальной адаптации заметно больше распространенность средней социальной адаптации и меньше распространенность низкой социальной адаптации. Среди же обучающихся на 1 курсе специалитета эти отличия в состоянии социальной адаптации между лицами того и другого полов являются статистически значимыми: у студенток-первокурсниц частота встречаемости среднего уровня адаптации достоверно выше ( $p < 0,05$ ), а низкого уровня адаптации достоверно ниже ( $p < 0,01$ ), чем у их однокурсников.

Динамика состояния социальной адаптации студентов и ординаторов медицинского вуза, связанная с их переходом от начальных к последующим, более продвинутым стадиям профессиональной подготовки, достаточно полно отражает направленность и результаты процессов их общеличностной и профессиональной социализации. Суть этих изменений характеризуется вполне определенными, хотя и противоречивыми тенденциями, которые прослеживаются в процессе последовательного продвижения обучающихся от этапа к этапу рассматриваемой образовательной траектории подготовки врача: 1 курса специалитета — 4 курса специалитета — ординатура.

Данные тенденции объективно проявляются в динамике распространенности высокой социальной адаптации (таблица 1). Так среди обучающихся мужского пола на 4 курсе этот показатель, будучи незначительно более высоким, чем на 1 курсе, статистически достоверно превосходит соответствующее значение среди ординаторов ( $p < 0,05$ ). В группах студенток 1 и 4 курсов частота встречаемости высокой социальной адаптации по сути одинакова, в то время как в группе ординаторов женского пола ее уровень является статистически значимо более низким ( $p < 0,05$ ).

Этот же тренд в состоянии социальной адаптации обучающихся, сопряженный с их переходом к более высоким стадиям профессиональной подготовки, достаточно сильно, хотя и не достигая уровня статистической значимости ( $p > 0,05$ ), отражается и в динамике показателей низкой и средней адаптации. Распространенность низкой социальной адаптации среди обучающихся мужского пола максимальная на 1 курсе резко снижается до минимума на 4 курсе с последующим увеличением до субмаксимальных значений на этапе ординатуры. Среди обучающихся женского пола данный показатель, субмаксимальный на 1 курсе, уменьшается до минимального на 4 курсе, далее повышаясь до максимума в ординатуре. Частота же встречаемости средней социальной адаптации в группах обучающихся и того, и другого пола, характеризуется постепенным ростом от минимальных значений у первокурсников до максимальных у ординаторов.

Таблица 2

Распространенность отдельных уровней социальной адаптации среди обучающихся в медицинском вузе в связи со специальностью профессиональной подготовки на этапе специалитета ( $p \pm m, \%$ )

Уровни социальной адаптации	Специальность		
	лечебное дело	стоматология	педиатрия
Высокий	32,18 ± 2,89	32,70 ± 3,23	40,9 ± 3,06
Средний	57,47 ± 3,06	52,13 ± 3,44	55,2 ± 3,10
Низкий	10,34 ± 1,89	15,17 ± 2,47	3,9 ± 1,21

Состояние социальной адаптации студентов и ординаторов медицинского вуза находится в определенной зависимости от того, какую врачебную специальность они осваивают, являясь студентами, либо, если речь идет об ординаторах, то осваивали ранее, в рамках профессиональной подготовки на этапе специалитета.

Данные приведенные в таблице 2 свидетельствуют о существенно лучшей социальной адаптации обучающихся (обучавшихся) по специальности «Педиатрия» по сравнению с теми, кто обучается (обучался) по специальностям «Лечебное дело» и «Стоматология».

Высокая социальная адаптация отмечается менее, чем у трети студентов и ординаторов по специальностям «Лечебное дело» и «Стоматология» и более, чем у 2/5 студентов и ординаторов по специальности «Педиатрия». В группе «Лечебное дело» ее распространенность статистически значимо ниже таковой в группе «Педиатрия» ( $p < 0,05$ ).

Низкая социальная адаптация установлена более чем у 10 % студентов и ординаторов по специальности «Лечебное дело» и более, чем у 15 % студентов и ординаторов по специальности «Стоматология». Среди студентов и ординаторов по специальности «Педиатрия» частота ее встречаемости в 2,6 раза меньше выявленной в группе «Лечебное дело» (различия достоверны,  $p < 0,01$ ) и в 3,9 раза ниже выявленной в группе «Стоматология» (различия высоко достоверны,  $p < 0,001$ ).

Средняя социальная адаптация превалирует во всех трех сопоставляемых группах, отмечаясь более, чем у половины обучающихся. При этом существенные отличия в ее распространенности между группами отсутствуют.

### Обсуждение

Анализ полученных данных, позволил установить, что социальная адаптация студентов и ординаторов медицинского вуза является достаточно успешной. Свыше 9/10 обучающихся обладают высоким или средним уровнем социальной адаптации.

Установлено, что успех активного приспособления личности к социальным условиям, выше у студентов и ординаторов женского пола. Это максимально выражено среди обучающихся на 1 курсе. На 1 курсе обучения в медицинском вузе, распространенность лиц женского пола с низкой способностью менять привычные бытовые условия на быстрый переход к самостоятельной взрослой жизни,

незнакомому коллективу, личной свободе, неконтролируемой родителями, разрушению прежних социальных связей достоверно ниже ( $p < 0,01$ ), а со вполне удовлетворительной, средней способностью — достоверно выше ( $p < 0,05$ ), по сравнению с лицами мужского пола.

Выявленные тренды в процессе развития социальной адаптации студентов и ординаторов по мере их перехода от предшествующих к последующим этапам профессиональной подготовки видятся следующим образом: с одной стороны, от 1 курса к 4 курсу специалитета увеличивается количество лиц, способных преодолевать проблемы и находить способности их решения, но с другой тогда, когда приходится сталкиваться с новыми сложными ситуациями, необходимостью совмещать процесс образования и работы, испытывать эмоциональные переживания, уже при обучении в ординатуре отмечается последующее отчетливое их снижение. Отмеченная динамика достигает степени статистической значимости, как в группе лиц женского пола, среди которых при переходе от 1 и 4 курсов специалитета к этапу ординатуры возрастает распространенность высоко адаптированных ( $p < 0,05$ ), так и лиц мужского пола, наибольший уровень социальной адаптации которых, достигая максимальной частоты встречаемости на 4 курсе, резко опускается до минимума в ординатуре ( $p < 0,05$ ).

Общий уровень социальной адаптации студентов и ординаторов медицинского вуза взаимосвязан с тем, какую специальность осваивают они в рамках специалитета. Большую пластичность и в то же время устойчивость в процессе приспособления к требованиям социальной среды проявляют лица, обучающиеся по специальности «Педиатрия». Среди них достоверно больше, имеющих высокие социоадаптивные способности по сравнению с обучающимися по специальности «Лечебное дело» ( $p < 0,05$ ) и достоверно меньше обладающих низким уровнем таких способностей по сравнению с обучающимися по специальностям «Лечебное дело» ( $p < 0,01$ ) и, особенно, «Стоматология» ( $p < 0,001$ ).

### Выводы

1. Общее состояние социальной адаптации студентов и ординаторов медицинского вуза характеризуется очевидным преобладанием распространенности ее среднего и высокого уровней над низким уровнем и может быть охарактеризовано как относительно благополучное.
2. Социальной адаптации студентов и ординаторов свойственны гендерные отличия, которые выражаются в лучшем ее состоянии у обследованных лиц женского пола и являются наиболее заметными среди обучающихся на первом курсе специалитета.
3. Динамика состояния социальной адаптации студентов и ординаторов, связанная с переходом от начальных к завершающим этапам профессиональной подготовки, характеризуется противоположенными тенденциями, состоящими в некотором улучшении социальной

адаптации у обучающихся на 4 курсе по сравнению с первокурсниками и последующим ее отчетливым ухудшением у обучающихся в ординатуре.

4. Состояние социальной адаптации студентов и ординаторов, обучающихся либо, соответственно, обучавшихся по специальности «Педиатрия» на этапе специалитета, находится на более высоком уровне по сравнению с таковой студентов и ординаторов по специальностям «Лечебное дело» и «Стоматология».

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Асмыкович И. К., Калиновская Е. В., Терешко Е. В. Роль куратора группы в адаптации студентов первого курса. *Высшее техническое образование*. 2019;3(2):52—58.
2. Дербенев Д. П., Сергеева Е. Н. Медико-социальная характеристика материально-бытовых условий, образа жизни, мотивации к освоению профессии врача студентов и ординаторов медицинского вуза. *Здоровье мегаполиса*. 2024;5(1):64—73. DOI: 10.47619/2713—2617.zm.2024.v.5i1;64—73
3. Милехин С. М., Дербенев Д. П., Орлов Д. А. Приоритетная направленность личности молодого врача на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач. *Вестник РУДН. Серия: Медицина*. 2019;23(1):115—127.
4. Камынина Н. Н., Полищук Н. С. Ценностно-ориентированное здравоохранение: систематизация инструментов и методов (обзор литературы). *Здравоохранение Российской Федерации*. 2022;66(6):444—450.
5. Степанова Л. В., Цускман И. Г., Сергеева Е. Д., Березнева Е. Ю., Шоронова А. Ю. Особенности успешной адаптации студентов медицинского университета (по результатам анкетирования лечебного факультета Омского государственного медицинского университета). *Современные проблемы науки и образования*. 2024;(3):70.
6. Пинчук А. Н. Социально-профессиональная адаптация: от концептуализации к измерению. *Социологическая наука и социальная практика*. 2021;9(2):96—114. DOI: 10.19181/snsp.2021.9.2.8107
7. Мамина В. П. Особенности социально-психологической адаптации студентов первого года обучения медицинского вуза. *Общество: социология, психология, педагогика*. 2021;(7):67—70. DOI: 10.24158/spp.2021.7.11
8. Копылов А. С. Здоровье студенческой молодежи и факторы риска, его определяющие. *Российский вестник гигиены*. 2022;(1):38—45. DOI: 10.24075/rbh.2022.040
9. Королева А. А., Янушанец О. И., Петрова Н. А., Беззубенкова Е. Ф. Влияние степени адаптированности и образа жизни на качество жизни студентов медицинского университета. *Российский вестник гигиены*. 2021;(2):29—34. DOI: 10.24075/rbh.2021.011
10. Birzina R., Cedere D., Petersone L. Factors Influencing the First Year Students' Adaptation to Natural Science Studies in Higher Education. *Journal of Baltic Science Education*. 2019;18(3):349—361.
11. Xie Y. J., Cao D. P., Sun T., Yang L. B. The effects of academic adaptability on academic burnout, immersion in learning, and academic performance among Chinese medical students: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*. 2019;19(1):211. DOI: 10.1186/s12909-019-1640-9
12. Bolysbayeva A. K. Adaptation of first-year students to the higher education system (in the context of distance learning). *The Journal of Psychology & Sociology*. 2021;76(1):151—163. DOI: 10.26577/JPS.2021.v76.i1.015

### REFERENCES

1. Asmykovich I. K., Kalinovskaya E. V., Tereshko E. V. The role of the group curator in the adaptation of first-year students. *Higher technical education. [Vyssheye tekhnicheskoye obrazovaniye]*. 2019;3(2):52—58 (in Russian).
2. Dербenev D. P., Sergeeva E. N. Medical and social characteristics of material and living conditions, lifestyle, motivation to master the profession of a doctor of students and residents of a medical university. *Health of the metropolis. [Zdorov'ye megapolisa]*. 2024;5(1):64—73 (in Russian). DOI: 10.47619/2713—2617.zm.2024.v.5i1;64—73

3. Milekhin S. M., Derbenev D. P., Orlov D. A. Priority focus of the personality of a young doctor on the professional sphere of life and solving professional problems. *Bulletin of RUDN. Series: Medicine. [Vestnik RUDN. Seriya: Meditsina]*. 2019;23(1):115—127 (in Russian).
4. Kamynina N. N., Polischuk N. S. Value-oriented healthcare: systematization of tools and methods (literature review). *Healthcare of the Russian Federation. [Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii]*. 2022;66(6):444—450 (in Russian).
5. Stepanova L. V., Tsuskman I. G., Sergeeva E. D., Berezneva E. Yu., Shoronova A. Yu. Features of successful adaptation of medical university students (based on the results of a survey of the medical faculty of Omsk State Medical University). *Modern problems of science and education. [Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya]*. 2024;(3):70 (in Russian).
6. Pinchuk A. N. Social and professional adaptation: from conceptualization to measurement. *Sociological science and social practice. [Sotsiologicheskaya nauka i sotsial'naya praktika]*. 2021;9(2):96—114 (in Russian). DOI: 10.19181/snsp.2021.9.2.8107
7. Mamina V. P. Features of socio-psychological adaptation of first-year medical students. *Society: sociology, psychology, pedagogy. [Obshchestvo: sotsiologiya, psikhologiya, pedagogika]*. 2021;(7):67—70 (in Russian). DOI: 10.24158/spp.2021.7.11
8. Kopylov A. S. Health of student youth and risk factors that determine it. *Russian Bulletin of Hygiene. [Rossiyskiy vestnik gigiyeny]*. 2022;(1):38—45 (in Russian). DOI: 10.24075/rbh.2022.040
9. Koroleva A. A., Yanushanets O. I., Petrova N. A., Bezzubenkova E. F. Influence of the degree of adaptation and lifestyle on the quality of life of medical university students. *Russian Bulletin of Hygiene. [Rossiyskiy vestnik gigiyeny]*. 2021;(2):29—34 (in Russian). DOI: 10.24075/rbh.2021.011
10. Birzina R., Cedere D., Petersone L. Factors Influencing the First Year Students' Adaptation to Natural Science Studies in Higher Education. *Journal of Baltic Science Education*. 2019;18(3):349—361.
11. Xie Y. J., Cao D. P., Sun T., Yang L. B. The effects of academic adaptability on academic burnout, immersion in learning, and academic performance among Chinese medical students: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*. 2019;19(1):211. DOI: 10.1186/s12909-019-1640-9
12. Bolysbayeva A. K. Adaptation of first-year students to the higher education system (in the context of distance learning). *The Journal of Psychology & Sociology*. 2021;76(1):151—163. DOI: 10.26577/JPsS.2021.v76.i1.015

**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 18.10.2024; одобрена после рецензирования 18.10.2024; принята к публикации 18.11.2024.  
The article was submitted 18.10.2024; approved after reviewing 18.10.2024; accepted for publication 18.11.2024.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.026

## Организация психолого-педагогической и коррекционно-логопедической службы в условиях дневного стационара с применением телемедицинских технологий

Юрий Андреевич Климов<sup>1</sup>, Виктория Михайловна Кураева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Российский Государственный социальный университет, Москва, Российская Федерация;

<sup>2</sup>ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента  
Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Российская Федерация

<sup>1</sup>yklimov@rambler.ru, <http://orcid.org/0000-0001-5946-094X>

<sup>2</sup>KuraevaVM@zdrav.mos.ru, <http://orcid.org/0000-0002-1437-5861>

**Аннотация.** Качественная психологическая и педагогическая коррекция имеющихся нарушений у ребенка возможна в ходе его виртуальной госпитализации. Занятия с детьми по удаленной методике обеспечивают стимулирование их умственных процессов и развивают их сенсорный аппарат и речевые возможности. В ходе этих занятий у детей также развивается способность планировать свои действия. Родители также должны участвовать как можно активнее во всех творческих начинаниях, постоянно контактируя с ребенком. Только так можно добиться высокой мотивации к коррекции имеющихся у ребенка нарушений и направления его развития в соответствии с имеющимися у него склонностями.

**Ключевые слова:** телемедицина, дневной стационар, педиатрическая служба, методы реабилитации.

**Для цитирования:** Климов А. Ю., Кураева В. М. Организация психолого-педагогической и коррекционно-логопедической службы в условиях дневного стационара с применением телемедицинских технологий // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 167–169. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.026.

Original article

## Organization of psychological, pedagogical and correctional speech therapy services in a day hospital with the use of telemedicine technologies

Yuri A. Klimov<sup>1</sup>, Victoria M. Kuraeva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Russian State Social University, Moscow, Russian Federation;

<sup>2</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>yklimov@rambler.ru, <http://orcid.org/0000-0001-5946-094X>

<sup>2</sup>KuraevaVM@zdrav.mos.ru, <http://orcid.org/0000-0002-1437-5861>

**Annotation.** Qualitative psychological and pedagogical correction of existing disorders in a child is possible during his virtual hospitalization. Remote methodology classes with children provide stimulation of their mental processes and develop their sensory apparatus and speech capabilities. During these sessions, children also develop the ability to plan their actions. Parents should also be involved as actively as possible in all creative endeavors, in constant contact with the child. This is the only way to achieve a high level of motivation to correct their child's impairments and to direct their development in accordance with their aptitudes.

**Key words:** telemedicine, day hospital, pediatric service, rehabilitation methods.

**For citation:** Klimov Y. A., Kuraeva V. M. Organization of psychological, pedagogical and correctional speech therapy services in a day hospital with the use of telemedicine technologies. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2024;(4):167–169. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.026.

### Введение

Осуществление психолого-педагогического воздействия ребенку, находящемуся в виртуальном дневном стационаре во всех случаях, должно быть комплексным и обязательно должно быть направлено на ребенка и на его родителей [1].

Психологическая реабилитация педиатрических пациентов и их родителей обеспечивается медицинскими психологами, которые стремятся в макси-

мальной степени создать условия для восстановления их психического здоровья детей, предотвратить появление отклонений в интеллектуальном и эмоциональном статусе и постараться устранить любые социальные девиации. Работа этих специалистов ведется при четкой координации с работой остальных членов реабилитационной команды и отслеживается лечащим врачом. Деятельность медицинских психологов крайне важна для всего процесса лечения и реабилитации педиатрического пациента, в

значительной мере определяя общий исход всей реабилитации ребенка. В этой связи психологи строго учитывают существующие у ребенка индивидуальные, семейные, возрастные особенности, выраженность имеющейся патологии, разрабатывая в каждом конкретном случае индивидуальную стратегию психоэмоциональной коррекции [2].

В условиях карантинной самоизоляции, вызванной инфицированием COVID-19, деятельность медицинских психологов приобретает крайнюю важность практически у всех детей и в не меньшей мере у их родителей. В ходе осуществления виртуального дневного стационара психологи активно взаимодействуют с педиатрическими пациентами, повышают мотивированность у родителей к их участию в реабилитационных мероприятиях их ребенка.

Цель настоящей работы — проследить особенности организации психолого-педагогической и коррекционно-логопедической службы в условиях дневного стационара с применением телемедицинских технологий.

### Материалы и методы

Настоящее исследование носит теоретический характер и проведено на основе общенаучных методов: анализа и синтеза, обобщения, контент-анализа публикаций в научно-рецензируемых изданиях по вопросам организации психолого-педагогической и коррекционно-логопедической службы с применением телемедицинских технологий.

### Результаты и обсуждение

Оказание психологической помощи в условиях самоизоляции всегда весьма разносторонне и заключается в специализированной помощи детям и их родителям, находящимся на карантине. Наиболее распространенным методом является проведение онлайн-консультаций для родителей или консультаций для родителей и детей.

Дети, имеющие психоневрологические нарушения, относятся к весьма незащищенной категории педиатрических пациентов. Им следует оказывать разностороннюю и квалифицированную помощь, особенно дефектологами, психологами и логопедами.

Этот момент весьма важен в связи с тем, что раннее обеспечение консультирования и адекватное лечение в рамках индивидуальной реабилитации конкретного ребенка с психоневрологическими особенностями является залогом минимизации любых девиаций в поведении.

У детей, имеющих проблемы со здоровьем, может встречаться самая разная патология, в связи с чем требуется индивидуальная комплексная психолого-педагогическая помощь не только ребенку, но всем членам семьи, где он воспитывается.

Удаленный формат реабилитации основывается на четкой организации регулярных частых контактов пациента с целым рядом специалистов, способных оказать не только ребенку, но и всей семье разностороннюю помощь.

Целостное психолого-педагогическое обследование позволяет определить имеющийся уровень психических характеристик, помогая написать развернутое заключение и разработать для ребенка реабилитационный маршрут.

Высокая мобильность обеспечивается деятельностью бригады специалистов в режиме онлайн с большим потенциалом по организации ей рабочих мест. В ходе выполнения работы в данном формате требуется особо ответственно готовиться к проводимым консультациям и к занятиям коррекционной направленности для достижения максимальной эффективности всей реабилитации.

Наиболее короткая реабилитация виртуального стационара достигает двух недель. Консультация ребенка логопедом, психологом и педагогом проводится строго в первый день и дает материал для постановки диагноза. Для привыкания ребенка к общению через экран, как правило, уходит один-два дня, а у ребенка, имеющего существенные нарушения психоэмоциональной сферы, требуется больше времени, а срок госпитализации требуется не менее 21 дня.

Выполненное обследование обеспечивает необходимые данные об аспектах развития ребенка и формирует базис для ставящегося диагноза, разделяя имеющиеся у него нарушения от любых возрастных особенностей, помогая выработать результативный коррекционный подход. Длительность коррекционного воздействия в зависимости от возраста ребенка составляет от 20 до 30 минут, для мамы (опекуна ребенка) достигает от 30 до 45 минут.

Виртуальная форма педагогических и логопедических занятий позволяет вести индивидуальные, а иногда, когда позволяет ситуация мелко групповые занятия с детьми, имеющими сходные нарушения. С детьми раннего возраста с неврологической патологией проводятся строго индивидуальные занятия и, как правило, связаны с коррекцией их речевого и психического развития по методике Архиповой Е. Ф.

Исходно выполняется оценка у ребенка его речевого развития с упором на состояние голосовой активности, потребности к общению, ориентировочно-познавательной деятельности, сенсорных возможностей разных анализаторов, развитости двигательной сферы, степени синхронизации артикуляционного аппарата с процессом дыхания.

Проведение занятий необходимо вести в присутствии мамы (опекуна), которые ориентированы на особенности логопедических занятий и которая готова помогать проводить дыхательные упражнения, артикуляционную гимнастику, способствующие росту объема и силы выдоха, направленного на вокализацию, развивая подражательность в ходе дыхания и артикуляции.

При строгом учете хода взаимодействия специалиста и ребенка, характера возникшего эмоционального фона, логопед проводит коррекционную работу с голосовыми реакциями и речевой продукцией пациента, стимулирует у него зри-

тельное и слуховое восприятие, формирует баланс между моторной сферой ребенка и его речевой активностью.

Ведущим вариантом занятий с ребенком рассматривается вызывающая позитивные эмоции игра, способная стимулировать к развитию психику ребенка, постепенно вовлекая его в увлекательный сюжет.

Коррекционно-логопедическая работа с дошкольниками осуществляется с участием взрослого при строгом системном подходе, к развитию речи, рассматриваемой весьма сложной системой, имеющей множество взаимосвязанных компонентов, развиваемых одновременно.

В случае необходимости минимизации нарушений ведутся строго индивидуальные занятия с использованием элементов артикуляционной гимнастики с целью оптимизации работы их артикуляционного аппарата. Занятия голосовой и дыхательной гимнастики обеспечивают большую силу и звонкость голоса в ходе речи и синхронизируют дыхание и артикуляцию. Такая коррекция обеспечивается применением методики коррекции речи у детей с двигательными нарушениями [3].

В условиях индивидуальных занятий с детьми младших возрастов активно стимулируются у них процессы фонематического восприятия и звукового анализа. В случае, если у ребенка имеется весьма сложное речевое расстройство, связанное с расстройством многих моментов в его речи, осуществляется постановка речевого лексико-грамматического строя и планомерно идет достижение в каждом случае связных речевых высказываний.

Коррекционные воздействия на младших школьников связаны с профилактикой и устранением нарушений в осуществлении письма и чтения. В этой связи у детей добиваются развития полностью развитых фонематических явлений, дается четкое понимание звуко-буквенного словарного состава, формируются навыки анализа звуко-слового словарного состава, происходит совершенствование лексико-грамматических характеристик языка, формируются умения связно высказывать свои мысли в любых ситуациях [4].

Педагогическая коррекция связана с проведением индивидуальных и мелко групповых занятий творческой направленности, связанной с конструированием, рисованием, лепкой. Такие занятия способны всецело увлечь детей, придать яркий окрас их учебе и жизни, дать эмоциональный подъем [5].

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

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

Статья поступила в редакцию 11.11.2024; одобрена после рецензирования 11.11.2024; принята к публикации 18.11.2024.  
The article was submitted 11.11.2024; approved after reviewing 11.11.2024; accepted for publication 18.11.2024.

## Заключение

Проведение занятий с детьми по удаленной методике способны серьезно расширять кругозор детей, активизировать у них процесс запоминания, усиливать внимание, все виды рецепторов, в органах чувств, развивать речь устную и письменную. Дети стремятся рассказать или написать о своих подвигах, порой выстраивая стройные сюжеты с участием сделанного их руками. В ходе этих занятий развивается способность к планированию своих действий, открывающему путь к реализации всякого замысла ребенка в жизни. Родителям следует активно участвовать во всех творческих действиях ребенка в ходе занятий и вне их, формируя у него позитивное настроение и желание действовать самостоятельно. Кроме того, это способно помочь выявить имеющиеся у ребенка способности, чтобы удачно направить вектор его развития.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Приходько О. Г. Ранняя помощь детям с двигательной патологией первые годы жизни: Методическое пособие. СПб.: КАРО; 2006.
2. Архипова Е. Ф. Методические рекомендации по проведению логопедических занятий с детьми раннего возраста, страдающими детским церебральным параличом. М.; 1984.
3. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия»; 2001.
4. Филичева Т. Б., Чевелева Н. А., Чиркина Г. В. Нарушения речи у детей: Пособие для воспитателей дошкольных учреждений. М.: Профессиональное образование; 1993.
5. Каше Г. А., Филичева Т. Б., Чиркина Г. В. Программа воспитания и обучения детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи (7 год жизни). М.: Министерство Просвещения СССР, Научно-исследовательский институт дефектологии АПН СССР; 1986.

## REFERENCES

1. Prikhodko O. G. Early care for children with motor pathology in the first years of life: A methodological guide. St. Petersburg: KARO; 2006 (in Russian).
2. Arkhipova E. F. Methodological recommendations for conducting speech therapy classes with young children suffering from cerebral palsy. Moscow; 1984 (in Russian).
3. Levchenko I. Yu., Prikhodko O. G. Technologies of teaching and upbringing of children with disorders of the musculoskeletal system: Textbook for students. secondary school. institutions. Moscow: Publishing center «Academy»; 2001 (in Russian).
4. Filicheva T. B., Cheveleva N. A., Chirkina G. V. Speech disorders in children: A manual for preschool teachers. Moscow: Vocational education; 1993 (in Russian).
5. Kashe G. A., Filicheva T. B., Chirkina G. V. Program of education and training of children with phonetic and phonemic speech underdevelopment (7 year of life). Moscow: Ministry of Education of the USSR, Scientific Research Institute of Defectology of the USSR Academy of Medical Sciences; 1986 (in Russian).

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.027

## Информационные основы привлечения населения трудоспособного возраста к ведению здорового образа жизни в мегаполисе

Игнат Викторович Богдан<sup>1</sup>, Максим Дмитриевич Горносталев<sup>2</sup>,  
Дарья Павловна Чистякова<sup>3</sup>

<sup>1,2</sup>ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская Федерация;

<sup>3</sup>Общероссийская общественно-государственная просветительская организация «Российское общество «Знание», г. Москва, Российская Федерация

<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>d.chistyakova@znanierussia.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8729-9898>

**Аннотация.** В статье представлены результаты телефонного опроса москвичей (N=1522), проведенного с целью определения важных нюансов информирования жителей столицы трудоспособного возраста о здоровом образе жизни. Дополнительно проведены 12 фокус-групп с целевой аудиторией. Большинство респондентов говорят о достаточности информации о ЗОЖ в инофполе (79%), среднее значение интереса к информации о ЗОЖ составляет 6,95 из 10. В целом следует говорить скорее не о дефиците информации, а о необходимости совершенствования путей доставки достоверной информации до целевых групп. Основные источники информации о ЗОЖ — информационные сайты — 76%, мессенджеры — 68% и социальные сети — 65%. Предпочтение по формату отдается постам в соцсетях (69%) и видеороликам (63%). Большинство опрошенных (58%) отметили, что сталкивались с потенциально недостоверной информацией о ЗОЖ, в основном с сомнительной информацией о нюансах питания. Основные маркеры достоверности информации о ЗОЖ для респондентов — это «использование статистических данных» — 63% и «авторитет автора» — 59%. Москвичи в вопросах ведения здорового образа жизни чаще доверяют ближайшему кругу общения — родственникам и знакомым. Выделены «рациональная», «доступная» и «медийная» модели информирования о ЗОЖ, которые могут конфликтовать между собой. По итогам исследования дан ряд рекомендаций по направлениям информационной работы в области ЗОЖ.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, информационная кампания, источник, профилактика, мифы, доверие.

**Для цитирования:** Богдан И. В., Горносталев М. Д., Чистякова Д. П. Информационные основы привлечения населения трудоспособного возраста к ведению здорового образа жизни в мегаполисе // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 170—176. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.027.

Original article

### Information Bases for attracting the working-age population to lead a healthy lifestyle in a megalopolis

Ignat V. Bogdan<sup>1</sup>, Maksim D. Gornostalev<sup>2</sup>, Darya P. Chistyakova<sup>3</sup>

<sup>1,2</sup>State Budgetary Institution «Research Institute for Healthcare Organization and Medical management of Moscow Healthcare Department», Moscow, Russian Federation;

<sup>3</sup>All-Russian Public-Government Enlightenment Organization «Russian «Znanie» Society», Moscow, Russian Federation

<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>d.chistyakova@znanierussia.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8729-9898>

**Annotation.** The article presents the results of a telephone survey of Muscovites (N=1522) conducted to determine the important nuances of informing working-age residents of the capital about a healthy lifestyle. Additionally, 12 focus groups were conducted with the target audience. The majority of respondents speak about the sufficiency of information about healthy lifestyle in the foreign field (79%), the average value of interest in information about healthy lifestyle is 6.95 out of 10. In general, we should rather not talk about a lack of information, but about the need to improve ways to deliver reliable information to target groups. The main sources of information about healthy lifestyle are information sites — 76%, messengers — 68% and social networks — 65%. Format preference is given to social media posts (69%) and videos (63%). The majority of respondents (58%) noted that they had encountered potentially unreliable information about healthy lifestyle, mainly questionable information about the nuances of nutrition. The main markers of the reliability of information about healthy lifestyle for respondents are «the use of statistical data» — 63% and «the authority of the author» — 59%. Muscovites are more likely to trust their inner circle of friends and relatives in matters of maintaining a healthy lifestyle. The «rational», «accessible» and «media» models of informing about healthy lifestyle, which may conflict with each other, are highlighted. Based on the results of the study, a number of recommendations are given on the directions of information work in the field of healthy lifestyle.

**Keywords:** healthy lifestyle, information campaign, source, prevention, myths, trust.

**For citation:** Bogdan I. V., Gornostalev M. D., Chistyakova D. P. Information Bases for attracting the working-age population to lead a healthy lifestyle in a megalopolis. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(4):170–176. (In Russ.). doi:10.69541/NRIIPH.2024.04.027.

## Введение

Ведение здорового образа жизни (ЗОЖ) является одним из основных факторов не только профилактики хронических неинфекционных заболеваний [1], но и в целом, определяющих уровень качества жизни [2]. Увеличение количества людей, ведущих ЗОЖ является одной из основных целей государственной программы развития здравоохранения<sup>1</sup>, которая предусматривает не только повышение качества оказания медицинской помощи, но и формирование ответственного отношения к здоровью, частью которого мы можем рассматривать ведение ЗОЖ.

Важным и первым инструментом продвижения ЗОЖ является информационная политика на разных уровнях. Для того, чтобы вовлечься в ЗОЖ человек, должен иметь о данных практиках понятную, актуальную информацию. В свою очередь, способы донесения информации о ЗОЖ очень зависят от культурного или исторического контекста. Так, если в начале XX века популяризация ЗОЖ, помимо пропаганды занятий физической культурой и спортом, отказом от вредных привычек, включала также санитарное просвещение [3] и имела основным источником печатные СМИ [4], то в современных условиях необходимость массового санитарного просвещения практически отпала, а источники сместились в «цифру». Таким образом, помимо тематик, важным в контексте выстраивания просвещения о ЗОЖ является понимание источника, по которому она будет распространяться, для чтобы максимально охватить релевантные социально-демографические группы [5]. Сегодня просвещение о ЗОЖ отражается в себе многообразие вовлеченных в данный процесс факторов — установившийся организационный формат планирования информирования населения о ЗОЖ — это информационная кампания, которая включает в себя различные мероприятия, направленные на различные аудитории населения с учетом их предпочтений в выборе источника информации [6, 7].

Предлагаемое исследование посвящено ряду нюансов информационной работы с группой, обладающей первоочередной важностью для экономики, как страны, так и города (исследование проведено в Москве) — население трудоспособного возраста. При этом, с учетом вышесказанного, можно предпо-

лагать, что при информировании данной группы о ЗОЖ, важно учитывать её специфику, особенности её запросов, доверие различным источникам информации и другие факторы, которые и стали предметом данного исследования.

## Материалы и методы

В 2022 году в Москве был проведен телефонный опрос 1522 жителей трудоспособного возраста (до 60 лет для мужчин и до 55 лет для женщин) по авторской анкете. Целью исследования являлось определение путей информирования москвичей трудоспособного возраста о здоровом образе жизни. Выборка стратифицирована по полу и возрасту на основании данных Росстата. Максимальная ошибка выборки не превышает  $\pm 2,5\%$  (CI=95%). Значимость различий определялась с помощью z-критерия. Компьютерная обработка данных проводилась в программе IBM SPSS Statistics 26.0.

Для получения данных, поясняющих некоторые аспекты информирования трудоспособного населения столицы были проведены 12 фокус-групп с москвичами, работающими в различных организациях города. В качестве информантов приглашались москвичи трудоспособного возраста как ведущие, так и не ведущие ЗОЖ.

## Результаты

### Информированность о ЗОЖ и наиболее интересная информация в данной области

Большинство (79%) респондентов указали на наличие в инфополе достаточного количества информации о ЗОЖ (рис. 1).

Представители отдельных социально-демографических групп целевой аудитории чаще говорят о нехватке информации о ЗОЖ:

- чаще лица со средним специальным образованием — 27%;
- чаще мужчины — 23%, чем женщины;
- чаще москвичи 35—60 лет (23%), чем респонденты 18—34 лет (14%).

Среднее значение интереса к информации о ЗОЖ по десятибалльной шкале составляет 6,95 из 10. Больше интереса проявляют женщины, респон-

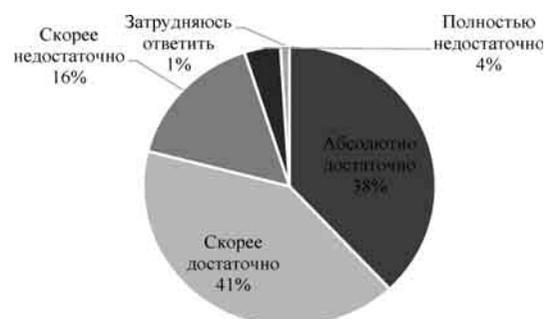


Рис. 1. Распределение мнение респондентов о полноте информации о ЗОЖ.

<sup>1</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». URL: <http://static.government.ru/media/files/hJjB4XgcAxfafiBW27EyseBZmtCra0RH.pdf> Приоритетный проект «Формирование здорового образа жизни («Укрепление общественного здоровья»)» увеличение доли граждан, приверженных здоровому образу жизни, до 50 процентов к 2020 году и до 60 процентов к 2025 году путем формирования у граждан ответственного отношения к своему здоровью (2017 — 2025 годы). URL: <http://static.government.ru/media/files/Soj3PKR09Ta9BAuW30bsAQpD2qTAI8vG.pdf>

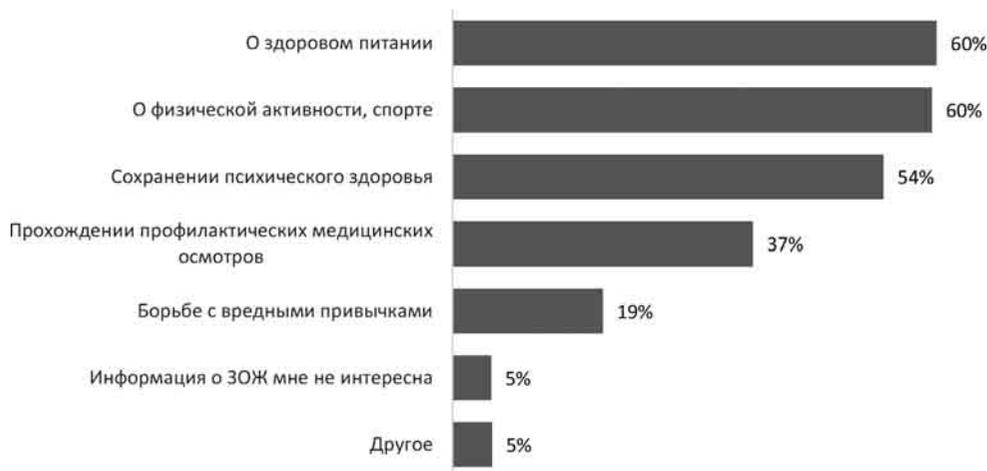


Рис. 2. Мнение респондентов о наиболее интересной информации о ЗОЖ

денты, уже ведущие ЗОЖ и респонденты, оценивающие свое здоровье как «хорошее».

Среди различных аспектов ЗОЖ наиболее интересной для работающих москвичей является информация о здоровом питании — 60%, физической активности, спорте — 60%, сохранению психического здоровья — 54% (рис. 2).

Тема здорового питания более других интересна:

- москвичам с малоактивной работой — 64%, чаще чем для москвичей, занятых высокоактивным трудом,
- респондентам, ведущим ЗОЖ — 67%,
- женщинам — 66%.

Результаты фокус-групповых дискуссий позволяют конкретизировать направления информирования москвичей по этой теме. Информанты сообщали, что они хотели бы получать информацию о вкусном питании, которое не приводит к набору веса, похудению с без ограничений и пользе употребления в пищу продуктов с эко-маркировкой.

Тема физической активности и спорта более интересна:

- ведущим ЗОЖ — 65%,
- мужчинам — 62%,
- молодежи 18—24 года — 63%, чаще чем для респондентов 45—60 лет.

Результаты фокус-групповых дискуссий позволяют конкретизировать направления информирования москвичей по данной теме. Информанты сообщали, что они хотели бы получать информацию о спортивных и физкультурно-оздоровительных мероприятиях, организации групп здоровья и дворовых соревнований, о бесплатных посещениях спортивных учреждений, программы тренировок, получить советы тренеров, гайды по «построению» тела и информацию по выполнению упражнений.

Тема сохранения психического здоровья более интересна:

- для женщин — 63%,
- респондентов 25—34 года — 63% чаще чем для более старших возрастов.

Информация по борьбе с вредными привычками также имеет определенную целевую аудиторию:

- чаще мужчины (23%),
- респонденты рабочих специальностей — 26% чаще, чем специалисты с высшим образованием.
- москвичи, не ведущие ЗОЖ, — 26%.

#### Источники информации

Интернет является основным источником получения информации для москвичей, в основном как источник называются информационные сайты — 76%, мессенджеры — 68% и социальные сети — 65% (рис. 3).

Иные источники получения информации также могут являться значимыми для некоторых социально-демографических групп. Так, обращаются к «новым» источникам (сайты, социальные сети, мессенджеры) чаще:

- лица до 44 лет;
- сотрудники организаций или самозанятые;



Рис. 3. Распределение мнений респондентов о каналах получения информации о ЗОЖ

Примечание. Сумма ответов больше 100%, т. к. респондент имел возможность выбрать несколько вариантов



Рис. 4. Распределение мнений респондентов о доверии в вопросах ведения ЗОЖ

Примечание. Сумма ответов больше 100%, т. к. респондент имел возможность выбирать несколько вариантов

- руководители, специалисты и учащиеся московичи;
- лица с незаконченным или высшим образованием.

В равной степени обращаются к «традиционным» и «новым» источникам чаще:

- возрастная группа москвичей старшего трудоспособного возраста (45—60 лет)
- предприниматели;
- представители некоммерческих организаций и безработные;
- определяющие уровень дохода как высокий и средний;
- граждане без высшего образования.

Обращаются преимущественно к традиционным источникам — как тенденция, пенсионеры по выслуге лет (среди трудоспособного населения данные категории представлены незначительно).

Родственники и друзья являются важными доверенными источниками в вопросах ведения здорового образа жизни (рис. 4). Несколько чаще им доверяют мужчины. Эксперты (например, врачи) значительно «отстают» в популярности. Им чаще доверяют женщины.

Наиболее предпочитаемыми формами получения информации для респондентов являются «статья или пост в социальных сетях» — 69%, «видеоролик, сюжет, репортаж» — 63% (рис. 5).

Самая популярная форма, статья, пост в социальных сетях, наиболее предпочтительна для:

- респондентов с высшим образованием — 69%, относительно москвичей с средним специальным,
- занимающихся малоактивной работой — 71%, относительно респондентов с высокоактивными видами профессиональной деятельности,
- руководителей различного уровня — 70%, относительно респондентов рабочих специальностей;

- женщин — 72%;
- респондентов 18—44 года — 73% относительно более старших групп.

Видеореклама предпочтительнее для респондентов со средним специальным образованием, относительно респондентов с высшим. Видеоролики являются универсальной формой, которая популярна во всех социально-демографических группах.

#### Достоверность информации о ЗОЖ

Большинство респондентов (58%) отметили, что сталкивались с потенциально недостоверной информацией о ЗОЖ (рис. 6).

При ответе на открытый вопрос 44% респондентов предпочли указать источник получения недостоверной информации (газеты, ТВ, интернет и т. д.), без конкретики о её содержании (рис. 7).

Второй по полярности ответ — это получение недостоверной информации о диетах и соблюдении питьевого режима — 40%. На данный факт чаще обращали внимание женщины, чем мужчины. Отмечались встречи с мифами о правильном питании в целом, отдельных продуктах и веществах (например, глютен, яйца, молочные продукты), диетах (например, вегетарианской, Дюкана) и т. д.

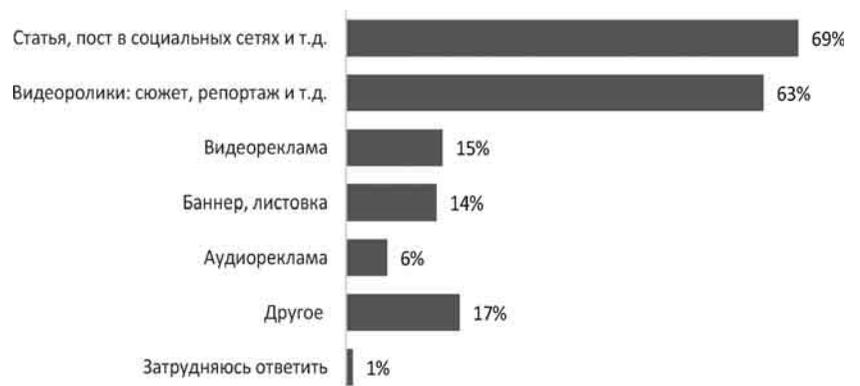


Рис. 5. Мнение респондентов о наиболее эффективных формах представления информации

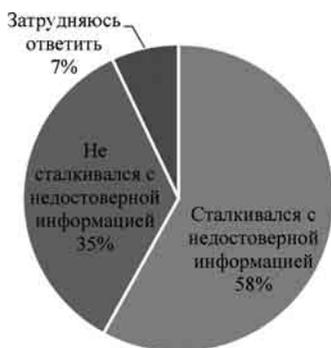


Рис. 6. Распределение мнений респондентов фактах столкновения с недостоверной информацией о ЗОЖ

Основные маркеры достоверности информации о ЗОЖ для респондентов — это «использование статистических данных» — 63% и «авторитет автора» — 59% (рис. 8).

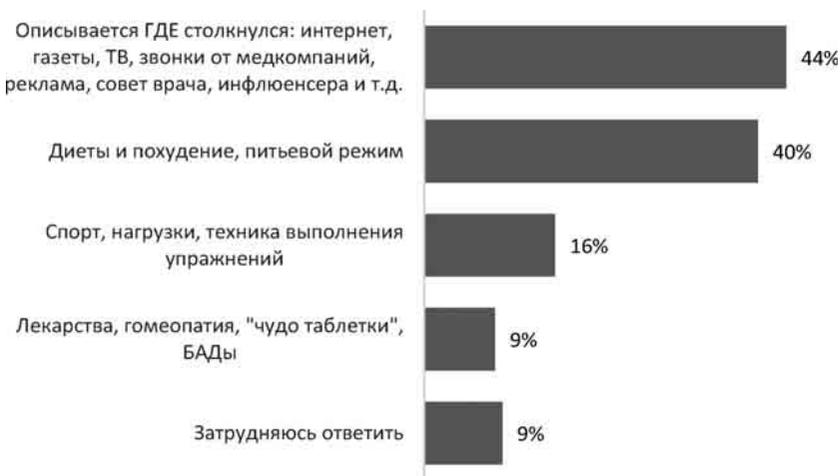


Рис. 7. Распределение мнений респондентов о видах недостоверной информации о ЗОЖ и каналов ее получения

Примечание. Сумма ответов больше 100%, т. к. респондент имел возможность предлагать несколько вариантов. Указаны ответы, набравшие более 2%.

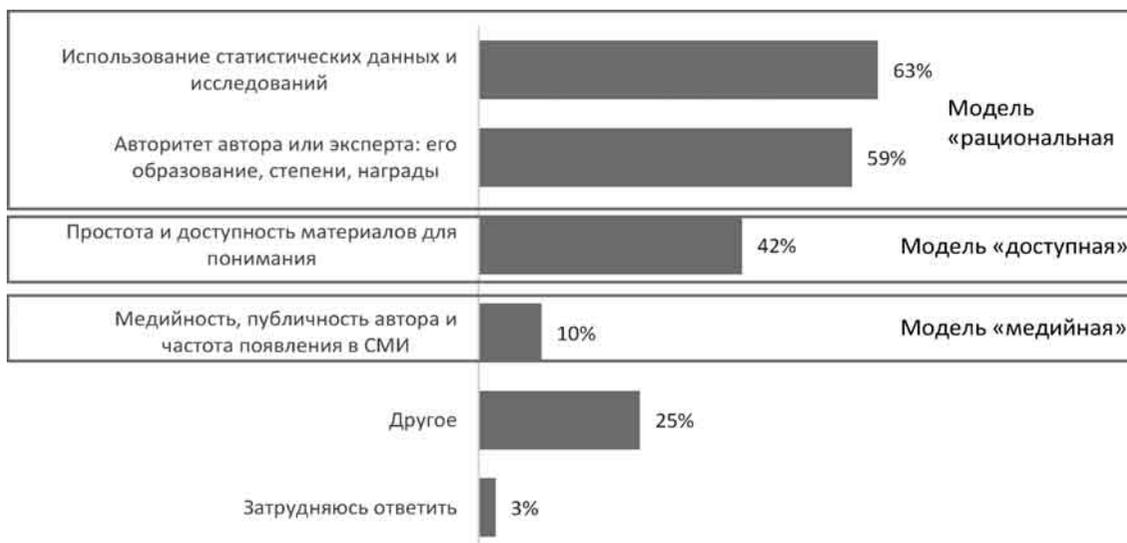


Рис. 8. Распределение мнений респондентов о признаках определения достоверности информации о ЗОЖ

Примечание. Сумма ответов больше 100% т. к. респондент имел возможность выбирать несколько вариантов

## Обсуждение

Респонденты в целом не говорят о дефиците знаний о ЗОЖ. Ввиду наличия множественной информации о ЗОЖ в сети интернет, следует говорить скорее не о дефиците информации, а о необходимости совершенствования путей доставки достоверной информации до «уязвимых групп», до которых она не доходит, или о внедрении форм прямого «регулируемого погружения» в ЗОЖ, например, с помощью обязательного участия в различных физкультурно-оздоровительных мероприятиях на работе. В этой связи одна из самых простых и доступных практик — это производственная гимнастика или физкультминутки [8].

Распространение информации о ЗОЖ по различным каналам коммуникации целесообразно с учетом предпочтений различных социально-демографических групп. Исследование предоставляет портреты целевых аудиторий для отдельных источников информации. Отдельно обращает на себя внимание преобладание среди группы, в равной степени обращающихся к «традиционным» и «новым» источникам, наиболее возрастной группы населения трудоспособного возраста. Данная группа достаточно активно пользуется интернет-источниками, что может объясняться в т.ч. профессиональными причинами (рабочие группы в социальных сетях, использование сайтов и т. д.).

Москвичи в вопросах ведения здорового образа жизни чаще доверяют ближнему кругу общения — родственникам и знакомым (уровень межличностных контактов), особенно если человек сам добился реальных результатов в вопросах ЗОЖ («...подруга сама похудела на 20 кг»). В связи с этим — возможная тактика вовлечения в ЗОЖ

для данной группы — через участие в различных физкультурно-оздоровительных мероприятиях семейного типа («папа-мама-я» или более расширенный формат). Интерес к участию в физкультурно-спортивных мероприятиях с участием всей семьи сегодня довольно высокий [9].

Результаты исследования позволяют говорить о наличии в общественном сознании трехуровневой структуры взаимодействия человека с информацией по вопросам ЗОЖ: уровень медиа-специалистов (блогеры, телеведущие, в т.ч. известные врачи, такие как Александр Мясников или Елена Малышева), уровень референтных специалистов (знакомые врачи, тренеры, нутрициологи и т.д.) и уровень межличностных контактов. Лица первых двух уровней, особенно на уровне референтных специалистов, могут выступать в качестве информаторов и организаторов непосредственного привлечения человека к различным мероприятиям ЗОЖ. Помочь им в этом может разработка и распространение информационных материалов, брошюр, содержащих достоверную информацию и ссылки на основные доказательные ресурсы по ЗОЖ. Значимую роль в ЗОЖ-инфокампаниях играют блогеры, чье влияние на формирование общественного подтверждается исследованиями [10].

Как было показано, основные темы ЗОЖ имеют разный информационный потенциал в различных социально-демографических группах трудоспособного населения Москвы. Отдельно обращает на себя внимание большой интерес к борьбе с вредными привычками именно у опрошенных, не ведущих ЗОЖ, может говорить о том, что для значимой части респондентов началом здорового образа жизни может стать именно отказ от вредных привычек. Такая позиция не удивительна, т.к. информация о вредном влиянии сигарет, алкоголя и наркотиков на здоровье человека хорошо известна населению и подробно описана в научной литературе [11].

Достаточно частая встреча в информационном пространстве с недостоверной информацией, скорее всего, связана с ее массовостью и, зачастую, противоречивостью темы. Респондентами отмечалось, что некоторые спикеры по тематике ЗОЖ откровенно некомпетентны в теме.

Самый большой объем недостоверной, по мнению респондентов, информации касается правил питания, диет. Данный факт показывает область правильного питания как одну из приоритетных в просветительской политике по ЗОЖ. В частности, важно снижение противоречивости информационного поля вокруг данной области и ограничение возможностей наращивания аудитория недобросовестных спикеров. Возможное направление действия в этой связи — развитие единых проверенных ресурсов-агрегаторов на тему здорового питания, «сертифицированных» отобранными государством специалистами, конкурентных с точки зрения подачи информации, которые будут информировать о доказательных нормах здорового питания.

Вторая обсуждаемая тема, пусть и с большим отрывом от питания — это вопросы физической на-

грузки, часто касающиеся правильной техники выполнения упражнений. Зачастую мифы о правильном питании и физической нагрузке рассматривались вместе, как два компонента построения привлекательного здорового тела.

Далее, в контексте недостоверности респондентами также упоминалась информация о «чудо-лекарствах» (преимущественно в негативном ключе), о вредных привычках (например, о нормальности употребления алкоголя), связанная с COVID-19, психологической помощью, народной медициной, уходом за кожей лица и т.д. Все эти направления могут рассматриваться как информационные ниши, которые необходимо заполнять проверенным контентом, противодействуя откровенно ложному.

Эффективность распространения информации зависит как от источника, так и от формата. Стоит подчеркнуть, что и формат прямой рекламы, несмотря на относительно низкое признание со стороны респондентов, может быть в ряде случаев эффективен в распространении информации о ЗОЖ — например, у респондентов может иметь место нежелание признавать влияние рекламы на себя, при фактическом наличии такого влияния. В пользу этого говорят упоминания программы «Здоровая Москва», в т.ч. в контексте рекламы с актером Сергеем Буруновым (в которой он выступает лицом проекта) в ходе проведения фокус-групповых дискуссий. Это также говорит о перспективности использования в кампаниях по теме ЗОЖ для определенных групп населения людей, которые не являются эталонным ЗОЖ, но которые «растут» в этой области вместе с аудиторией.

Стратегии информационных кампаний должны опираться на модели восприятия информации о ЗОЖ, которые присущи различным социально-демографическим группам. Можно выделить три модели восприятия — «рациональную», «доступную» и «медийную».

Люди, выбирающие рациональную модель, предпочитают научно обоснованные факты, которые доносит профессионал. Основная аудитория таких программ:

- работающие граждане,
- сотрудники с малоактивной работой,
- с высшим уровнем образования,
- со средним доходом;

Вторая модель — «доступная». Люди, выбирающую эту модель, предпочитают поданную просто информацию. Основная аудитория:

- респонденты 45—60 лет,
- сотрудники с высокоактивной работой,
- со средним специальным образованием,
- средним доходом.

Третья модель — «медийная». Здесь популярность автора более значима для респондентов, занятых высокоактивным трудом или работой средней активности. Эта модель может быть более интересна москвичам с различными видами рабочих профессий.

Представленные модели иногда конфликтуют друг с другом, т.к. у москвичей, предпочитающих

научность, простота подачи информации может вызвать отторжение. И наоборот, информация, наполненная профессиональными терминами, данными статистики может быть отвергнута по причине чрезмерной сложности или немедийности эксперта. Данные факты необходимо учитывать при планировании информационных кампаний.

### Заключение

Полученные результаты показывают, что при проведении просветительских кампаний, направленных на формирование ЗОЖ среди населения, необходимо обращать внимание как на каналы распространения информации, характерные для различных целевых аудиторий, так и на им интересные темы. Крайне важно не просто насыщение инфополя качественной информацией о ЗОЖ, которая зачастую теряется сегодня в информационном шуме, но и правильное её таргетирование. Другое важнейшее направление, как было показано, проработка мифов о ЗОЖ.

Полученные в исследовании данные могут быть учтены при создании информационных кампаний, направленных на население трудоспособного возраста в городах России.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Драпкина О. М., Концевая А. В., Лопатина М. В., Попович М. В., Салагай О. О. Национальная информационно-коммуникационная кампания по формированию здорового образа жизни населения: российский опыт. *Панорама общественного здравоохранения*. 2019;5(2):224—232
2. Рожков И. В. Особенности законодательного регулирования и информационной поддержки повышения качества жизни (на примере «здорового образа жизни»). *Евразийская адвокатура*. 2023;4(63):144—148. DOI: 10.52068/2304—9839\_2023\_63\_4\_144
3. Сахаров В. А., Сахарова Л. Г. Формирование здорового образа жизни советской молодежи в 1920—1930-е годы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2015;23(2):57—61.
4. Чогадарян М. Г. Методы, способы и приемы советской пропаганды в 1920—30-е гг. *Теория и практика общественного развития*. 2013;4:181—183.
5. Temnikova L. B., Vandsheva A. V. Social media as an integral element of modern communication. *Communication Studies (Russia)*. 2022;9(2):274—284. DOI: 10.24147/2413—6182.2022.9(2).274—284.
6. Квернадзе Э. Целевая аудитория как объект социально-психологического воздействия СМИ. *Коммуникология: электронный научный журнал*. 2022;7(4):96—105.
7. Салагай О. О., Дроздова Л. Ю., Дерюжинская Д. С., Раковская Ю. С., Якунчикова М. С., и др. Результаты социологического опроса населения в рамках всероссийского диктанта здо-

- рочья. *Профилактическая медицина*. 2023;26(6):30-38. DOI: 10.17116/profmed20232606130
8. Тимошенко А. В., Николаева И. В. Физическая культура как средство профилактики профессиональных заболеваний офисных работников. *Olymplus. Гуманитарная версия*. 2020;1(10):75—78.
9. Солдовник Е. М. Актуальность спортивного проекта «Папа, мама, я — спортивная семья». *Перспективы науки*. 2022;1(148):102—104.
10. Ягудина А. Р. Блогеры как регуляторы общественного мнения. *Мир науки и мысли*. 2023;2:105—112.
11. Шальнова С. А., Максимов С. А., Баланова Ю. А., Евстифеева С. Е., Имаева А. Э., и др. Приверженность к здоровому образу жизни в российской популяции в зависимости от социально-демографических характеристик населения. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020;19(2):2452. DOI:10.15829/1728-88002020-2452.

### REFERENCES

1. Drapkina O. M., Kontsevaya A. V., Lopatina M. V., Popovich M. V., Salagai O. O. National information and communication campaign for the formation of a healthy lifestyle of the population: Russian experience. *Panorama of public health*. 2019;5(2):224—232. (in Russian).
2. Rozhkov I. V. Features of legislative regulation and information support for improving the quality of life (on the example of a «healthy lifestyle»). *Eurasian Advocacy*. 2023;4(63):144—148. DOI: 10.52068/2304—9839\_2023\_63\_4\_144. (in Russian).
3. Sakharov V. A., Sakharova L. G. Formation of a healthy lifestyle of Soviet youth in the 1920s-1930s. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2015;23(2):57—61. (in Russian).
4. Chogadaryan M. G. Methods, methods and techniques of Soviet propaganda in the 1920s-30s of the XX century. *Theory and practice of social development*. 2013;4:181—183. (in Russian).
5. Temnikova L. B., Vandsheva A. V. Social media as an integral element of modern communication. *Communication Studies (Russia)*. 2022;9(2):274—284. DOI: 10.24147/2413—6182.2022.9(2).274—284.
6. Kvernadze E. The target audience as an object of socio-psychological impact of the media. *Communicology: an electronic scientific journal*. 2022;7(4):96—105. (in Russian).
7. Salagai O. O., Drozdova L. Yu., Deryuzhinskaya D. S., Rakovskaya Y. S., Yakunchikova M. S., etc. The results of a sociological survey of the population within the framework of the All-Russian dictation of health. *Preventive medicine*. 2023;26(6):30—38. DOI: 10.17116/profmed20232606130. (in Russian).
8. Timoshenko A. V., Nikolaeva I. V. Physical culture as a means of preventing occupational diseases of office workers. *Olymplus. The humanitarian version*. 2020;1(10):75—78. (in Russian).
9. Solodovnik E. M. Relevance of the sports project «Dad, Mom, I am a sports family». *Prospects of science*. 2022;1(148):102—104. (in Russian).
10. Yagudina A. R. Bloggers as regulators of public opinion. *The world of science and thought*. 2023;2:105—112. (in Russian).
11. Shalnova S. A., Maksimov S. A., Balanova Yu. A., Evstifeeva S. E., Imayeva A. E., et al. Commitment to a healthy lifestyle in the Russian population, depending on the socio-demographic characteristics of the population. *Cardiovascular therapy and prevention*. 2020;19(2):2452. DOI:10.15829/1728-88002020-2452. (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 17.10.2024; одобрена после рецензирования 18.10.2024; принята к публикации 18.11.2024. The article was submitted 17.10.2024; approved after reviewing 18.10.2024; accepted for publication 18.11.2024.