

БЮЛЛЕТЕНЬ

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

Выпуск 1

Научно-практический журнал

Основан в 1992 г.

Москва – 2019

Адрес редакции: 105064, г. Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12,
стр. 1. Тел. 8 (495) 917-92-71
Электронная версия журнала –
<http://nriph.ru/index.php/byulleten/arkhiv-vypuskov.html>

Публикуемые материалы отражают точку зрения авторов,
которая может не совпадать с мнением редколлегии
журнала

Свидетельство ПИ № ФС 77 – 64152 от 25.12.2015.

Выдано Роскомнадзором.

Журнал издается с 1992 г.

ISSN: 2415-8410

Внесен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)

© Бюллетень Национального научно-исследовательского института
общественного здоровья имени Н.А. Семашко.

16+

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЕГИЯ:

Главный редактор – Хабриев Рамил Усманович, академик РАН

**Заместитель главного редактора – Черкасов Сергей
Николаевич, доктор медицинских наук**

Технический секретарь - Олейникова Валерия Сергеевна

Оглавление

Абубакиров А.С. Организационно-экономический механизм обязательного медицинского страхования	6
Абубакиров А.С. Особенности договорных отношений в сфере медицинского страхования	16
Ананченкова П.И. Деятельность бизнес-субъектов на рынке услуг медицинского туризма	26
Баженова С.А. Основные экономические показатели развития Российского медицинского рынка в 2015-2018 годах	33
Басарболиев А.В., Черкасов С.Н., Шапиев А.Н., Владимирский А.В., Федяева А.В. Клинический аудит в лучевой диагностике как метод распространения лучших медицинских практик	40
Большакова П.Н. Табакокурение студенческой молодёжи: Кто виноват и что делать?	52
Большакова П. Н., Черкасов С. Н. Особенности инициации табакокурения подростков	58
Григорьев Г.Ю. Черкасов С.Н. Социально-гигиеническая характеристика лиц, занимающихся спортом в возрасте 40 лет и старше	64
Дерябина Н.Н. Анализ соматического здоровья проводниц железнодорожного транспорта	72
Мингазова Э.Н., Мешков А.В., Ситдикова И.Д. Критерии повышения качества медицинского обслуживания населения (спец. контингента) в условиях техногенного воздействия	80
Серебряный Р.С., Яремчук О.В. К вопросу эвакуации населения в первые годы ВОВ в Поволжье	84
Черкасов С.Н., Григорьев Г.Ю., Федяева А.В. Характеристики питания лиц, занимающихся спортом в возрасте 40 лет и старше	97

Черкасов С.Н., Киртадзе И.Д., Камаев Ю.О. Семейное окружение как социальная детерминанта здоровья в старших возрастных группах	106
Черкасов С.Н., Киртадзе И.Д., Камаев Ю.О., Олейникова В.С. Влияние жизненного приоритета «работа» на качество жизни, связанного со здоровьем в старших возрастных группах	112
Чичерин Л.П., Прокофьева Я.А. Современные проблемы орфанных заболеваний	118
Требования к рукописям, направляемым в журнал «Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А.Семашко»	125

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.01.001

Абубакиров А.С.

**ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

БУ Сургутская городская клиническая поликлиника №4,
г. Сургут, Россия

Abubakirov A.S.

**ORGANIZATIONAL-ECONOMIC MECHANISM OF COMPULSORY
MEDICAL INSURANCE**

BU Surgut city clinical polyclinic №4, Surgut, Russia

Контактная информация:

Абубакиров Андрей Султангалеевич – хирург-проктолог
Сургутской городской клинической поликлиники №4. Адрес: г.Сургут,
ул. Игоря Киртбая, 12; E-mail: a.s.abubakirov@mail.ru

Резюме. В статье рассматриваются вопросы функционирования механизма обязательного медицинского страхования. Основой для оказания медицинских услуг в рамках системы обязательного медицинского страхования является Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, на цели которой и должны расходоваться средства фондов обязательного медицинского страхования. Отмечено, что в России механизм ОМС имеет характерные особенности, отличающие его от общей системы обязательного медицинского страхования и от сектора добровольного медицинского страхования специализированными фондами ОМС, которые аккумулируют взносы работодателей.

Ключевые слова: медицинское страхование, ОМС, организационно-экономический механизм

Abstract. The article deals with the functioning of the mechanism of compulsory health insurance. The basis for the provision of medical services under the system of compulsory medical insurance is the Program of state guarantees of providing citizens of the Russian Federation with free medical care, for the purpose of which funds of compulsory medical insurance should be spent. It is noted that in Russia the mechanism of CHI has characteristic features that distinguish it from the General system of compulsory health

insurance and from the sector of voluntary health insurance by specialized funds of CHI, which accumulate contributions from employers.

Key words: medical insurance, CHI, organizational and economic mechanism

Организационно - экономический механизм обязательного медицинского страхования построен на том, что территориальные фонды ОМС и их филиалы финансируют страховые медицинские организации на основании договоров о финансировании обязательного медицинского страхования. В соответствии с нормативно-правовыми актами, задачами страховых медицинских организаций являются:

- осуществление обязательного медицинского страхования путём заключения договоров;
- выдача страховых полисов;
- формирование списка застрахованных;
- оплата медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с территориальной программой ОМС и договорами ОМС;
- осуществление контроля за объёмами, качеством и сроками предоставления медицинских услуг.

Финансирование страховых медицинских организаций территориальными фондами обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с дифференцированными подушевыми нормативами по числу застрахованных лиц. Финансово-кредитная деятельность Федерального фонда обязательного медицинского страхования в этой системе направлена на выравнивание условий деятельности территориальных фондов.

Если у страховой медицинской организации недостаточно средств для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС, то она, в соответствии с договором о финансировании ОМС, обращается в фонд за субвенциями. СМО обязана предоставлять фонду информацию о численности и составе застрахованных, объёме и стоимости оплаченных медицинских услуг; о размерах штрафных санкций, предъявленных ими к медицинским учреждениям; о расходах на ведение дела и формировании и расходовании резервов и фондов.

Направляемые территориальными фондами в размере дифференцированных подушевых нормативов средства в страховых медицинских организациях покрывают оплату медицинских услуг, идут на формирование резервов и расходуются на оплату труда работников, которые заняты в системе обязательного медицинского страхования.

Территориальные фонды устанавливают для страховых медицинских организаций единые нормативы финансовых фондов и

резервов в процентах к финансовым средствам, передаваемым им на проведение обязательного медицинского страхования. При этом под резервом оплаты медицинских услуг понимаются финансовые средства, формируемые страховой медицинской организацией для оплаты предстоящей медицинской помощи застрахованным. Средства резерва оплаты медицинских услуг предназначены для оплаты в течение действия договоров страхования медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам в объёме и на условиях территориальной программы обязательного медицинского страхования.

По окончании календарного года определяются финансовые результаты проведения обязательного медицинского страхования, и в случае превышения доходов над расходами сумма превышения направляется на пополнение резервов и дохода страховой медицинской организации.

Основой для оказания медицинских услуг в рамках системы обязательного медицинского страхования является, как уже упоминалось выше, Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, на цели которой и должны расходоваться средства фондов обязательного медицинского страхования. Она определяет виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, включает в себя базовую программу обязательного медицинского страхования, объёмы медицинской помощи, подушевой норматив финансирования здравоохранения, обеспечивающий предоставление гарантированных объёмов медицинской помощи. Эта программа финансируется, главным образом, за счёт средств обязательного медицинского страхования и средств бюджетов всех уровней. Финансирование медицинской помощи гражданам Российской Федерации на всей территории России осуществляется за счёт бюджетов следующим образом:

1) из федерального бюджета происходит оплата медицинской помощи, оказываемой в федеральных медицинских учреждениях, в том числе дорогостоящие виды медицинской помощи, перечень которых утверждается Минздравом России;

2) средствами бюджетов субъектов РФ и муниципальных образований покрывается скорая медицинская помощь, которую оказывают станции скорой медицинской помощи; амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, оказываемая в специализированных диспансерах, больницах.

Средства бюджетов всех уровней направляются на возмещение расходов по диспансерному наблюдению здоровых детей, льготному

лекарственному обеспечению и протезированию, а также на финансирование медицинского обслуживания, оказываемого фельдшерско-акушерскими пунктами, больницами, центрами и др.

Что касается базовой программы обязательного медицинского страхования, то она осуществляется исключительно за счёт средств ОМС, то есть за счёт средств, аккумулированных в фондах ОМС. В рамках этой базовой программы предоставляется амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно-правовой формы при инфекционных и паразитарных заболеваниях.

На основе базовой программы органы исполнительной власти субъектов РФ разрабатывают и утверждают территориальные программы обязательного медицинского страхования, которые могут предусматривать предоставление дополнительных объёмов и видов медицинской помощи за счёт средств субъектов РФ (при этом объём медицинской помощи, предоставляемой по территориальным программам не может быть меньше объёма, установленного базовой программой). Финансирование территориальной программы ОМС осуществляет соответствующий территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Программа разрабатывается, исходя из нормативов объёмов медицинской помощи, являющихся основой для формирования расходов на здравоохранение в бюджетах всех уровней и в соответствующих бюджетах фондов ОМС и подлежит ежегодному пересмотру.

Подушевыми нормативами финансирования здравоохранения являются показатели, отражающие размеры средств на компенсацию затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчёте на одного человека. Они формируются органами исполнительной власти субъектов РФ по определённым ими показателями стоимости медицинской помощи в разрезе её видов и именно на их основе и осуществляется финансирование предоставления медицинских услуг гражданам в рамках системы обязательного медицинского страхования.

Организационная структура системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации и источники формирования финансового обеспечения механизма системы обязательного медицинского страхования представлены на рисунке 1.

В качестве страхователей в системе ОМС по отношению к работающим гражданам выступают¹:

- организации;
- индивидуальные предприниматели;
- физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;
- нотариусы, адвокаты.

Для неработающих граждан страхователями являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, которые уплачивают страховые взносы установленного размера на обязательное медицинское страхование за неработающее население, к которым относятся:

- а) дети до 18 лет;
- б) неработающие пенсионеры;
- в) обучающиеся по очной форме обучения в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования;
- г) безработные граждане, которые стоят на учете в соответствии с законодательством о занятости;
- д) один из родителей или опекун, если осуществляет присмотр за ребенком до трех лет;
- е) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет.

¹ Ст. 11 Федерального Закона Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ (ред. от 06.02.2019) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/. (дата обращения 07.03.2019).

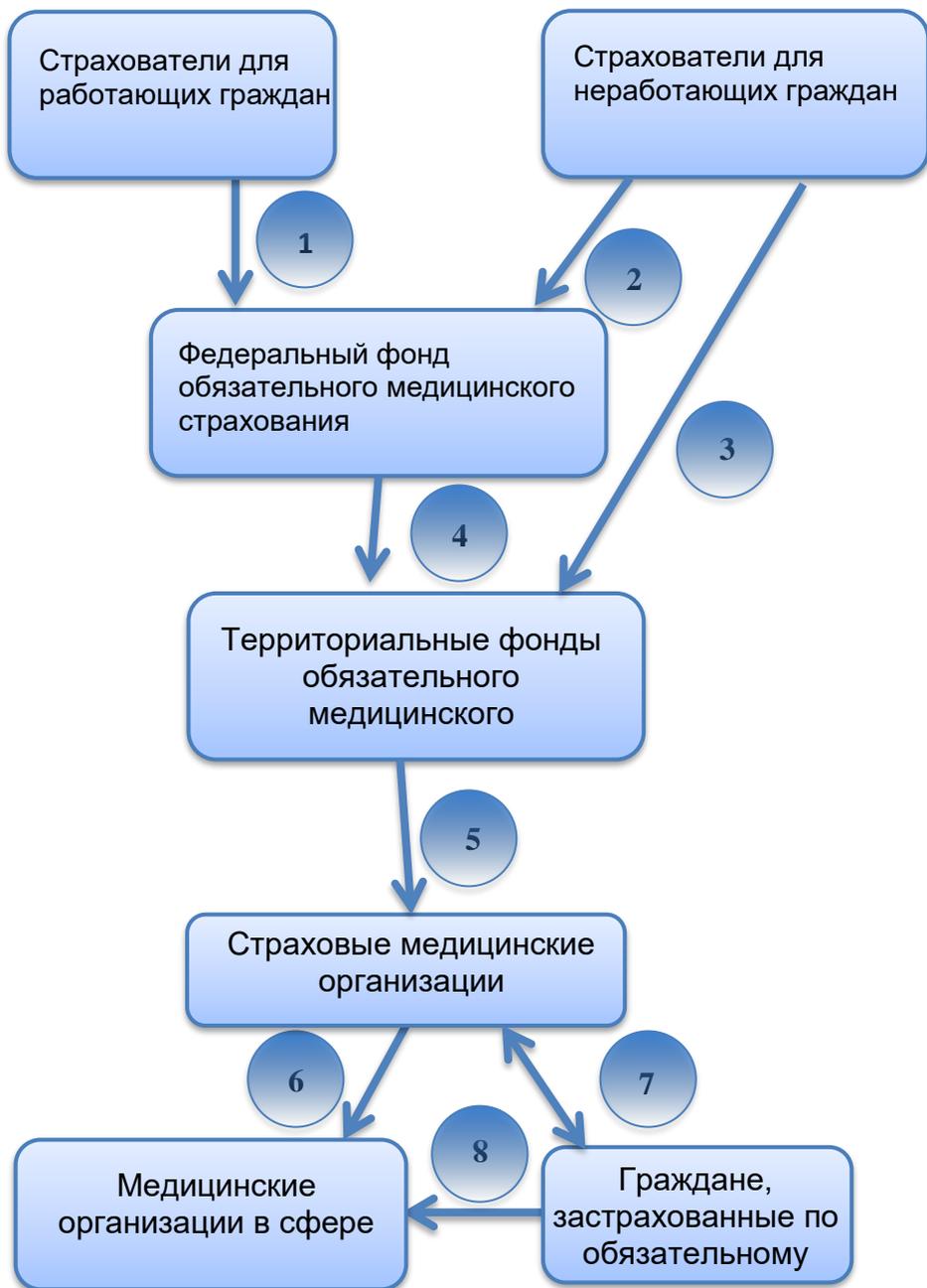


Рисунок 1. Организационная структура системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации

Источник: Журнал «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» № 4-2014.

[Электронный ресурс] URL:

<http://www.ffoms.ru/upload/iblock/ca9/ca9aaf15557cd8b7cbd7bcee190cb85b.pdf>. (дата обращения 07.03.2019).

Пояснения к рисунку:

1. Отчисление страховых взносов на ОМС работающего населения.
2. Отчисление страховых взносов в систему ОМС за неработающее население.
3. Платежи из бюджетов субъектов РФ, направляемые в качестве дополнительного финансового обеспечения для реализации мер, содержащихся в территориальной программе ОМС в рамках базовой программы ОМС на финансирование дополнительных видов и условий медицинского обеспечения, которые не установлены в рамках базовой программы ОМС.
4. Выделение субвенций для осуществления переданных в ведение органов государственной власти субъектов РФ полномочий в системе ОМС.
5. Возмещение страховой медицинской организации расходов в рамках договора о финансовом обеспечении ОМС.
6. Покрытие медицинского обеспечения по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС; осуществление контроля за объемами, сроками, качеством и условиями предоставления медицинских услуг в медицинских организациях, которые включены в реестр медицинских организаций, работающих в системе ОМС.
7. Выдача гражданам полисов ОМС на основании заявления застрахованных лиц о выборе (замене) страховой медицинской организации.
8. Обращение граждан за оказанием бесплатной медицинской помощи по территориальной программе ОМС при страховом случае.

Сумма страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения рассчитывается с учетом финансового обеспечения медицинской помощи, виды и условия медицинских услуг устанавливаются базовой программой обязательного медицинского страхования и в субъектах РФ рассчитывается по формуле:

$$C = T \times k_d \times k_y; \quad (1)$$

где T – тариф, установленный Федеральным законом от 30.11.2011 г. № 354-ФЗ (ред. от 28.11.2018 г.) «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» (18 864,60 руб.), k_d – коэффициент дифференциации (например, для Краснодарского края он равен 0,3333), k_y – коэффициент, зависящий от стоимости медицинских услуг и ежегодно устанавливаемый федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на определенный финансовый год и плановый период (на 2019 год установлен 1,119, на 2020 год – 1,162, на 2021 год – 1,208²).

Страховые взносы на ОМС, уплачиваемые регионами за неработающих граждан, в среднем ниже сумм, которые уплачивают работодатели за работающее население.

В России механизм ОМС имеет характерные особенности, отличающие его от общей системы обязательного медицинского страхования и от сектора добровольного медицинского страхования специализированными фондами ОМС, которые аккумулируют взносы работодателей.

В качестве страховщика по обязательному медицинскому страхованию выступает Федеральный фонд, являющийся некоммерческой организацией, созданной Российской Федерацией в соответствии с законодательством с целью реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования, который реализует базовую программу обязательного медицинского страхования, конкретизируемую местными органами власти каждого региона.

Контроль использования средств обязательного медицинского страхования осуществляется Федеральным фондом, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере и Счетной палатой Российской Федерации.

Доходы бюджета Федерального фонда формируются из следующих поступлений:

²Федеральный закон от 28.11.2018 N 433-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_312087/#dst0. (дата обращения 06.03.2019).

- 1) страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
- 2) недоимки по взносам и налоговым платежам;
- 3) начисленных пеней и штрафов;
- 4) средств федерального бюджета;
- 5) доходов от размещения временно свободных средств;
- 6) иных источников, предусмотренных российским законодательством.

Расходы, осуществляемые из бюджета Федерального фонда для финансового обеспечения, направлены для:

- предоставления субвенций территориальным фондам для осуществления переданных полномочий;
- исполнения расходных обязательств в сфере охраны здоровья граждан;
- выполнения функций органа управления Федерального фонда.

Стоит отметить, что практика показывает: полноценный механизм взаимодействия между субъектами и участниками системы медицинского страхования не сформирован. Страховые компании выступают в качестве посредников между клиниками и пациентами, выполняя роль кассиров, которые только переводят денежные средства поликлиникам и больницам, не следя за качеством оказываемых медицинских услуг.

Рассмотрев организационно-экономический механизм обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации, можно заключить, что он работает следующим образом:

1) страхователи работающего и неработающего населения производят отчисления страховых взносов на ОМС;

2) из бюджетов субъектов РФ поступают платежи и субвенции для реализации мер территориальных программ ОМС;

3) возмещение страховой медицинской организации расходов в рамках договора о финансовом обеспечении ОМС; осуществление контроля за объемами, сроками, качеством и условиями предоставления медицинских услуг в медицинских организациях, которые включены в реестр медицинских организаций, работающих в системе ОМС;

4) выдача гражданам полисов ОМС на основании заявления застрахованных лиц о выборе (замене) страховой медицинской организации;

5) обращение граждан за оказанием бесплатной медицинской помощи по территориальной программе ОМС при страховом случае.

Таким образом, обязательное медицинское страхование граждан в Российской Федерации осуществляется в размерах, устанавливаемых государственными программами обязательного медицинского

страхования и является бесплатным при наступлении страхового случая. Организационно-экономический механизм обязательного медицинского страхования граждан реализуется в соответствии с нормативно-правовыми актами, путём заключения договоров, выдачи страховых полисов, формирования списка застрахованных лиц, оплаты медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с территориальной программой ОМС и договорами ОМС, осуществления контроля за объёмом, качеством и сроками предоставления медицинских услуг.

Литература

1. Ст. 11 Федерального Закона Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ (ред. от 06.02.2019) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/. (дата обращения 07.03.2019).

2. Федеральный закон от 28.11.2018 N 433-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_312087/#dst0. (дата обращения 06.03.2019).

3/ Закон РФ от 02.04.1993 N 4741-1 (ред. от 24.07.2009) «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (утратил силу). [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_1817/. (дата обращения: 09.03.2019).

4. Официальный сайт Федерального Фонда ОМС РФ. [Электронный ресурс] URL: <http://www.ffoms.ru/system-oms/>. (дата обращения: 09.03.2019).

5. Аналитический обзор РБК «Обзор платных медицинских услуг и здорового образа жизни, 2015». [Электронный ресурс] URL: http://marketing.rbc.ru/reviews//medicine2013/chapter_1_1.shtml. (дата обращения: 10.03.2019).

Абубакиров А.С.

**ОСОБЕННОСТИ ДОГОВОРНЫХ ОТНОШЕНИЙ В СФЕРЕ
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

БУ Сургутская городская клиническая поликлиника №4,
г.Сургут, Россия

Abubakirov A.S.

**THE PECULIARITIES OF CONTRACTUAL RELATIONS IN THE
SPHERE OF MEDICAL INSURANCE**

BU Surgut city clinical polyclinic №4, Surgut, Russia

Контактна информация:

Абубакиров Андрей Султангалеевич – хирург-проктолог
Сургутской городской клинической поликлиники №4. Адрес: г.Сургут,
ул. Игоря Киртбая, 12.; E-mail: a.s.abubakirov@mail.ru

Резюме. В статье рассматриваются вопросы договорных отношений в сфере медицинского страхования. На основе анализа особенностей договорных отношений по обязательному медицинскому страхованию, реализующихся на основании гражданско-правовых договоров, сделан вывод, что в связи с объективной необходимостью оказания медицинской помощи за счет средств соответствующего бюджета, составления планов по расходам бюджета фонда ОМС, произошло закрепление в законодательстве о медицинском страховании значительного объема императивных норм, породив, в свою очередь, тенденцию к преуменьшению значения индивидуального регулирования отношений по обязательному медицинскому страхованию соглашением сторон.

Ключевые слова: медицинское страхование, ОМС, нормативное регулирование, договорные отношения

Abstract. The article deals with the issues of contractual relations in the field of health insurance. Based on the analysis of the features of contractual relations on compulsory health insurance, implemented on the basis of civil contracts, it is concluded that due to the objective need to provide medical care at the expense of the relevant budget, the preparation of plans for the budget of the CHI Fund, there was a consolidation in the legislation on health

insurance a significant amount of mandatory rules, giving rise, in turn, a tendency to downplay the importance of individual regulation of relations on compulsory health insurance agreement of the parties.

Key words: health insurance, medical insurance, regulatory, contractual relationship

На современном этапе развития сферы здравоохранения, оказание медицинской помощи осуществляется в соответствии с различными отраслями права. Тем не менее, множество договорных обязательств, регулирующих оказание медицинской помощи, обуславливает общую гражданско-правовую природу возникающих отношений.

Установлению содержания, правовой характеристики договоров, регулирующих оказание медицинских услуг, посвящено большое число исследований.³ Институту обязательного медицинского страхования также присуща комплексная правовая природа, поскольку сочетает в себе элементы как публично-правового так и частноправового регулирования.

Так как на основании п. 3 ст. 2 Гражданского кодекса РФ к имущественным отношениям, которые основаны на административном или ином властном подчинении одной стороны другой, положения гражданского законодательства не применяются, то важным моментом является выявление наличие гражданско-правовой основы в отношениях по ОМС, чтобы дать оценку возможности применения к указанным отношениям гражданского законодательства хотя бы по аналогии.

В настоящее время обязательное медицинское страхование населения РФ осуществляется на основании положений Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», согласно которых право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по ОМС реализуется на основании договоров, заключенных в его пользу между участниками обязательного медицинского страхования, а именно договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.⁴ Форма типового договора о финансовом

³ Малеина М.Н. Права и обязанности сторон договора на лекарственное обеспечение гражданина // Медицинское право. 2015. № 4. С. 6-9; Афанасьева И.В. Правовая природа и содержание договора суррогатного материнства // Медицинское право. 2015. N 4. С. 39-42.

⁴ Ст. 37 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 06.02.2019) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

обеспечении обязательного медицинского страхования утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 9 сентября 2011 года № 1030н,⁵ а форма типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию – Приказом Минздрава России от 24 декабря 2012 года № 1355н.⁶ Виды договоров и их стороны в сфере ОМС представлены на рис. 11.

С учетом публичного характера отношений, устанавливаемых в процессе реализации обязательного медицинского страхования, необходимо определить правовую природу указанных договоров. Содержание статей 37-39 Закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» позволяет прийти к заключению, что в современную систему обязательного медицинского страхования договорных введены отношения, регулируемые на основе равенства, автономии воли и имущественной самостоятельности их участников (п. 1 ст. 2 Гражданского кодекса РФ).

Федерации». [Электронный ресурс] URL:
http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/. (дата
обращения 11.03.2019).

⁵ Приказ Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1030н (ред. от 16.02.2017) «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» (Зарегистрировано в Минюсте России 19.10.2011 N 22082). [Электронный ресурс] URL:
http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120707/. (дата
обращения: 11.03.2019).

⁶ Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1355н (ред. от 25.03.2016) «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (Зарегистрировано в Минюсте России 29.12.2012 N 26421). [Электронный ресурс] URL:
http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140869/. (дата
обращения: 11.03.2019).

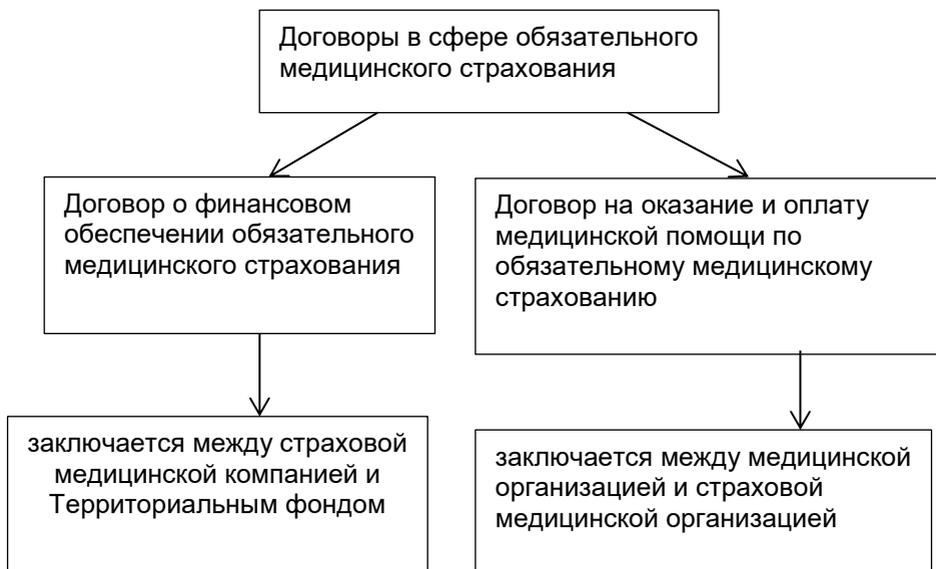


Рисунок 2. Система договоров в сфере ОМС

Источник: составлено автором.

Рассмотрим основные характеристики договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию заключается между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования и которым решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в установленном законом порядке.

По договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с

территориальной программой обязательного медицинского страхования.

В договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности страховой медицинской организации:

1) получение от медицинских организаций сведений, необходимых для осуществления контроля за соблюдением требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам, информации о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи и иных сведений в объеме и порядке, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, обеспечение их конфиденциальности и сохранности, а также осуществление проверки их достоверности;

2) проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом;

3) организация оказания медицинской помощи застрахованному лицу в другой медицинской организации в случае утраты медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности.

В договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности медицинской организации:

1) предоставление сведений о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимых для проведения контроля объемов, сроков и качества предоставляемой медицинской помощи, о режиме работы этой организации, видах оказываемой медицинской помощи;

2) представление счетов (реестра счетов) за оказанную медицинскую помощь;

3) представление отчетности об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи и иной отчетности в порядке, установленном Федеральным фондом;

4) выполнение иных предусмотренных настоящим Федеральным законом и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию обязанностей.

Страховые медицинские организации не вправе отказать в заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинской организации, выбранной застрахованным лицом и включенной в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медицинской организацией реестров-счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования.

За неоплату или несвоевременную оплату медицинской помощи, оказанной по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, страховая медицинская организация за счет собственных средств должна уплатить медицинской организации пени.

За неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в договоре предусмотрен штраф, уплачиваемый медицинской организацией.

За использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация наказывается штрафом и возвращает средства, использованные не по целевому назначению.

В случае приостановления или прекращения действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации или утрате медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности, договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС с этого момента считается расторгнутым.

Рассмотрим отличительные особенности договора о финансовом обеспечении ОМС. При заключении этого договора страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств и содержит

положения, предусматривающие следующие обязанности страховой медицинской организации:

1) оформление, переоформление, выдачу полиса ОМС;

2) ведение учета застрахованных лиц, выданных им полисов ОМС, а также обеспечение учета и сохранности сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонафицированного учета, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

3) представление в территориальный фонд заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в порядке, установленном правилами ОМС;

4) использование полученных по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования средств по целевому назначению;

5) возвращение остатка целевых средств после расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в территориальный фонд в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным правилами обязательного медицинского страхования;

6) заключение с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

7) сбор, обработку данных персонафицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонафицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечение их сохранности и конфиденциальности, осуществление обмена указанными сведениями между субъектами ОМС и участниками обязательного медицинского страхования в соответствии с действующим законодательством;

8) информирование застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с законом;

9) представление в территориальный фонд ежедневно (в случае наличия) данных о новых застрахованных лицах и сведений об изменении данных о ранее застрахованных лицах, а также ежемесячно до 20-го числа месяца, следующего за отчетным, отчетности об

использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иной отчетности в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;

10) осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля;

11) раскрытие информации о своей деятельности в соответствии с законом;

12) осуществление рассмотрения обращений и жалоб граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством РФ;

13) несение в соответствии с законодательством РФ ответственности за ненадлежащее исполнение условий договора о финансовом обеспечении ОМС;

14) возвращение территориальному фонду при прекращении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования целевых средств, не использованных по целевому назначению, в течение 10 рабочих дней с даты прекращения указанного договора;

15) выполнение иных предусмотренных договором о финансовом обеспечении ОМС обязанностей.

В договоре о финансовом обеспечении ОМС должны содержаться положения, предусматривающие следующие права страховой медицинской организации:

1) принятие участия в формировании территориальной программы ОМС и в распределении объемов предоставления медицинской помощи посредством участия в комиссии, создаваемой в субъекте РФ;

2) участие в согласовании тарифов на оплату медицинской помощи;

3) изучение мнения застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи;

4) получение вознаграждения за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

5) привлечение экспертов качества медицинской помощи, требования к которым предусмотрены настоящим Федеральным законом;

6) осуществление иных предусмотренных договором о финансовом обеспечении ОМС прав.

В договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности территориального фонда:

1) предоставление страховой медицинской организации по поступившей от нее заявке целевых средств в пределах объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов, в порядке и на цели, которые предусмотрены законодательством;

2) предоставление страховой медицинской организации средств, предназначенных на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, в пределах установленного норматива, и средств, являющихся вознаграждением за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении ОМС;

3) предоставление страховой медицинской организации целевых средств из нормированного страхового запаса территориального фонда в случаях, установленных действующим законодательством;

4) осуществление контроля за деятельностью страховой медицинской организации, осуществляемой в рамках договора о финансовом обеспечении ОМС;

5) выполнение иных предусмотренных договором о финансовом обеспечении ОМС обязанностей.

Территориальный фонд заключает со страховой медицинской организацией при наличии у нее списка застрахованных лиц договор о финансовом обеспечении ОМС.

Таким образом, проанализировав особенности договорных отношений по обязательному медицинскому страхованию, реализующихся на основании гражданско-правовых договоров, можно сделать следующий вывод: в связи с объективной необходимостью оказания медицинской помощи за счет средств соответствующего бюджета, составления планов по расходам бюджета фонда ОМС, произошло закрепление в законодательстве о медицинском страховании значительного объема императивных норм, породив, в свою очередь, тенденцию к преуменьшению значения индивидуального регулирования отношений по обязательному медицинскому страхованию соглашением сторон. Несмотря на то, что отношения по обязательному медицинскому страхованию входят в сферу гражданско-правового регулирования, нельзя отрицать наличие в регулировании обязательного медицинского страхования публично-правовых начал, накладывающих существенные ограничения на свободу договора. Стоит подчеркнуть, что договоры в сфере обязательного медицинского страхования обязательны для

заключения, их стороны должны согласовывать условия, указанные в законе; порядок исполнения, изменения и расторжения данных договоров; меры ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение договоров закреплены законодательством.

Литература

1. Малеина М.Н. Права и обязанности сторон договора на лекарственное обеспечение гражданина // Медицинское право. 2015. № 4. С. 6-9; Афанасьева И.В. Правовая природа и содержание договора суррогатного материнства // Медицинское право. 2015. N 4. С. 39-42.

2. Ст. 37 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 06.02.2019) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/. (дата обращения 11.03.2019).

3. Приказ Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1030н (ред. от 16.02.2017) «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» (Зарегистрировано в Минюсте России 19.10.2011 N 22082). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120707/. (дата обращения: 11.03.2019).

4. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1355н (ред. от 25.03.2016) «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (Зарегистрировано в Минюсте России 29.12.2012 N 26421). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140869/. (дата обращения: 11.03.2019).

Ананченкова П.И.

**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ БИЗНЕС-СУБЪЕКТОВ НА РЫНКЕ УСЛУГ
МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА**

Академия труда и социальных отношений, г. Москва,
Российская Федерация

Национальный НИИ им. Н.А.Семашко, г. Москва, Российская
Федерация

Ananchenkova P.I.

**THE ACTIVITIES OF BUSINESS ENTITIES IN THE MARKET OF
MEDICAL TOURISM**

Academy of Labor and Social Relations, Moscow, Russian
Federation

National Research Institute named after N.A. Semashko, Moscow,
Russian Federation

Контактна информация:

Ананченкова Полина Игоревна – кандидат экономических наук, кандидат социологических наук, доцент, профессор кафедры непроеизводственной сферы и социальных технологий Академии труда и социальных отношений; старший научный сотрудник отдела экономических исследований в здравоохранении Национального НИИ общественного здоровья им.Н.А.Семашко. 119454, г.Москва, ул.Лобачевского, 90. E-mail: ananchenkova@yandex.ru

Резюме. В статье рассматриваются вопросы развития медицинского туризма и деятельность бизнес-субъектов, функционирующих на данном рынке. Работа написана с использованием аналитического отчета – Обзора медицинского туризма за 2018 годы. Выделены основные участники рынка медицинского туризма, источники их финансирования, факторы, обеспечивающие эффективность.

Ключевые слова: медицинский туризм, бизнес, субъект, эффективность.

Abstract. The article deals with the development of medical tourism and the activities of business entities operating in this market. The work was written using an analytical report – a Review of medical tourism for 2018. The main participants of the market of medical tourism, sources of their financing, factors ensuring efficiency are allocated.

Key words: medical tourism, business, subject, efficiency.

Мировой рынок медицинского туризма оценивался в \$ 16,761 млн в 2018 году, и ожидается, что он достигнет \$ 27,247.6 миллионов к 2024 году, при темпе роста доходности инвестиций в данную сферу CAGR (Compound Annual Growth Rate) равном 8,5% в течение прогнозного периода - 2019-2023. К факторам, связанным с ростом рынка, аналитики относят:

- более высокую стоимость лечения в развитых странах по сравнению с развивающимися,
- доступность новейших медицинских технологий в медицинских учреждениях развивающихся стран,
- растущее соответствие международным стандартам качества,
- высокое качество обслуживания,
- вариабельность медицинского страхования, позволяющее оплачивать медицинские услуги как в стране проживания, так и за рубежом,
- реклама и маркетинг медицинского туризма.

По мнению ряда авторов, «медицинский туризм в широком понимании – это международная миграция не только пациентов, но и врачебного персонала, а также диагностического и операционного оборудования»⁷.

Медицинский и оздоровительный туризм сегодня переживает настоящий бум во всем мире. Тысячи больниц более чем в 50-ти странах конкурируют за миллионы иностранных пациентов. Экономический кризис, который затронул практически все страны мира, стал мощнейшей движущей силой в увеличении количества иностранных пациентов, выезжающих в зарубежные клиники в поиске эффективных лечебных и оздоровительных программ. По прогнозам, к

⁷ Грошев И.В., Краснослободцев А.А. Мировой рынок медицинского туризма// Мировая экономика и международные отношения. 2017, том 61, No10, с.87–95.

2022г. туризм и сфера здравоохранения станут приоритетными направлениями развития многих национальных экономик⁸.

Индустрия медицинского туризма является динамичной и изменчивой, и целый ряд факторов, включая экономический климат, изменения внутренней политики, политическую нестабильность, ограничения на поездки, рекламную практику, геополитические сдвиги и инновационные и новаторские формы лечения могут способствовать сдвигам в моделях потребления и производства отечественных и зарубежных медицинских услуг. Существуют, например, важные двусторонние обмены между членами ОЭСР (например, Соединенные Штаты-Мексика; Соединенные Штаты-Корея; Северная Европа-Центральная и Восточная Европа). Некоторые страны ОЭСР стремятся использовать свои собственные сильные стороны для того, чтобы стать поставщиками услуг на рынке медицинского туризма. Существуют также потоки пациентов из стран ОЭСР в страны с низким и средним уровнем жизни, в частности Индию, Таиланд и Малайзию, которые обязательно будут иметь потенциальные последствия для систем здравоохранения стран ОЭСР.

Согласно маркетинговым исследованиям, спектр медицинских услуг, доступных за рубежом для потенциальных медицинских туристов, широк, наиболее популярными являются следующие:

- Косметология и косметическая хирургия (грудь, лицо, липосакция)
- Стоматология (косметология и реконструкция)
- Кардиология / кардиохирургия (байпас, замена клапана)
- Ортопедическая хирургия (замена тазобедренного сустава, шлифовка, замена коленного сустава, операция на суставах)
- Бариатрическая хирургия (обход желудка, бандажирование желудка)
- Репродуктивные технологии (ЭКО, операции по смене пола)
- Органная, клеточная и тканевая трансплантация (трансплантация; стволовые клетки)
- Хирургия глаза

Мировой рынок медицинского туризма является умеренно конкурентоспособным и состоит из нескольких крупных игроков.

Инфраструктуру рынка медицинского туризма составляют организации, коммерческие компании, профессиональные ассоциации, деятельность которых направлена на поддержание баланса спроса и предложения и обеспечение эффективной конкурентной среды в тех

⁸ Horowitz M.D., Rosensweig J.A., Jones Ch.A. Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace. Medscape General Medicine, 2005, no.9(4), pp. 11-17

сегментах рынка, которые не могут быть монополизированы в соответствии с местным законодательством.

Система бизнес-субъектов рынка медицинских услуг представлена на рисунке 1.

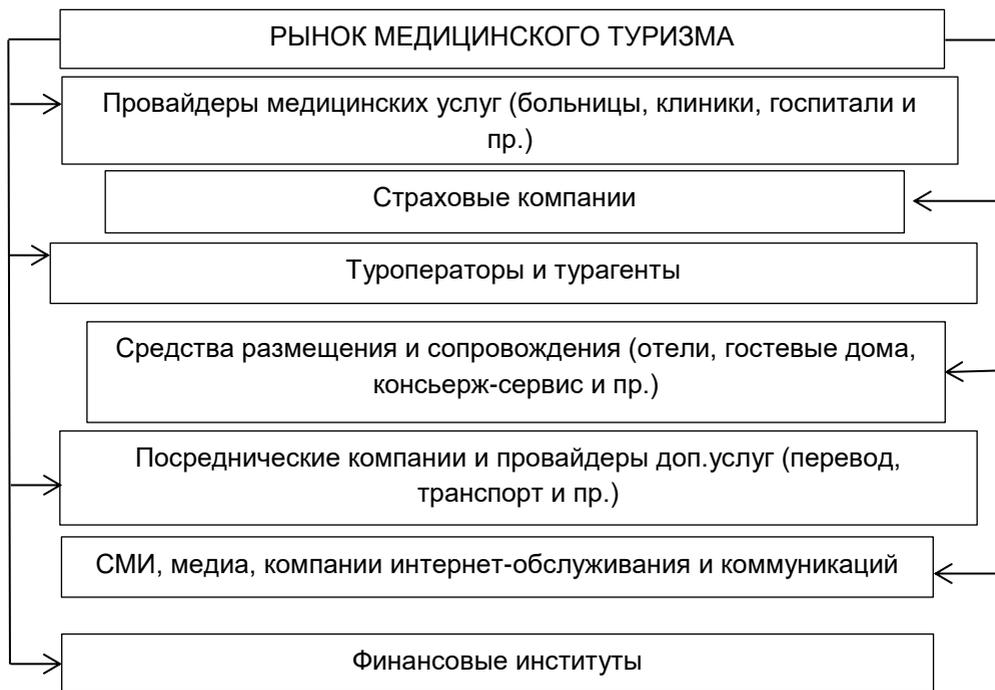


Рисунок 1. Инфраструктура рынка услуг медицинского туризма⁹.

Согласно Обзору медицинского туризма на 2018 год¹⁰, на глобальном рынке существует три основных формы (модели) организации отраслевого сотрудничества в сфере медицинского туризма:

⁹ Составлено автором по материалам Neil Lunt, Richard Smith, Mark Exworthy, Stephen T. Green, Daniel Horsfall and Russell Mannion. Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review. – OECD, 2016.

¹⁰ Medical Tourism Survey 2018: Associations & Clusters. – Berkhamsted-Vienna, 2018. P. 3.

1. Кластер медицинского туризма – объединения бизнес-субъектов по модели холдинга.

2. Самостоятельно функционирующие частные компании, аккредитованные в соответствии с местным законодательством продвижение услуг медицинского и / или оздоровительного туризма, объединенные в ассоциации.

3. Некоммерческие неправительственные организации, включенные в у, или иную модель сотрудничества.

В наиболее оптимальной схеме взаимодействия, в рамках любой модели сотрудничества имеется орган управления, который занимается повседневными организационными и управленческими вопросами. По результатам опроса, представленного в Обзоре, коммерческие и некоммерческие организации имеют статус практически равных долей.

Выбранная модель взаимодействия бизнес-субъектов оказывает непосредственное влияние на источники финансирования. Кластеры и ассоциации, как правило, финансируются из нескольких источников.

Исследование показало, что ассоциации и кластеры медицинского туризма имеют либо 100% государственные, либо 100% частные источники финансирования. В редких случаях существует комбинированное финансирование, где государственные источники обеспечивают большую часть финансирования.

Донорское финансирование (например, схемы Европейского Союза для европейских стран, ориентированных на развитие медицинского туризма (Чехия, Венгрия, Германия и пр.)) также играет важную роль в финансовом обеспечении деятельности субъектов рынка. Сильная деловая ориентация кластеров и ассоциаций подтверждается ролью доходов, получаемых от коммерческой деятельности в общем объеме финансирования. Кроме того, некоторые организаций взимают плату с новых членов за присоединение к ассоциации.

Основные фирмы финансирования деятельности бизнес-субъектов рынка услуг медицинского туризма представлены на рисунке 2.

Различия в бизнес-моделях функционирования субъектов рынка медицинского туризма обуславливают не только выбор источников финансирования, но и бюджет, покрывающий текущую деятельность. Так, согласно тому же отчету полученные по итогам исследования результаты свидетельствуют о широком разрыве в годовом бюджете ассоциаций и кластеров медицинского туризма. Доминирующий годовой бюджет составляет менее 50 000 евро (58 000 долл. США), что является относительно небольшой суммой для решения сложных

задач, необходимых для эффективной работы ассоциации или кластера.

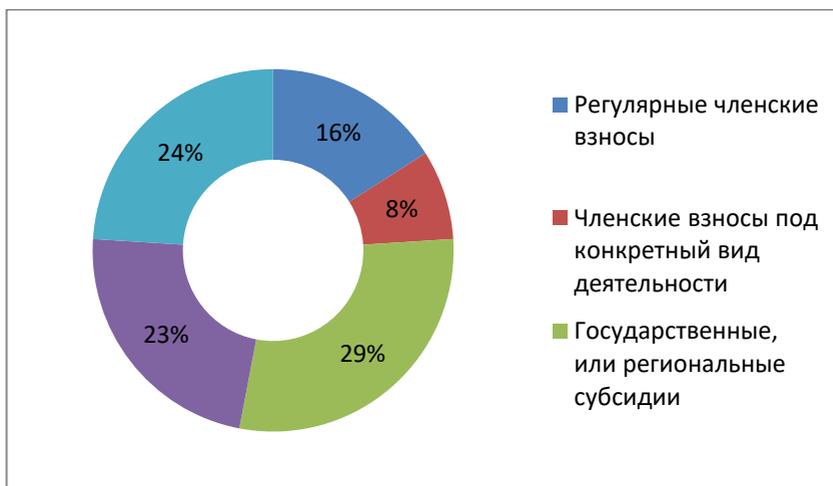


Рисунок 2. Источники финансирования деятельности на рынке медицинского туризма¹¹.

Говоря о наиболее важных факторах, обеспечивающих эффективность деятельности, участники исследования выделяют следующие:

- устранение барьеров при взаимодействии с правительственными организациями;
- объединение туристического и медицинского секторов в ассоциации и осуществление совместной деятельности, взаимное понимание функций и направлений активности каждого участника рынка;
- повышение экономической эффективности на основе объединения государственных и частных клиник с целью совместного продвижения и совместного несения расходов.

«Медицинский туризм вносит существенные изменения в современную экономику как на национальном, так и международном уровнях. Наилучшие перспективы такого туризма открываются для тех стран, где высокие медицинские технологии сочетаются с лояльным законодательством, гибкой пограничной и таможенной политикой,

¹¹ Medical Tourism Survey 2018: Associations & Clusters. – Berkhamsted-Vienna, 2018. P. 4.

быстрой приспособляемостью к потребностям пациентов»¹². Перспективы развития рынка медицинского туризма не вызывают сомнений, поскольку услуг данной сферы не только востребованы клиентами (пациентами). Но также следует иметь в виду, что медицинский туризм – это узкий сегмент всей индустрии туризма. И отраслевая специализация, фокусирование на исключительно медицинском и оздоровительном профиле обеспечивает компаниям-участникам рынка безусловные конкурентные преимущества, положительно влияющие на текущие показатели деятельности и позволяющие строить оптимистичные прогнозы о будущем развитии всего рынка.

Литература

1. Horowitz M.D., Rosensweig J.A., Jones Ch.A. Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace. *Medscape General Medicine*, 2005, no.9(4), pp. 11-17
2. Medical Tourism Survey 2018: Associations & Clusters. – Berkhamsted-Vienna, 2018. P. 3.
3. Medical Tourism Survey 2018: Associations & Clusters. – Berkhamsted-Vienna, 2018. P. 4.
4. Neil Lunt, Richard Smith, Mark Exworthy, Stephen T. Green, Daniel Horsfall and Russell Mannion. *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*. – OECD, 2016.
5. Гриднев А.А., Ананченкова П.И. Кадровый консалтинг для малого бизнеса: основные услуги и виды деятельности// Путеводитель предпринимателя. 2013. № 20. С. 70-76.
6. Грошев И.В., Краснослободцев А.А. Мировой рынок медицинского туризма// *Мировая экономика и международные отношения*. 2017, том 61, No10, с.87–95.

¹² Грошев И.В., Краснослободцев А.А. Мировой рынок медицинского туризма// *Мировая экономика и международные отношения*. 2017, том 61, No10, с.87–95.

Баженова С.А.

ОСНОВНЫЕ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО МЕДИЦИНСКОГО РЫНКА В 2015-2018 ГОДАХ

Новороссийский филиал ФГОБУ ВО «Финансовый университет при
Правительстве Российской Федерации», г. Новороссийск, Россия

Bazhenova S.A.

MAIN ECONOMIC INDICATORS OF RUSSIAN MEDICAL MARKET IN 2015-2018

Контактна информация:

Баженова Светлана Анатольевна, кандидат экономических наук,
доцент кафедры «Экономика, финансы и менеджмент»
Новороссийского филиала Финуниверситета при Правительстве РФ, e-
mail: serena24@yandex.ru

Резюме. В статье представлены основные экономические показатели по российскому медицинском рынку и проведен анализ потребностей человека в медицинских услугах. Представлен также обзор основных заболеваний, по которым обращаются за платной и бесплатно медицинской помощью. Сделаны выводы о том, что динамика государственных и коммерческих медицинских услуг в России и рост цен на медицинские услуги опережает динамику индекса потребительских цен, на всем протяжении рассматриваемого периода. Отмечена также отрицательная динамика заболеваний у населения, число больных сокращается, но связывают это не с улучшением состояния здоровья жителей, на примере нашей столицы, а с проводимой реформой здравоохранения и оптимизацией числа медучреждений в рамках реформы.

Ключевые слова: медицинский рынок, развитие, динамика, показатели

Abstract. The article presents the main economic indicators of the Russian medical market and the analysis of human needs in medical services. It also provides an overview of the main diseases for which they apply for paid and free medical care. It is concluded that the dynamics of

public and commercial medical services in Russia and the growth of prices for medical services outstrips the dynamics of the consumer price index throughout the period under review. Also noted the negative dynamics of diseases in the population, the number of patients is reduced, but it is not linked with the improvement of the health status of residents, the example of our capital, and with the ongoing health care reform and optimization of the number of medical institutions in the framework of the reform.

Key words: medical market, development, dynamics, indicators.

Потребности человека в медпомощи можно соотнести с социально-гигиенической проблемой человечества в целом. Необходимость получения медицинских услуг вытекает из следующих факторов: жизненная необходимость существования как данного; потребность в поддержании состояния здоровья и трудоспособности; потребность в обеспечении свободы жизнедеятельности, с целью достижения максимального уровня качества жизни. Большую роль в получении медицинских услуг в современном обществе играют платные услуги. Как услуги профилактического характера, так и лечебно-вакцинационного характера.

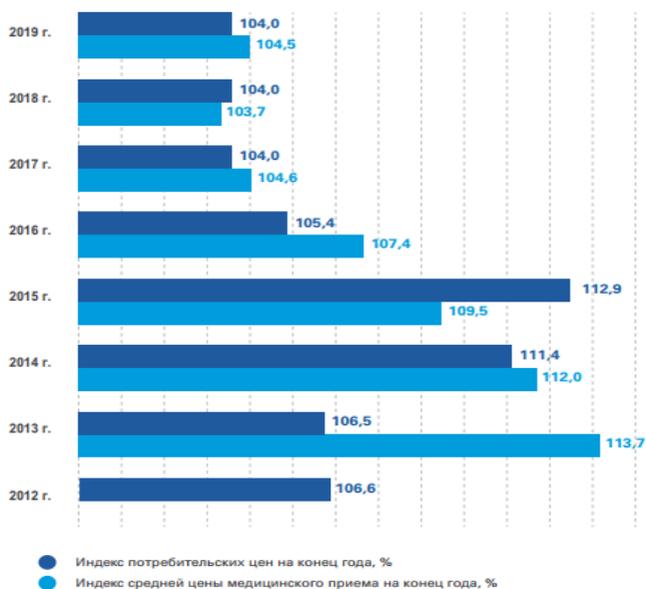


Рисунок 1. Основные показатели развития медицинского рынка России в сравнении 2015 и 2017 годов

На рисунке 1 представлены основные экономические показатели российского медицинского рынка в сравнительном разрезе показателей 2015 и 2017 годов.

Так, мы видим, что объем рынка платных медицинских услуг в 2015 году составили 671, 5 млрд. руб., однако в прогнозных цифрах на 2017 год представлено увеличение на 12,6%. Фактически рынок медицинских услуг и товаров вырос на 11,8 %.

Динамика индекса потребительских цен и индекса цен на медицинские услуги, 2012–2019 гг., %



Источники: Министерство экономического развития РФ, BusinesStat, анализ КТМГ

Рисунок 2. Динамика индекса потребительских цен медицинского рынка в 2012- 2019 гг. [9].

В соответствии с результатами исследования ВЦИОМ основной мотив перехода пациентов в негосударственные медицинские организации - большие очереди в больничных учреждениях и медицинских центрах [1,2,3].

Была рассмотрена динамика государственных и коммерческих медицинских услуг в России и рост цен на медицинские услуги

опережает динамику индекса потребительских цен, на всем протяжении рассматриваемого периода, за исключением 2015 г., это опережение составляет порядка 0,6 %–7,2.2% [9].

Согласно прогнозу BusinesStat, указанный тренд в целом сохранится, и рост цен на медицинские услуги будет незначительно опережать динамику индекса потребительских цен в 2017 и 2019 гг. [9] (рис.2).

Представим показатели заболеваемости в России. Заболеваемость населения в России на протяжении с 2012 по 2016 гг. держится на уровне 160 тыс. случаев на 100 тыс. чел. населения, т.е. на одного здорового человека в среднем приходится почти два случая заболевания в год (рис.3)



Рисунок 3. Заболеваемость населения в России на протяжении с 2012 по 2016 гг.

При этом в Москве отрицательная динамика заболеваний у населения, число больных сокращается, но связывают это не с улучшением состояния здоровья жителей столицы, а с проводимой реформой здравоохранения и оптимизацией числа медучреждений в рамках реформы [7].

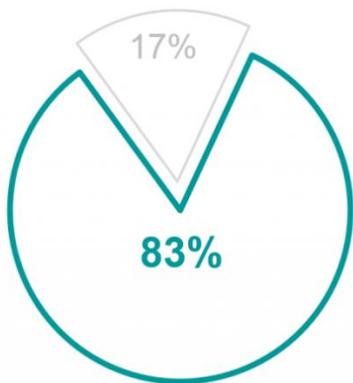
В результате уменьшения числа поликлиник, больниц и сокращения медперсонала снизилась доступность медпомощи и выявляемость заболеваний, так как пациенты частично перешли на самолечение (рис.4).



Рисунок 4. Заболееваемость населения в Москве в 2012-2016 гг., %

В октябре 2017 года MAR CONSULT опросила 1,5 тысячи жителей городов России в возрасте от 18 до 65 лет, в исследовании в равной степени приняли участие мужчины и женщины (рис.5).

Доля населения, пользующаяся услугами бесплатной медицины



Доля населения, пользующаяся услугами платной медицины

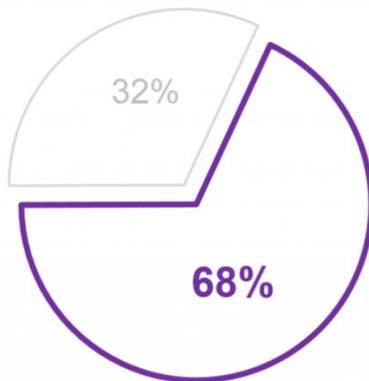


Рисунок 5. Динамика доли населения пользующихся услугами бесплатной и платной медицины в России в 2017 году

Среди наиболее востребованных платных медицинских услуг в 2018 году были– услуги стоматолога, их оплачивает почти половина

опрошенных – 49%. Анализы и диагностику платно проходят 43% опрошенных, при этом 63% из них сдают анализы и по полису ОМС.[6] В тройку востребованных платных услуг вошли также консультации узких специалистов – за услуги кардиологов, онкологов и других врачей платят 30% пациентов (рис.6,7).



Рисунок 6. Наиболее востребованные платные медицинские услуги на медицинском рынке России 2018 году



Рисунок 7. Наиболее востребованные бесплатные медицинские услуги на медицинском рынке России 2018 году

В 2018 году по сравнению с 2010 годом возросла готовность платить за медицинские услуги в целом: за помощь стоматолога готовы платить на 28% пациентов больше; за анализы и диагностику – на 36%; за прием профильных специалистов – на 29% (рис.8) [5]



Рисунок 8. Направления услуг, за которые готовы платить россияне в 2010-2017 годах

За услуги массажиста, к которому платно сейчас готовы ходить 48% респондентов, в 2010 году выразили желание отдать деньги только 1%. За услуги стоматолога готовы платить россияне в 2017 году 83%. А в 2010-55%. За хирургические операции, в 2017-38%, а в 2010-всего 5%.[4]

Таким образом, главными направлениями медицинского маркетинга и его исследований являются следующие: конверсионное, которое используется при выводе новых услуг и товаров для создания дальнейшего актуального спроса на них; поддерживающее, которое применяется для сохранения уровня спроса на конкретные товары или услуги, пользующиеся определенным спросом; стимулирующее, которое применяется для распространения информации, с целью придания актуальности услуги или товару, обладающих сезонным (временным) спросом.

Литература

1. Макарова Т.Н. Цены и ценообразование на медицинские услуги населению //Проблемы ценообразования и оплаты медицинской помощи в системе ОМС: Матер. Всеросс. научн.-практ. конф. (1-2 ноября 1995 г., Москва). М., 2016. - с. 18-40.
2. Малахова Н.Г. Маркетинг медицинских услуг.-М.: МЦФЭР, 2018. - 158 с.
3. <http://marketing.rbc.ru/research/562949983244728.shtml>).
4. http://www.vedomosti.ru/research/227/analiz_rynka_meditsinskih_u_slug_v_rossii_v_20062010_gg#ixzz1x5http://www.acspb.ru/index.php/association/press/543)
5. <http://www.rosmedstrah.ru/articles.php?show=1&id=629&offset=0&theme=26>,<http://clinicall.ru/medicin/razvitie-chastnoj-mediciny>
6. <http://www.guta.ru/press/smi/2125/>
7. http://www.budgetrf.ru/Publications/Magazines/VestnikSF/2011/VSF_NEW201112071104/VSF_NEW201112071104_p_004.htm)
8. <http://ins.1prime.ru/news/0/%7BE889E5B7-E521-465E-A2A1-840A4F1D4339%7D.uif>).

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.01.005

*Басарболиев А.В. ¹, Черкасов С.Н. ², Шапиев А.Н. ³,
Владимирский А.В. ³, Федяева А.В. ²*

КЛИНИЧЕСКИЙ АУДИТ В ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ КАК МЕТОД РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЛУЧШИХ МЕДИЦИНСКИХ ПРАКТИК

¹ НУЗ «Научный клинический центр ОАО «РЖД», 125367, Москва, Россия.

² ФГБНУ "Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко", 105064, Москва, Россия.

³ГБУЗ "Научно-практический Центр Медицинской Радиологии" Департамента здравоохранения г. Москвы, 109029, Москва, Россия;
E-mail: avbasarboliev@gmail.com

**Basarboliev A.V.¹, Cherkasov S.N.², A.N. Shapiyev³, Vladzimir AV³,
Fedyayeva A.V.²**

CLINICAL AUDIT IN BEST DIAGNOSTICS AS A METHOD FOR DISTRIBUTING BEST MEDICAL PRACTICES

¹ Scientific Clinical Center, Russian Railways, 125367, Moscow, Russia.

² FSUE "National Research Institute of Public Health named after NA Semashko", 105064, Moscow, Russia.

³ GBUZ "Scientific and Practical Center for Medical Radiology" of the Moscow Department of Health, 109029, Moscow, Russia;
E-mail: avbasarboliev@gmail.com

Контактна информация:

Басарболиев Алексей Викторович – руководитель центра лучевой диагностики НУЗ «Научный клинический центр ОАО «РЖД», 125367, Москва, Россия.

E-mail: avbasarboliev@gmail.com

Шапиев Арсен Нуруллаевич – научный сотрудник отдела координации научной деятельности ГБУЗ «Научно-практический Центр Медицинской Радиологии» Департамента здравоохранения г. Москвы, 109029, Москва, Россия.

Владимирский Антон Вячеславович – доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе ГБУЗ «Научно-практический Центр Медицинской Радиологии» Департамента здравоохранения г. Москвы, 109029, Москва, Россия;

Резюме. Клинический аудит является методом, способным повысить качество работы отделений через распространение лучших практик, как местных, так и международных, позволяя производить обмен опытом, контроль качества, а также управление качеством. Особенностью клинического аудита является ориентир не на проверочные действия, а на предоставление возможностей для улучшения. Представлены данные собственного исследования и краткий обзор литературы.

Ключевые слова: клинический аудит, качество, лучшие практики, лучевая диагностика.

Abstract. Clinical audit is a method that can improve the quality of work of departments through the dissemination of best practices, both local and international, allowing for the exchange of experience, quality control, and quality management. A feature of clinical audit is not a reference point for

validation actions, but for providing opportunities for improvement. Presents data from their own research and a brief review of the literature.

Key words: clinical audit, quality, best practices, radiation diagnosis.

Актуальность

Клинический аудит – относительно новый организационный метод для Российской медицины. В практическом здравоохранении РФ публикации на данную тему появились около 10 лет назад [1,2], но до настоящего времени статус клинического аудита не был четко определен и во многом остался прерогативой отдельных единичных медицинских организаций. Основной причиной, по которой клинический аудит первоначально получил широкое распространение в мировой практике, является не стремление к максимальной безопасности и качеству, в том числе в лучевой диагностике, а в первую очередь – конкуренция, причем как за пациента, так и за специалиста. Однако, результаты в виде повышения качества и безопасности работы, которые были получены в клиниках при внедрении клинического аудита, дали ясно понять о необходимости его более широкого распространения для системы здравоохранения в целом. [3]

Цель

Анализ возможностей клинического аудита применительно оптимизации планирования работы службы лучевой диагностики.

Основная часть

Определение клинического аудита как «систематического анализа качества медицинского обслуживания, включая процедуры диагностики, лечения и ухода, использование ресурсов, конечный результат и качество жизни пациента» [4] довольно близко к прямым функциям и задачам врачебных комиссий, которые уже предусмотрены текущим законодательством РФ, а именно¹³:

- оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно - диагностических мероприятий,
- разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений

в процессе диагностики и лечения пациентов.

Однако, в реальности, врачебная комиссия внутри медицинской организации состоит чаще всего из представителей клинических специальностей, а, следовательно, зачастую особенности диагностического процесса для них являются не специфичными. В этих

¹³ Приказ МЗ РФ от 5 мая 2012 г. № 502н “Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации”.

условиях, при отсутствии соответствующей нормативно-методической поддержки, контроль качества сводится к формату выполнил/не выполнил диагностическое исследование и если выполнил, то в течение какого срока и на основании какого направляющего диагноза. Таким образом, имея столь минимальный набор параметров, такие значимые вопросы, как безопасность проведения исследований, качество диагностики остаются бесконтрольными и выявляются лишь в случаях происшествий, таких как переоблучение или неверно выполненное исследование, которые привели к ухудшению состояния пациента.

Далее, врачебной комиссии необходимо провести «разработку мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов»¹⁴, однако в отсутствие регламентов в целом не позволяет подойти к данному вопросу системно и приводит в ряде случаев к гипердиагностике и избыточному назначению диагностических исследований, либо к гиподиагностике и отказу от проведения исследований при малейшем подозрении на потенциально возможные осложнения, по мнению сотрудников (в первую очередь данная проблема касается компьютерно-томографических исследований с внутривенным контрастным усилением).

Вышеотмеченные факторы отражают необходимость в формировании системного подхода к контролю и управлению качеством является актуальной темой, которая, однако, довольно сложна с точки зрения ее организации, поскольку данный подход в большинстве своем не регламентирован.

Наличие руководящих нормативных документов в виде Санитарных Правил и норм также не решает все вопросы по данному направлению, поскольку последние ориентированы на осуществление контроля за потенциальными условиями работы, но не на функционирование отделения как механизма.

Таким образом, требуется формирование модели, позволяющей осуществлять работу по управлению качеством и безопасностью в лучевой диагностике, дающей возможность с одной стороны, ориентироваться на контроль за процессами, происходящими в отделении, с другой – позволяющей иметь вариабельность для адаптации к конкретным условиям определенной медицинской

¹⁴Приказ МЗ РФ от 5 мая 2012 г. № 502н “Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации”.

организации, с привнесением лучших элементов работы из существующих с учетом реальных возможностей.

Таковой моделью и является система клинического аудита. Согласно определению аудита по мнению National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), «клинический аудит – это процесс улучшения качества и результатов лечения пациентов путем систематического оценивания их посредством определенных критериев и применения необходимых изменений». Такие изменения могут производиться как по отношению к отдельным сотрудникам, так и к отделению или всей клинике в целом. С помощью клинического аудита можно обеспечить внедрение лучшей практики в медицине и улучшить как внутреннюю организацию работы, влияющую на оказание медицинской услуги, так и на результаты работы для пациентов. [5, 6]

Таким образом, основной принцип клинического аудита - это трансляция лучших практик в здравоохранении применительно к фактическим условиям в настоящий момент [7].

Материалы и методы

Исследование выполнено на основе данных о работе кабинетов компьютерной томографии и рентгенографии 10 амбулаторно-поликлинических центров, обслуживающих взрослое население г. Москвы в течение 2017 г. В этих учреждениях, помимо КТ и рентгенографии, на регулярной основе массово проводились основные виды ультразвуковых и других рентенологических исследований. Все аппараты КТ были 64-срезовыми и устанавливались в лечебные учреждения в 2011-2013 годах, все рентгеновские аппараты были цифровыми и также устанавливались в лечебные учреждения в соответствующий период времени.

При проведении замеров сотрудники рентгенодиагностического отделения были разделены по специфике исследований, имеющихся на базе участвующих в исследовании медицинских организаций:

- 1) Рентгенография
- 2) Компьютерная томография

Наблюдение за работой 28 врачей-рентгенологов и 45 рентгенолаборантов проводилось в условиях приема пациентов, а также автоматически в ходе выполнения каждого исследования и консолидировались в рамках Единой радиологической информационной системы (ЕРИС). Исследование проводилось суммарно в течение 70 рабочих смен длительностью 6 часов каждая. Поскольку при проведении измерений допустимо наблюдение только за одним оператором (исполнителем), врачи-рентгенологи и рентгенолаборанты отделения лучевой диагностики хронометрировались отдельно. При проведении фотохронометража

комиссией фиксировались только те трудовые операции врача и(или) рентгенолаборанта, по отношению к которым проводился анализ в рамках исследования.

Используемые в настоящей работе данные формировались с помощью фотохронометража и автоматически в ходе выполнения каждого исследования и консолидировались в рамках Единой радиологической информационной системы (ЕРИС). Получаемая информация сохранялась в цифровом виде на сервере системы и внешней коррекции не подвергалась. Из исследования исключены менее 5% диагностических процедур, поскольку информацию о месте их выполнения корректно идентифицировать не удалось.

Анализ характеристик протоколов проводился на основе критериев качества, используемых в работе медицинских организаций города Москвы по компьютерной томографии, в результате аудитов, непрерывно проводимых экспертной группой врачей-рентгенологов в рамках Единой радиологической информационной системы (ЕРИС), в течение 2017 г.

Результаты собственных наблюдений

В рамках анализа практик клинического аудита рассматривались следующие основные практики:

- практика упорядоченного выбора диагностического исследования (в том числе в зависимости от нозологии),
- практика применения стандартизированных протоколов проведения исследований
- практика применения стандартизированных протоколов описания исследований

1. Практика упорядоченного выбора диагностического исследования (в том числе в зависимости от нозологии).

Данный вопрос является одним из наиболее обсуждаемых на различных комиссиях и совещаниях в клиниках, однако зачастую остается нерешенным. В действующей нормативной базе РФ предусмотрены¹⁵ следующие основные требования:

- проведение исследования по клиническим показаниям
- обмен мнениями между рентгенологом и клиницистом
- наличие направления на исследование
- правильность заполнения направления
- требования к формулировкам в направлении

¹⁵Приказ МЗ СССР от 29.03.90 г. № 129 "Об упорядочении рентгенологических обследований", Приложение №1, п.2.1. – 2.2.

- запрет на проведение исследований при несоответствии вышеуказанным требованиям.

Клинические показания – достаточно вариабельный параметр, а именно - в 1990г. определенное заболевание являлось клиническим показанием к проведению рентгенографии, однако в 2017 г. данное заболевание им не является. Причиной тому является может являться совершенствование технологической базы, когда у медицинской организации появились низкодозные КТ, высокопольные МРТ, а также ПЭТ-КТ и ПЭТ/МРТ и для данного заболевания теперь они являются более приоритетными.

Однако, то, как оснащен научный центр и районная больница, не равнозначно. Соответственно, жесткая фиксация метод – клинические показания или метод – отсутствие клинических показаний, в нормативной базе на территории целой страны - затруднительно.

При этом, и одна, и другая медицинские организации должны максимально качественно и эффективно оказывать медицинскую помощь в соответствии со своими возможностями. Сформировав внутренний порядок выбора диагностических методов внутри клиники и обратив внимание на данный параметр клинического аудита, руководство может контролировать, насколько используются их возможности.

В нашем исследовании был проведен анализ 1000 назначений на диагностические исследования в случае наличия и в случае отсутствия внутреннего порядка выбора диагностических методов (таблица №1).

В данном исследовании учитывались методы рентгенографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, поскольку применяются при решении диагностических задач и содержат большое количество различных методик, и не учитывались методы флюорографии и маммографии, поскольку в большинстве случаев применяются в профилактических обследованиях и содержат один вид типового исследования.

2) Практика применения типовых протоколов проведения исследований.

Выполнение исследований в лучевой диагностике осуществляется рентгенолаборантами, причем врач-рентгенолог в большей степени осуществляет функцию контроля за исследованием, а не напрямую выполняет его (за исключением рентгеноскопических исследований, которые не учитывались в нашем исследовании), что требует повышенной квалификации от рентгенолаборантов. В нашем исследовании мы проанализировали влияние наличия стандартизированных протоколов проведения диагностических

обследований на качество выполненных исследований и временные затраты на их проведение.

Таблица 1

Затраты времени на выполнение функциональных обязанностей рентгенолаборанта для проведения одного диагностического исследования при применении практики упорядоченного выбора диагностического исследования

Вид исследования	Затраты времени на исследование у рентгенолаборанта , мин, неупорядоченный выбор исследований Me (25-75%)	Затраты времени на исследование у рентгенолаборанта , мин, упорядоченный выбор исследований Me (25-75%)
Рентгенография	9,6 (8,0-11,7)	9,0 (7,5-10,8)
Компьютерная томография без контрастного усиления	16,0 (13,2-18,5)	14,8 (12,1-16,5)
Компьютерная томография с контрастным усилением	25,2 (21,2-28,1)	22,7 (18,9-25,2)

Таблица 2

Характеристика направлений на диагностические исследования при применении практики упорядоченного выбора диагностического исследования

Вид исследования	Доля исследований, перенесенных на другие методы диагностики (%), неупорядоченный выбор исследований Me (25-75%)	Доля исследований, перенесенных на другие методы диагностики (%), неупорядоченный выбор исследований Me (25-75%)
Рентгенография	3,2% (2,7-4,8)	1,3% (0,8-2,1)
Компьютерная томография без контрастного усиления	10,6% (7,8-12,9)	6,4% (5,0-7,4)
Компьютерная томография с контрастным усилением	6,2% (5,1-7,3)	2,1% (1,5-2,9)

Таблица 3

Затраты времени на выполнение функциональных обязанностей при проведении одного диагностического исследования при применении типовых протоколов проведения исследований

Вид исследования	Затраты времени на исследование у рентгенолаборанта, мин, отсутствие типовых протоколов Me (25-75%)	Затраты времени на исследование у рентгенолаборанта, мин, наличие типовых протоколов Me (25-75%)
Рентгенография	10,5 (8,3 - 12,1)	10,1 (8,1-10,8)
Компьютерная томография без контрастного усиления	16,4 (13,7-18,2)	16,1 (12,1-17,5)
Компьютерная томография с контрастным усилением	34,5 (21,7 - 42,1)	22,1 (18,9-25,4)

Таблица 4

Характеристики выполненных исследований при применении типовых протоколов выполнения исследований

Характеристика исследований	Отсутствие типовых протоколов выполнения	Наличие типовых протоколов выполнения
Исследований без технических ошибок, доля в %	80,6	89,6
Ошибка в выборе названия процедуры	5,1	1,6
Нарушение укладки/Позиционирования срезов	2,3	1,2
Некорректный выбор границ (не полный захват зоны интереса)	2,3	0,3
Нарушение методики (некорректные фазы контрастирования, не оптимальный набор последовательностей)	1,5	1,2

Устранимые артефакты (от элементов одежды, неправильных действий лаборанта, движения, дыхания и т.д.)	3,7	3,5
Неустранимые артефакты (связанные с оборудованием, физиологией человека, от протезов, имплантов)	0,6	0,6
Артефакты, связанные с пациентом	2,3	1,4

3) Практика применения типовых протоколов описания исследований.

Описание исследований разными врачами зачастую проводится по собственным индивидуальным протоколам, что обусловлено практикой каждого врача. В нашем исследовании мы проанализировали влияние наличия стандартизированных протоколов описания диагностических обследований временные затраты на их описание и на качество выполненных исследований.

Таблица 5

Затраты времени на выполнение функциональных обязанностей врача-рентгенолога при описании одного диагностического исследования при применении типовых протоколов проведения исследований

Вид исследования	Затраты времени на исследование у врача-рентгенолога , мин, отсутствие типовых протоколов описания Me (25-75%)	Затраты времени на исследование у врача-рентгенолога , мин, наличие типовых протоколов описания Me (25-75%)
Рентгенография	9,5 (8,2 - 11,6)	7,2 (6,2-8,9)
Компьютерная томография без контрастного усиления	25,4 (21,7-29,3)	19,4 (16,1-22,7)
Компьютерная томография с контрастным усилением	41,5 (35,7 - 50,1)	33,1 (25,9-38,4)

Таблица 6

Характеристики выполненных исследований при применении типовых протоколов описания исследований (компьютерная томография)

Характеристика исследований	Отсутствие типовых протоколов описания, в % от общего числа протоколов	Наличие типовых протоколов описания, в % от общего числа протоколов
Полное соответствие, доля в %	63,3	71
Замечания общего характера, доля в %	16,4	8,4
Клинически не значимое расхождение, доля в %	14	10,3
Клинически значимое расхождение, доля в %	4,5	1,9
Нечитаемый протокол/описание другого исследования/нет протокола, в %	0	6,5
Проблемы с протоколом (нечитаемый протокол/описание другого исследования/тип описание), в %	3	0,6
Пропуск находки, в %	18,5	5,8
Ошибки интерпретации/гиподиагностика, в %	7,8	7,1
Ошибки интерпретации/гипердиагностика, в %	5,4	5,8
Ошибки в терминологии, в %	8,1	5,2
Ошибки в классификации, в %	1,2	0
Ошибки в рекомендациях, в %	3,9	1,9
Необоснованное исследование, в %	1,2	0,6
Грамматические ошибки, опечатки, в %	0,9	1,3

Выводы

Применение стандартизированных принципов назначения исследований, выполнения и описания позволяют сократить временные затраты персонала отделений лучевой диагностики при повышении качества диагностических исследований, что свидетельствует о целесообразности их внедрения в практику с помощью клинического аудита.

Клинический аудит является системой, направленной на повышение эффективности использования ресурсов при обеспечении высокого качества работы отделений через распространение максимально высоких, с учетом местных особенностей, критериев и принципов работы. На основе данных принципов, в дальнейшем формируется система управления качеством, которая направлена на непрерывное улучшение работы отделения, что ведет к повышению качества медицинской помощи в целом.

Литература

1. Посненкова О.М., Гриднев В.И., Киселев А.Р. Клинический аудит качества медицинской помощи больным артериальной гипертензией в поликлинике города Саратова с использованием компьютерной информационно-аналитической системы/ Саратовский научно-медицинский журнал – 2009, том 5 (4): 548–554.
2. Топалов К.В., Овсянников Н.С. Клинический аудит – основа совершенствования качества медицинской помощи / Здравоохранение Дальнего Востока – 2005, (1): 81–84.
3. European Society of Radiology, ESR Subcommittee on Audit and Standards. Clinical audit—ESR perspective / Insights into Imaging. 2010; 1(1):21–26. doi:10.1007/s13244–009–0002–2.
4. Walker M. Clinical audit 1993 - collaborating for quality in the management of clinical care. NHS Management Executive clinical audit conference, Nottingham, February 1993. Quality in Health Care. 1993; 2(2): 145.
5. Бирюков В.С. Системы менеджмента качества: медицинский аудит как расширенная программа клинического аудита = Quality management system: medical audit as extended program of clinical audit Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(8):823-841.<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.167099>, <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4000>].
6. Principles for Best Practice in Clinical Audit, 2002, <https://www.nice.org.uk/media/default/About/what-we-do/Into-practice/principles-for-best-practice-in-clinical-audit.pdf>

7. Walshe K. Principles for Best Practice in Clinical Audit. Quality & safety in health care. 2002; 11(4):392. doi:10.1136/qhc.11.4.392.

8. СанПиН 2.6.1192–03, п.3.20 "Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований".

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.01.006

Большакова П. Н.

**ТАБАКОКУРЕНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ:
КТО ВИНОВАТ И ЧТО ДЕЛАТЬ?**

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени
Н.А.Семашко», Москва, Россия

Bolshakova P.N.

**TOBACCO SMOKING STUDENT YOUTH:
WHO IS TO BLAME AND WHAT TO DO?**

National Research Institute for Public Health, Russia, Moscow

Контактная информация:

Большакова Полина Николаевна – к.м.н., соискатель ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Москва, Россия E-mail: pima.73@mail.ru;

Резюме. Работа посвящена изучению современных проблем никотиновой зависимости среди молодежи, определению факторов, лежащих в основе ее формирования. На основании сплошного анкетирования в возрасте 18-26 лет (n=51) составлен медико-психологический портрет современного студента-курильщика.

Ключевые слова: студенты медицинских профессий, образовательные технологии, табакокурение, профилактика

Abstract: The work covers the present-day problems of nicotine addiction and the identification of the factors underlying its spread among

young people. On the basis of continuous survey of countryside schoolchildren in the Transnistrian region aged 18-26 years (n = 51) is composed medical and psycho-logical portrait of modern student- smoker

Keywords: health professions students, educational technologies, tobacco smoking, prevention

Учитывая масштабы распространённости и ряд медико-социальных последствий табакокурения (ТК) в современном мире остро стоит проблема решительных действий по его предотвращению. Глобальный опрос взрослого населения России (GATS), который провела Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 2009 году, показал, что курит 39,1% жителей и примерно 80% являются пассивными курильщиками дома и на работе [3]. Эпидемиологические, клинические и статистические исследования убедительно обосновали влияние табака на здоровье человека, поэтому ВОЗ в 2003 году приняла «Рамочную конвенцию по борьбе против табака», которую в 2008 году наряду со 144 странами ратифицировала Россия [6]. ТК является одним из трех важнейших факторов риска преждевременной смертности в России вместе с артериальной гипертензией и гиперхолестеринемией [1,7]. По мнению экспертов эта триада стала причиной 75% всех преждевременных смертей. Являясь предотвратимым фактором, отказ от курения способен снизить риск заболеваемости и смертности, особенно, если бросить курить в молодом возрасте [2,8].

По данным ряда авторов распространенность ТК в студенческой среде варьирует от 30 до 50% с тенденцией к увеличению в динамике от младших курсов к старшим. Распространенность ТК среди юношей в 2-3 раза превышает таковую среди девушек [5,8]. По мнению [1] распространение вредных привычек, в том числе ТК, среди молодёжи обусловлено дефицитом знаний о здоровом образе жизни. Для повышения качества жизни населения особое значение имеет защита некурящих людей от пассивного курения [6].

Антитабачная политика, которую проводят многие страны, в том числе и Приднестровье с 2014 года, направлена на уменьшение заболеваемости и смертности от болезней, обусловленных курением [10]. Основными направлениями этой политики являются профилактика инициации курения, особенно в молодёжной среде, а также мотивация и оказание помощи курильщикам в отказе от курения. Почти все молодые люди начинающие или продолжающие курить осведомлены о губительном воздействии ТК на здоровье и несмотря на это начинают курить [7,9]. Поэтому поиск причин, вынуждающих молодых людей репродуктивного возраста принимать то или иное решение в отношении курения, является сегодня очень актуальной задачей.

Цель настоящей работы: выявить особенности распространенности ТК в среде студентов медицинского ВУЗа специальности **31.05.03** Стоматология для поиска эффективных путей профилактики курения.

Материал и методы. Методом анонимного анкетирования проведен социологический опрос о приверженности курению студентов 1-3 курсов медицинского факультета Тираспольского межрегионального университета. Проведено изучение индивидуальных особенностей 51 студента, курящих из них было 11. Специально разработанная анкета содержала модифицированный фрагмент опросника, разработанного Карлом Фагерстромом, который позволил оценить степень никотиновой зависимости.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с использованием традиционных методов параметрической статистики.

Результаты и обсуждение. При изучении медико-демографических особенностей респондентов наше исследование показало, что возраст обследуемых составил от 18 до 26 лет. Большая часть респондентов была 1-2 по счёту ребёнком в семье (рис.1). 11,4% опрошенных росли без отца, у 51% родителей среднее специальное образование.

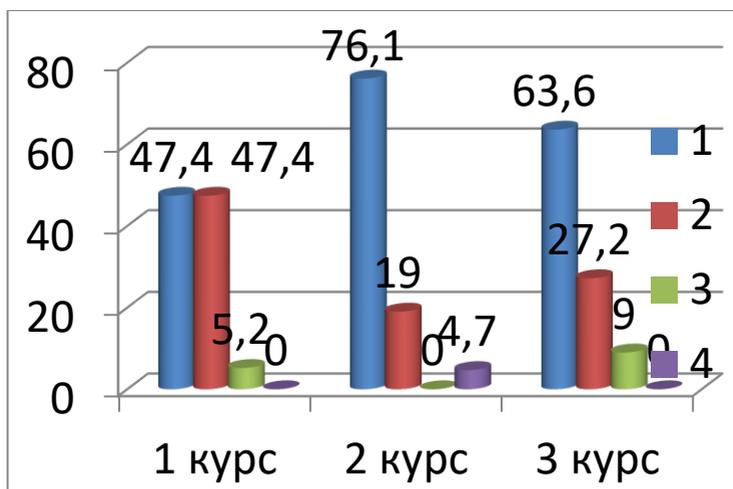


Рис. 1. Какой вы по счёту ребёнок в семье? (%)

Анализ социального статуса выявил, что у 28% респондентов родители безработные, 47,4% студентов живут с родителями на съемных квартирах, 10,3% не имеют своей отдельной комнаты, у 22% родители в разводе. Плохие взаимоотношения в семье с частыми ссорами родителей отметили 11% студентов. Злоупотребляют спиртными напитками 12,8% родителей. Курят мамы – 3,3%, папы – 49,9%.

По итогам анкетирования выявлена распространённость ТК (рис.2). Курят в среднем 22,8% студентов, доля курильщиков с увеличением курса обучения снижается возраст начала курения колебался от 8 до 18 лет.

В большинстве случаев причинами курения являются любопытство и курение «за компанию» - 17% респондентов, просто так 6,5%, чтобы казаться взрослее 3,3%. Изредка пример родителей и желание изменить имидж.

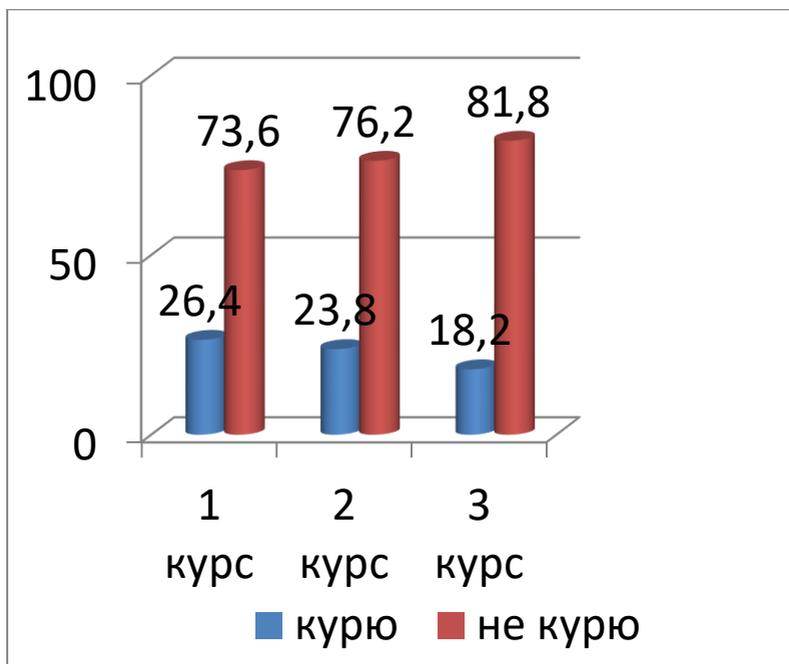


Рис. 2. Распространённость курения среди студентов 1-3 курсов (%)

Продолжают курить, придерживаясь стереотипа поведения – 5%, «просто так» – 14,3%, из-за того, что успокаивает 3,3%. Средний стаж вредной привычки у респондентов составил 4,3±1,18 лет. Количество

выкуриваемых сигарет составило от 10 до 20 сигарет в день. Среди курящих студентов 84,2% испытывали низкую зависимость от курения. Поэтому в программах помощи в отказе от курения основное внимание необходимо уделить психологической составляющей [1,9]. 11,9 % курящих испытывают среднюю тягу к курению, которую способно устранить использование никотин замещающих препаратов. 3,3% респондентов испытывали высокую зависимость. 20,7% пробовали бросить курить.

Необходимо отметить, что все респонденты знают об опасности для здоровья пагубного пристрастия к никотину, но лишь 10,9% опрошенных испытывают чувство вины, связанное с курением. В том, что начали курить 38,6% винят себя, 17,9 % – свое воспитание, 8% - государство, 7,9% - трудную жизнь и нервы, 2,4 % - Колумба, 25,2% - не смогли ответить. Основная масса респондентов не хотела бы, чтобы курили их дети (рис. 3).

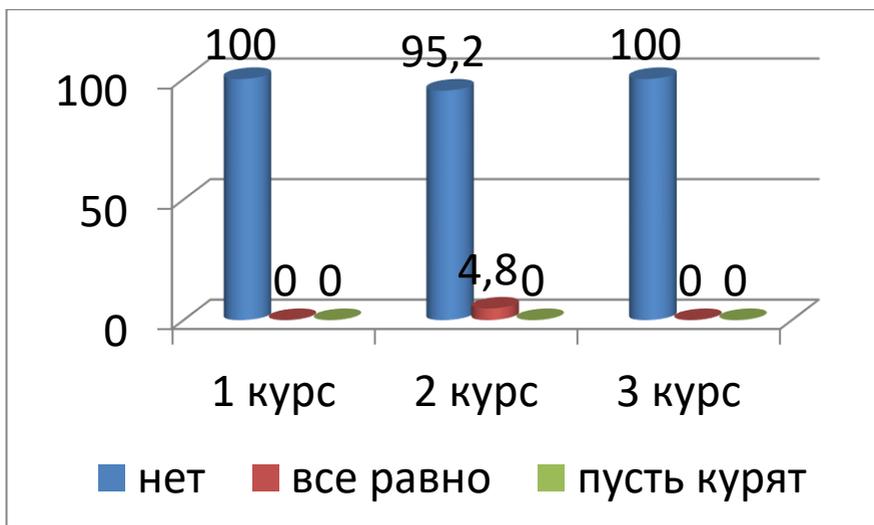


Рис. 3. Хотели ли бы вы, чтобы ваши дети курили?

Учитывая малую выборку нам не удалось провести адекватную статистическую обработку с использованием традиционных методов параметрической статистики. В настоящее время не существует точных методов, используемых только для математической обработки выборок малого объема. Предложенные Студентом (У. С. Госсетом) поправки на малый объем выборок не удовлетворяют современным медико-биологическим исследованиям, поскольку нижний предел малой

выборки объемом $n=3$ даёт ошибку при определении среднеквадратического отклонения 46,6%, что не может быть признано удовлетворительным [4]. Следовательно, необходимо продолжить начатое исследование на большей генеральной совокупности.

Таким образом, обследованная когорта студентов характеризуется относительно невысокой распространённостью и интенсивностью курения - 22,8%, большинство студентов не испытывают физиологической зависимости от курения, что свидетельствует о значительной приверженности здоровому образу жизни. Поэтому при планировании и внедрении государственных профилактических программ необходимо уделять внимание психологическим аспектам ТК и факторам устойчивости к ним, особенно в возрасте 12-18 лет. Учитывая большой вклад в процесс инициации ТК таких причин как любопытство и курение в компании, в университете необходимо осуществлять настойчивую профилактическую работу.

Литература

1. Вишневский А. А. Этапы курения табака/А.А. Вишневский//X Московская научно-практическая конференция «Профилактика и лечение табачной зависимости – приоритетные направления современной медицины». Москва, 2010. С.15-17.
2. Герасименко Н. Ф. Здоровье или табак: Цифры и факты/Н. Ф. Герасименко, Д. Г. Заридзе, Г. М. Сахарова. М.: Материалы форума «Здоровье или табак». 2007. 78 с.
3. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (Global Adult Tobacco Survey Russian Federation 2009) /Российская федерация 2009. (Дата обращения 05.03.2018).
4. Долгов Ю.А., Долгов А. Ю., Столяренко Ю.А. Математическое моделирование методом многомерных точечных распределений// радиоэлектронные и компьютерные системы. 2009. №3 (37). С. 98-103.
5. Добровинская Е. И. Социально-психологические условия формирования мотивации первичного отказа от табакокурения среди студенческой молодёжи: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05/Дубровинская Екатерина Игоревна.- Москва. 2012. 25 с.
6. Лазебник Л. Б. Роль медицинских работников в реализации рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с табакокурением /Л.Б. Лазебник, Л.Д. Фирсова//IX Московская Ассамблея «Здоровье столица». Тезисы докладов. Москва. 2010. С. 131.
7. Митюшкина Н. В. Генетические факторы предрасположенности к курению: дис. ... канд. биол. наук: 14.01.12/ Митюшкина Наталья Владимировна. Санкт-Петербург. 2009. 115 с.

8. Попова Г. А. Влияние курения на физическое развитие, состояние вегетативной и сердечно-сосудистой систем у юношей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 03.00.13/ Попова Галина Александровна. – Нижний Новгород. 2009. – 23 с.

9. Сафонова О. В. Психологическая оптимизация программ снижения зависимости от табакокурения: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 14.03.11, 19.00.04/ Сафонова Ольга Валерьевна. Москва. 126 с.

10. Закон ПМР №25-3-V 23.12.2014 г. «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» <http://president.gospmr.ru/ru/news/zakon-pmr-no-25-z-v-ob-ohrane-zdorovyа-grazhdan-ot-vozdeystviya-okruzhayushchego-tabachnogo> (Дата обращения 05.03.2018)

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.01.007

Большакова П. Н.¹, Черкасов С. Н.¹

ОСОБЕННОСТИ ИНИЦИАЦИИ ТАБАКОКУРЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко», Москва, Россия

Bolshakova P.N.¹, Cherkasov S.N.¹

FEATURES OF THE INITIATION SMOKING ADOLESCENTS

National Research Institute for Public Health, Russia, Moscow

Контактная информация:

Большакова Полина Николаевна – к.м.н., соискатель ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Москва, Россия E-mail: pima.73@mail.ru;

Черкасов Сергей Николаевич - д.м.н., заведующий отделом исследований общественного здоровья ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», e-mail: cherkasovsn@mail.ru.

Резюме. Проблема профилактики курения у школьников представляется чрезвычайно актуальной. В исследовании приняли участие 188 подростков в возрасте от 13 до 17 лет. Методом анкетирования была изучена распространенность факторов риска образа жизни школьников. Именно в подростковом возрасте закладываются предпосылки для формирования зависимости от курения табака, что в последующем оказывает негативное влияние на здоровье.

Ключевые слова: подростки, здоровье, факторы риска, курение, школа.

Abstract: The behavioral risk factors for the schoolchildren lifestyle and their rate were studied by the method of questioning. The study involved 188 teenagers aged from 13 to 17. The problem of preventive maintenance of schoolboys smoking appears to be extremely actual. At the teenage age preconditions for formation of dependence on tobacco smoking are put that makes a negative impact on health in future.

Keywords: teenagers, health, risk factors, smoking, school

В настоящее время масштабы распространённости табакокурения (ТК) и его медико-социальные последствия требуют изучения особенностей инициации ТК для поиска стратегии предупреждающих действий. Многочисленные эпидемиологические, клинические и статистические исследования убедительно обосновали воздействие табака на здоровье человека, поэтому ВОЗ в 2003 году приняла «Рамочную конвенцию по борьбе против табака», которая в 2008 году была ратифицирована в России [9]. Антитабачная политика, которую проводят многие страны, в том числе и Приднестровье с 2014 года, направлена на уменьшение заболеваемости и смертности от болезней, обусловленных курением [4,6]. Являясь предотвратимым фактором, отказ от курения способен снизить риск заболеваемости и смертности, особенно, если бросить курить в молодом возрасте [3].

Целью настоящего исследования стало изучение особенностей инициации ТК у подростков общеобразовательной средней школы.

Материал и методы исследования. На базе МОУ ТСШ № 11 г. Тирасполь было проведено одномоментное когортное проспективное исследование. Объектом исследования явились курящие и некурящие ученики в возрасте 13-17 лет. В соответствии с этическими принципами Хельсинкской декларации (2013) исследование проводилось после получения добровольного информированного согласия подростков и их родителей. Несмотря на разрешение родителей учащиеся могли отказаться от опроса. Родители и ученики были информированы о том, что собранные данные останутся анонимными и ответы не могут быть

переданы родителям или учителям. Вначале опроса проведено объяснение процедуры заполнения вопросника, учащиеся могли задавать уточняющие вопросы на протяжении всего опроса.

Использованы библиографический, социологический, экспериментальный методы. Проведено анонимное анкетирование 188 учащихся - 82 юношей (43,6%) и 106 девушек (56,4%), мониторинг уровня CO в выдыхаемом воздухе с помощью газоанализатора PiCOSimple Smokerlyzer с возможностью определения карбоксигемоглобина в крови (COHb, ppm). Референсные значения: у некурящих содержание угарного газа в крови, связанное с качеством окружающего воздуха составляет менее 1% – 0-3 COppm; у малокурящих, пассивных курильщиков или дышащих «плохим» воздухом – 4-6 COppm; у регулярных курильщиков 7-20 COppm и более; максимально допустимая концентрация - 30 COppm. Для статистической обработки полученных результатов использовались традиционные методы параметрической статистики.

Результаты исследования. Согласно текущим оценкам, курильщиками являются 22% от общей численности взрослого населения планеты (в возрасте 15 лет и старше), в том числе 36% мужчин и 8% женщин. По итогам «Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (Global adult tobacco survey, GATS)» в России дома и на работе курит 39,1% жителей и примерно 80% являются пассивными курильщиками (GATS) [4,9]. Многоиндикаторное кластерное исследование, проведенное в Молдове в 2012 году, показало, что на протяжении последнего месяца курили 8% женщин и 48% мужчин 19-49 лет [14].

Ключевой проблемой для сокращения потребления табака населением является увеличение возраста начала употребления табака, так как раннее начало употребления психоактивных веществ является мощным предиктором табачной зависимости, приводит к её усилению и снижает способность бросить курить [13]. Школьный возраст является периодом наиболее интенсивного физического и умственного роста, в котором прочно усваиваются знания и умения, привычки и навыки, в том числе и вредные. ТК подростков трансформирует нравственное, физическое и психическое здоровье, а признаки никотиновой зависимости (НЗ) появляются сразу же после первых недель потребления табака молодыми людьми [12]. Поэтому более эффективным направлением национальной политики представляются не столько ограничительные мероприятия, мотивация и содействие курильщикам в отказе от ТК, сколько профилактика инициации курения и повышение возраста первого употребления табака в молодёжной среде [13].

На имеющиеся сложности при организации исследований масштабов и распространённости ТК и его профилактики среди молодёжи на государственном уровне указала Т. А. Голикова [3]. Поиск факторов риска ТК среди несовершеннолетних, их взаимосвязь с образом жизни подростков, влияние ближайшего окружения важен для создания результативных профилактических программ с доказанной эффективностью [11]. Таргетной группой психопрофилактических мероприятий должны стать пока еще здоровые дети, которые находятся в зоне «риска» возникновения отклонений психики, а не подростки, обратившиеся за помощью к психиатру-наркологу. Западный опыт в наших реалиях зачастую сложно применить ввиду слабо развитой социальной инфраструктуры и низких компетенций в сфере наркологии у специалистов различных направлений [1,10]. В настоящее время большинство имеющихся программ не адаптированы к существующим реалиям и не подкреплены кадровыми и финансовыми ресурсами.

По данным нашего мониторинга среди девушек 7 класса не выявлено курящих, а распространённость ТК среди юношей составила 8,3%, средний уровень монооксида углерода - $2 \pm 0,53$ ppm. Распространённость ТК в группе учеников 10 класса составила 12% у мальчиков и 6,5% у девушек, показатели средних уровней СО – $4,92 \pm 1,16$ ppm и $3,7 \pm 1,25$ ppm соответственно. У респондентов 11 класса распространённость ТК у мальчиков выросла до 14,2% и 6,8% у девушек, тогда как уровень СО - до $6,73 \pm 1,41$ и $4,76 \pm 2,04$ ppm соответственно. Мальчики старших классов статистически значимо ($p \leq 0,05$) отличались большей заинтересованностью в курении. Однако различия концентрации СО в выдыхаемом воздухе в гендерном аспекте были статистически незначимы. (табл.1).

Наше исследование показало, что возраст инициации ТК имел достоверные гендерные различия ($p \leq 0,05$), юноши пробовали первую сигарету на 3 года раньше девушек. В Европе средний возраст инициации ТК составил 11-13 лет и большинство респондентов первый опыт курения приобрели в $9,3 \pm 2,7$ лет [13].

Значительное влияние на сознание школьника оказывает окружение [11]. В ходе анализа результатов проведенного анкетирования показано, что большинство родителей – 64 % не курят, у 20% опрошенных курят оба родителя, у 12% - только отец. Поэтому у 32% респондентов возрастает вероятность перехода из категории пассивного курильщика в категорию активного. Курение замедляет физическое и психическое развитие подростков, негативно влияет на их успеваемость [8]. Курение родителей, обрекающее детей на

пассивное курение, является фактором риска более высоких значений АД, формированию заболеваний дыхательных путей [4,7].

Таблица 1

Гендерные и возрастные особенности инициации и распространённости ТК и уровень СО в выдыхаемом воздухе у подростка

	7 класс n=78		10 класс n=56		11 класс n=54	
	Муж n=36	Жен n=42	Муж n=25	Жен n=31	Муж n=21	Жен n=33
Показатели СО, ppm	2±0,5 3	1,9±0, 41	4,92±1, 16	3,7±1,2 5	6,73±1, 41	4,76±2, 04
Возраст инициации ТК, лет	11±2, 1	-	11,6±2, 21	15,2±2, 16	11,2±2, 4	14,9±2, 8
Распространённ ость ТК, %	8,3	-	12	6,5	14,2	6,8

Таким образом, инициация ТК имеет гендерные и возрастные особенности и несмотря на то, что большинство подростков не курят, однако 32% состоит в группе риска вследствие курящего окружения и лояльности общественного мнения. Поэтому необходима системная профилактическая работа, направленная на мотивацию здорового образа жизни подростка и, наряду с обучением письму и чтению, привитие навыков противостояния употреблению психоактивных веществ с использованием современных эффективных технологий.

Литература

1. Вопросы здравоохранения: Табак // Официальный сайт ВОЗ, 2017. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/topics/tobacco/ru/> (Дата обращения: 18.09.2018).
2. Гакова Е.И., Акимова Е.В., Кузнецов В.А. Некоторые эпидемиологические аспекты курения школьников (восемнадцатилетняя динамика) — одного из факторов риска артериальной гипертензии. Артериальная гипертензия. 2016;22(6):584–593. doi: 10.18705/1607-419X-2016-22-6-584-593
3. Голикова Т.А. Актуальные вопросы развития наркологической службы в Российской Федерации. /Т.А. Голикова //Доклад. Научно-практическая конференция «Наркология 2010», посвященная 25-летию ННЦ наркологии URL: <http://modernizacia.blospot.com>. (Дата обращения: 18.09.2018).

4. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака: Российская Федерация, 2009. Страновой отчет. – М., 2010. - 171с. - С. 8-11.
 5. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2011г.: Предупреждение об опасностях, связанных с табаком. - Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2013. - 152 с.
 6. Закон ПМР №25-З-V 23.12.2014 г. «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» <http://president.gospmr.ru/ru/news/zakon-pmr-no-25-z-v-ob-ohrane-zdorovya-grazhdan-ot-vozdeystviya-okruzhayushchego-tabachnogo> (Дата обращения: 18.09.2018).
 7. Никитина О. В. Роль активного и пассивного табакокурения в формировании заболеваний органов дыхания у детей и подростков: автореф. дис...к.м.н., Оренбург 2008. - 16 с.
 8. Павлова М. К., Хайретдинова Т. Б. Влияние курения на сердечно-сосудистую систему детей и подростков. Педиатрия. 2011. - №5 (90). –С.148–153.
 9. Рамочная конвенция Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака. Доступно по: http://www.who.int/fctc/text_download/ru. (Дата обращения: 18.09.2018).
 10. Шурыгина Т. Е. Организация профилактической работы среди подростков в условиях наркологического диспансера: дисс. ... к.м.н. Москва, 2011. – 232 с.
 11. Jones TM, Epstein M, Hill KG, Bailey JA, Hawkins JD. General and Specific Predictors of Comorbid Substance Use and Internalizing Problems from Adolescence to Age 33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30535622> (Дата обращения: 18.09.2018).
 12. Piña JA, Namba MD, Leyrer-Jackson JM, Cabrera-Brown G, Gipson CD. Social Influences on Nicotine-Related Behaviors. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30193701> (Дата обращения: 18.09.2018).
 13. Stéphanie Vieira, Fabrice Chéruef, Hélène Sancho-Garnier Rationale, design and conduct of a school-based anti-smoking intervention: the “PEPITES” cluster randomized trial. BMC Public Health. 2018; 18: 942. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6069720/> (Дата обращения: 18.09.2018).
 14. UNICEF. Monitoring the situation of children and women. Multiple indicator cluster survey republic of Moldova, 2012; 30 p.
-

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.01.009

Григорьев Г.Ю. Черкасов С.Н.,

**СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ,
ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ В ВОЗРАСТЕ 40 ЛЕТ И СТАРШЕ**

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени
Н.А.Семашко», Москва, Россия

Cherkasov S.N., Grigoriev G.Y.

**SOCIO-HYGIENIC CHARACTERISTICS OF PERSONS
ENGAGED IN THE SPORT AT THE AGE OF 40 YEARS AND
OLDER**

National research institute for Public Health, Moscow, Russia

Контактная информация:

Григорьев Герман Юрьевич; e-mail: casper4242@mail.ru

Резюме. Представлены данные исследования социально-гигиенической характеристики лиц, занимающихся спортом в возрасте 40 лет и старше (легкая атлетика, длительный бег, участие в соревнованиях на дистанции 10 км и более). Была исследована группа «возрастных» спортсменов общей численностью 1649 человек путем анонимного анкетирования. Показано, что в качестве социальных характеристик лиц, занимающихся спортом в возрасте 40 лет и более следует отметить высокий уровень образования и социальной активности. Большинство спортсменов состояли в зарегистрированном браке и имели достаточно хорошее материальное положение. Полученные показатели индекса массы тела не являются существенно более низкими чем у лиц, не занимающихся спортом, но не имеющих проблем с лишним весом. Антропометрические характеристики изменялись с возрастом. У мужчин с увеличением возраста снижались как рост, так и масса тела, тогда как у женщин при снижении роста наблюдалось повышение массы тела и индекс массы тела.

Ключевые слова: физическая активность, старшее поколение, образ жизни, социально-гигиенические характеристики.

Abstract. The data of the study of socio-hygienic characteristics of persons involved in sports at the age of 40 years and older (athletics, long run, participation in competitions at a distance of 10 km or more). Was investigated by a group of "age" athletes with a total population of 1649 people by anonymous questionnaire. It is shown that the high level of education and social activity should be noted as the social characteristics of people involved in sports at the age of 40 years and more. Most of the athletes were married and had a fairly good financial situation. The obtained indices of body mass index are not significantly lower than those who are not involved in sports, but do not have problems with excess weight. Anthropometric characteristics changed with age. In men, with increasing age, both growth and body weight decreased, while in women with decreasing growth, there was an increase in body weight and body mass index.

Key words: physical activity, older generation, lifestyle, social and hygienic characteristics.

Повышение социально-экономического уровня жизни населения и достижение современной медицины обеспечили увеличение продолжительности жизни [1,2]. Однако, обратной стороной данного процесса стало значительное увеличение распространенности в популяции хронических неинфекционных заболеваний. Так как современные медицинские технологии не позволяют надеяться на их излечение и полной элиминации, то единственным способом является предотвращение возникновения данных патологических состояний, то есть профилактика как перспективная мера воздействия на данную ситуацию [2].

Профилактические мероприятия, достаточно подробно разработанные и изученные на примере инфекционной патологии, остаются сложной проблемой в отношении неинфекционной патологии. Наиболее перспективной моделью профилактики этого вида патологии представляется образ жизни, при котором факторы риска будут либо отсутствовать, либо их выраженность будет сведена к минимуму. Такой образ жизни получил название «здорового». В качестве основных факторов риска хронической неинфекционной патологии на современном этапе чаще всего упоминаются табакокурение, злоупотребление алкоголем, несбалансированное питание, ожирение, низкая физическая активность. В государственных программах указывается, что отказ от табакокурения и наркотиков, злоупотребления алкоголем, обеспечение условий для ведения здорового образа жизни, коррекция и регулярный контроль поведенческих и биологических факторов риска неинфекционных

заболеваний на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях должны стать важнейшим направлением политики в области охраны здоровья [2].

Существующий подход к профилактике предусматривает разработку комплекса мероприятий по каждому из факторов риска в отдельности и не учитывает возможные зависимости между ними. Ранее высказывалась гипотеза, что существует иерархия факторов риска, когда элиминация одного из них приводит к элиминации или существенному ослаблению выраженности другого [4,5]. В данном варианте все факторы риска можно разделить на «базовые» и «зависимые». При таком подходе основные усилия должны быть направлены на снижение распространения «базовых» факторов, тогда как распространенность «подчиненных» факторов будет уменьшаться без дополнительных усилий.

В качестве одного из «базовых» факторов может рассматриваться физическая активность [6]. Высокая физическая активность подразумевает определенный образ жизни, близкий по своим характеристикам к «здоровому». Однако, однозначных соответствий скорее всего нет. Такое осторожное заключение базируется на практически полном отсутствии исследований образа жизни людей с высоким уровнем физической активности. В данном случае в качестве объекта исследования не должны выступать профессиональные спортсмены и, в целом, спорт высших достижений не может быть эталоном для популяции в целом [7].

Еще в конце XX века было доказано, что с помощью тренировки в любой возрастной группе можно повысить аэробный потенциал и уровень выносливости - показатели жизнеспособности организма [8,9]. С одной стороны показано, что увеличение физической нагрузки на организм сопровождается профилактическим эффектом в отношении факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний: уменьшением веса тела и жировой массы, содержания холестерина и триглицеридов в крови, понижением артериального давления и частоты сердечных сокращений. Систематические занятия физическими упражнениями ведут к существенной оптимизации функционального состояния сердечно-сосудистой системы организма, а также к росту общих адаптивных возможностей аппарата кровообращения. С другой стороны отношение к высоким физическим нагрузкам на организм в средних и старших возрастных группах неоднозначное, от оптимистического до полного пессимизма, связанного с возможностью реализации патологических процессов вследствие высокой физической активности.

Объясняется это тем, что в доступной литературе практически не представлено работ представляющих результаты исследования образа жизни спортсменов ветеранского возраста (старше 40 лет). Отсутствуют работы по изучению распространённости основных факторов риска у этой, достаточно специфической, категории населения. Отсутствует информация и о последствиях занятий спортом, особенно при больших и экстремальных нагрузках, например, таких как бег на длинные дистанции (более 10 км) и марафонский бег, несмотря на то что бег на длинные дистанции является одним из самых популярных видов физической активности по всему миру. Хотя бег был популярен с 1970-х годов, число бегунов и проведение мероприятий неуклонно растёт с 2000 года. Это увеличение произошло в основном вследствие привлечения большого количества девушек и женщин, которые начали бегать. В Западном обществе многие города имеют свои собственные клубы бега трусцой. Кроме того, бег является одним из самых эффективных способов достичь физического здоровья, которое, в свою очередь, связано с долголетием [10, 11, 12].

Цель исследования: дать социально-гигиеническую характеристику лиц, занимающихся спортом в возрасте 40 лет и старше (легкая атлетика, длительный бег, участие в соревнованиях на дистанции 10 км и более).

Материалы и методы исследования. Была исследована группа «возрастных» спортсменов общей численностью 1649 человек, выступающих на соревнованиях по легкой атлетике на дистанциях 10 км и более. Данные были получены путем анонимного анкетирования. Мужчин в данной группе было больше, чем женщин, что соответствует структуре занимающихся спортом в этих возрастных группах. Удельный вес мужчин составил 73%, женщин 27%.

Результаты. Средний возраст опрошенных мужчин составил $48,4 \pm 0,2$ года. В возрастной структуре у мужчин преобладали лица в возрасте 40-44 года (40%), каждый десятый мужчина входил или в старшую возрастную группу – 60 лет и старше (10%) или в возрастную группу 55-59 лет (11,2%). Четверть опрошенных были в возрасте 45-49 лет (23,2%), остальные представляли возрастную группу 50-54 лет (15,6%).

Средний возраст опрошенных женщин составил $46,9 \pm 0,3$ года. В возрастной структуре у женщин также преобладали лица в возрасте 40-44 лет (48,3%), как и у мужчин, четверть опрошенных были в возрасте 45-49 лет (22,7%), а каждая седьмая (13%) имела возраст 50-54 лет. Следовательно, возрастные различия между мужчинами и женщинами, регулярно занимающимися спортом, заключались только в разнице в двух крайних возрастных группах 40-44 года, где женщин было больше

и старшей возрастной группой (60 лет и старше), где больше было мужчин (рис. 1). В остальных возрастных группах удельные веса мужчин и женщин были подобными и структурных различий не выявлялось ($p>0,05$).

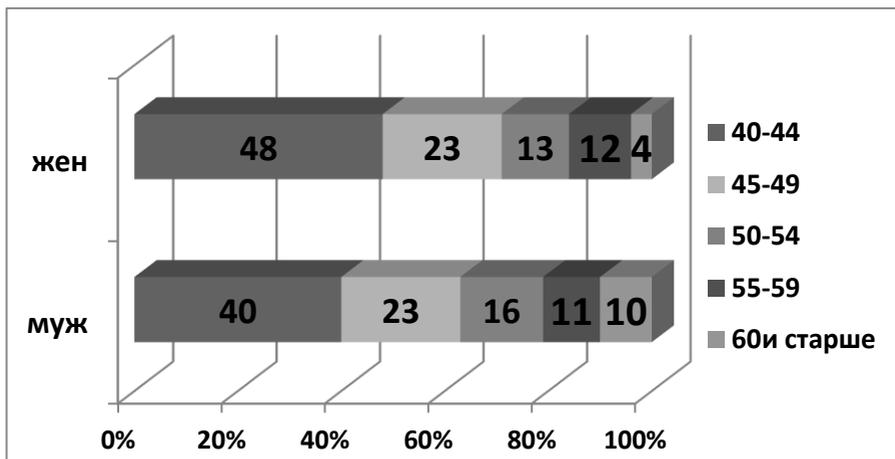


Рис.1. Возрастная структура мужчин и женщин, занимающихся спортом в возрасте 40 лет и старше (легкая атлетика, длительный бег, участие в соревнованиях на дистанции 10 км и более).

Как правило уровень образования в исследуемой был высоким. Так, 82,5% мужчин и 91,6% женщин имели одно или два высших образования, остальные среднее специальное или незаконченное высшее.

Социальное положение соответствовало уровню образования. И мужчины, и женщины обладали высокой социальной активностью, имели постоянную работу, безработных среди них не было. В браке (зарегистрированном или нет) состояли 87,2% мужчин и 65,8% женщин. Среди женщин было больше разведенных (21,8% женщин против 6,92% мужчин), вдов (4,8% женщин против 0,73% мужчин) и не замужних (6,4% женщин и 4,5% мужчин).

Материальное положение у подавляющего большинства опрошенных было среднее или выше среднего. Понятие «среднее» подразумевало возможность удовлетворять все основные материальные потребности без необходимости экономить. Понятие «выше среднего» подразумевало возможность финансировать не только основные потребности и тренировочный процесс, но и

регулярные поездки на беговые мероприятия в другие города и страны. Только небольшая часть мужчин (8,9%) и женщин (4,9%) имели по их мнению плохое материальное положение. Однако, занятие бегом является одним из наиболее демократичным видом массового спорта с точки зрения материальных затрат. Как правило тренировки проходят на улице, что вообще не требует материальных вложений. Стандартная базовая экипировка для беговых занятий тоже не требует больших материальных ресурсов. Следовательно, даже невысокое материальное положение не должно препятствовать массовому распространению длительного бега в широких массах населения.

Большое значение придается антропометрическим характеристикам, и в первую очередь, индексу массы тела. Предполагается, что высокая физическая нагрузка и длительный бег будет приводить к существенно более низкому значению индекса массы тела сравнительно с людьми не занимающихся спортом. Средний рост мужчин составил, участвующих в опросе составил $176,6 \pm 0,29$ см, среднее значение массы тела составило $78,3 \pm 0,3$ кг. Следовательно, значение индекса массы тела для мужчин составило 24,9.

Для женщин средняя величина роста составила $165 \pm 0,4$ см, среднее значение массы тела $60,9 \pm 0,4$ кг. Индекс массы тела соответственно 22,25. Такие значения антропометрических данных не свидетельствуют о низких показателях индекса массы тела, несмотря на огромные нагрузки, которые опрошенные мужчины и женщины испытывают в процессе тренировочных занятий и, особенно, на соревнованиях. Полученные показатели ИМТ не являются существенно более низкими чем у лиц, не занимающихся спортом, но не имеющих проблем с лишним весом.

Можно предположить, что антропометрические данные зависят от возраста. Так как ранее не проводились исследования масса-ростовых показателей этого контингента населения, то они были исследованы в ходе настоящего исследования. Для решения данной задачи были сформированы три возрастные группы: 40-49 лет, 50-59 лет и 60 лет и старше.

Первая группа мужчин состояла из 764 человек в возрасте 40-49 лет, во вторую включили 322 человека в возрасте 50-59 лет и в третью были включены 119 человека в возрасте 60 лет и старше. Средний рост мужчин в самой молодой возрастной группе 40-49 лет составил $178,3 \pm 0,23$ см, что являлось наибольшим значением среди всех возрастных групп ($p < 0,05$). Несколько меньшим был рост в группе 50-59 лет - $176,2 \pm 0,37$ см. И наименьшим значение роста было в старшей

возрастной группе 60 лет и старше – 173,7±0,18 см. Различия между всеми группами достоверны с вероятностью более 95%.

Соответственно и значение массы тела также было наивысшим в молодой возрастной группе 79,7±0,38 кг и наименьшим в старшей возрастной группе 74,4±0,75 кг (табл.3.1). Соответственно индекс массы тела имел наивысшее значение в молодой возрастной группе 25,05, снижаясь при увеличении возраста мужчины. Достоверных различий в показателях ИМТ между мужчинами в возрасте 50-59 лет и 60 лет и старше не выявлено ($p>0,05$). Все остальные показатели роста и массы тела достоверно различались в исследованных возрастных группах.

Таблица 1

Антропометрические данные в разных возрастных группах мужчин, занимающихся спортом в возрасте 40 лет и старше (легкая атлетика, длительный бег, участие в соревнованиях на дистанции 10 км и более)

Возрастная группа	Рост (см)	Масса тела (кг)	ИМТ
40-49 лет	178,3±0,23	79,7±0,38	25,05
50-59 лет	176,2±0,37	76,4±0,59	24,53
60 лет и старше	173,7±0,18	74,4±0,75	24,63

Таблица 2

Антропометрические данные в разных возрастных группах женщин, занимающихся спортом в возрасте 40 лет и старше (легкая атлетика, длительный бег, участие в соревнованиях на дистанции 10 км и более)

Возрастная группа	Рост (см)	Масса тела (кг)	ИМТ
40-49 лет	166,3±0,32	60,9±0,45	22,01
50-59 лет	163,7±0,55	61,0±0,9	22,71
60 лет и старше	161,7±1,32	61,8±1,43	23,73

Первая группа женщин состояла из 316 человек в возрасте 40-49 лет, во вторую включили 110 человек в возрасте 50-59 лет и в третью были включены 18 человек в возрасте 60 лет и старше. Средний рост женщин в самой молодой возрастной группе 40-49 лет составил 166,3±0,32 см, что также являлось наибольшим значением среди всех возрастных групп ($p<0,05$). Несколько меньшим был рост в группе 50-59 лет -163,7±0,55 см. И наименьшим значение роста было в старшей возрастной группе 60 лет и старше – 161,7±1,32 см. Различия между

возрастной группой и остальными группами достоверны с вероятностью более 95%.

Таким образом, в качестве социальных характеристик лиц, занимающихся спортом в возрасте 40 лет и более следует отметить высокий уровень образования и социальной активности. Большинство спортсменов состояли в зарегистрированном браке и имели достаточно хорошее материальное положение.

Полученные показатели ИМТ не являются существенно более низкими чем у лиц, не занимающихся спортом, но не имеющих проблем с лишним весом. Антропометрические характеристики изменялись с возрастом. У мужчин с увеличением возраста снижался как рост, так и масса тела, тогда как у женщин при снижении роста наблюдалось повышение массы тела и ИМТ.

Литература

1. Хабриев Р.У., Линденбратен А.Л., Комаров Ю.М. Стратегии охраны здоровья населения как основа социальной политики государства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 3. С. 3-5.

2. Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. N 294 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"
<http://base.garant.ru/70643470/#help#ixzz3qZB9lsF9>

3. Егизарян К.А., Черкасов С.Н., Аттаева Л.Ж. Мониторинг эффективности мероприятий, проводимых в рамках государственной политики в сфере профилактики травматизма в России // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2016. № 9-10. С. 19-25.

4. Григорьев Г.Ю., Черкасов С.Н. Бег на длинные дистанции как перспективная здоровье сберегающая технология / Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № 4-5. С. 89-96.

5. Черкасов С.Н., Сопова И.Л., Абрамова О.В. Зависимость уровня физической активности от признания факта ответственности за свое здоровье // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016. № 7. С. 82-86.

6. Черкасов С.Н., Абрамова О.В., Сопова И.Л. Физическая активность как фактор, определяющий уровень адаптационных возможностей организма // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № 2. С. 224-227.

7. Медик В.А., Юрьев В.К. Состояние здоровья, условия и образ жизни современных спортсменов. – М.: Медицина, 2001.-144с.
 8. Карпман В.Л., Любина Б.Г. Динамика кровообращения у спортсменов. – М.: ФиС, 1982. – 135 с.
 9. Сиренко В.А. Подготовка бегунов на средние и длинные дистанции. – К.: Здоровья, 1990. – 140 с.
 10. Fields KB, Sykes JC, Walker KM, Jackson JC (2010) Prevention of running injuries. *Curr Sports Med Rep* 9: 176–182.
 11. Bottenburg van M, Kalmthout van J, Meulen van der R, Nuijten S, Rijnen B, et al. (2006) De tweedeloopgolf. overgroei en omvang van de loopsportmarkten hoe de KNAU haar marktaandeel verder kan vergroten. W.J.H. Mulier Instituut, 's Hertogenbosch, the Netherlands.
 12. Lynch S.L, Hoch A.Z. (2010) The female runner: Gender specifics. *Clin Sports Med* 29: 477–498.
-

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.01.010

Дерябина Н.Н.

**АНАЛИЗ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПРОВОДНИЦ
ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА**

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Астрахань,
Россия

Deryabina N.N.

**ANALYSIS OF SOMATIC HEALTH OF RAILWAY TRANSPORT
CONDUCTORS**

Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

Контактная информация:

Дерябина Надежда Николаевна - ассистент кафедры экономики и управления здравоохранением с курсом последипломного образования.

Резюме. Исследование посвящено анализу соматического здоровья и факторов его формирующих проводниц железнодорожного транспорта. Данные об уровнях хронической заболеваемости были изучены путем выкопировки данных из медицинской документации (амбулаторной карты). Рассматривались данные диспансерных осмотров, прохождения врачебных осмотров перед поездками.

Величина выборки составила 435 проводниц пассажирских вагонов железнодорожного транспорта.

В результате исследования показано, что внешние средовые воздействия и профессиональные факторы имеют большое значение у лиц, трудовая деятельность которых связана со значительной психоэмоциональной нагрузкой, частично воздействием шума и вибрацией, в которой работают проводницы. Для проводниц железнодорожного транспорта критическим стажем профессиональной деятельности, когда начинают проявляться негативные последствия трудовой деятельности, можно считать стаж более 3х лет. С увеличением стажа выраженность негативных последствий нарастает, что требует разработки комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижении негативных последствий профессиональных факторов риска.

Ключевые слова: соматическое здоровье, проводницы железнодорожного транспорта, факторы риска.

Abstract. The research is devoted to the analysis of somatic health and factors of its forming conductors of railway transport. Data on levels of chronic morbidity were studied by copying data from medical records (out-patient records). Considered medical examinations, and passing medical examinations before you travel. The sample size was 435 conductors of passenger cars of railway transport.

As a result of the study, it is shown that external environmental influences and professional factors are of great importance in persons whose work activity is associated with a significant psycho-emotional load, partly the impact of noise and vibration in which the conductors work. For conductors of railway transport the critical experience of professional activity when negative consequences of labor activity begin to be shown, it is possible to consider experience more than 3 years. With the increase in experience, the severity of negative consequences increases, which requires the development of a set of preventive measures aimed at reducing the negative consequences of professional risk factors.

Key words: somatic health, conductors of railway transport, risk factors.

Условия производственной деятельности работников железнодорожного транспорта, в том числе и проводниц, характеризуются комбинированным воздействием факторов риска возникновения и прогрессирования патологии, формируя неадекватные ответные реакции определяемые спектром действующих условий, степенью резистентности организма, что приводит к выраженным нарушениям механизмов саморегуляции, адаптации. Как правило, причинно-следственный подход при изучении связи фактор-

патология не имеет однозначного результата и не позволяет сформировать эффективный подход к профилактике и ранней диагностике [1-3].

В медицине труда длительное время концепция возникновения патологии была ориентирована на предельно допустимые концентрации вредных веществ и предельно допустимые концентрации (далее – ПДК) и уровни вредных физических воздействий (далее - ПДУ). Однако на рабочем месте ПДК и ПДУ вредных производственных факторов могут оставаться не превышенными, однако благодаря длительному воздействию, в совокупности имеет место высокая техногенная нагрузка на организм, приводящая к неадекватному ответу физиологических систем работника и формированию патологии. При данном теоретическом подходе спектр патологии может быть многообразным, несмотря на однотипность первичного воздействия [4-6].

Следовательно, большое значение имеет изучение всего возможного спектра последствий влияния факторов риска, то есть уровни соматической заболеваемости работников, как с целью планирования, так и с целью совершенствования организационной структуры системы оказания медицинской помощи [7-9].

Данные об уровнях хронической заболеваемости были изучены путем выкопировки данных из медицинской документации (амбулаторной карты). Рассматривались данные диспансерных осмотров, прохождения врачебных осмотров перед поездками за период с января 2016 года по декабрь 2016 года. Величина выборки составила 435 проводниц пассажирских вагонов железнодорожного транспорта. В качестве референсной классификации использована МКБ-10 [10,11].

Не имели хроническую соматическую патологию $21,6 \pm 1,95\%$ (94 женщин), тогда как указание на ее наличие было у $78,4 \pm 1,95\%$ проводниц. По частоте регистрации первое ранговое место занимали заболевания органов пищеварения $31,3 \pm 2,22\%$, второе место – заболевания опорно-двигательного аппарата $17,5 \pm 1,82\%$, третье место – заболевания органов дыхания – $9,9 \pm 1,43\%$, четвертое место – заболевания сердечно-сосудистой системы – $8,1 \pm 1,3\%$, пятое – заболевания почек и мочевыводящих путей $6,7 \pm 1,19\%$, и шестое - прочие заболевания – $5,1 \pm 1,05\%$.

Из данных исследования следует, что у проводниц среди заболеваний органов пищеварительного тракта наиболее часто регистрировались хронический гастродуоденит – 228% , язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 44% , реже хронический холецистит – 37% . Учитывая классические факторы риска

заболеваний данной группы – нерегулярность питания и его неполноценность, можно констатировать важную роль в вопросах профилактики заболеваний пищеварительного тракта среди проводниц длительное время работающих в поездках, организацию полноценного и регулярного питания.

Среди заболеваний опорно-двигательного аппарата преобладают дегенеративно-дистрофические поражения суставов – 85%, хронические дистрофические полиартриты – 59% и деформирующий спондилез – 29%.

В классе заболеваний сердечно-сосудистой системы преобладали нейроциркуляторная дистония – 151% и гипертоническая болезнь – 30%. В классе заболеваний органов дыхания хронический тонзиллит – 51% и хронический ларингит – 25% с хроническим бронхитом – 23%. Достаточно высокой среди проводниц оказалась частота варикозной болезни нижних конечностей – 85%, что могло явиться следствием сочетанного действия перегрузок, вибрации и значительной статической нагрузки. Среди заболеваний почек и мочевыделительной системы первое место занимали цистит – 25%, хронический пиелонефрит 230%, мочекаменная болезнь – 18%.

Корреляционный анализ позволил выявить прямую связь с достаточным уровнем значимости между частотой регистрации патологии (по данным обращаемости в амбулаторные учреждения) и стажем работы в должности проводницы ($r=0,58$ с уровнем значимости отличия от нуля более 95%, $p<0,05$). В связи с изложенным, был проведен анализ заболеваемости по каждой стажевой группе. Всего различали четыре стажевые группы: до 3х лет, от 3х до 6ти лет, от 7ми до 10 лет и более 10 лет.

Первая стажевая группа (стаж до 3х лет) рассматривалась как контрольная по отношению к другим, принимая во внимание небольшой срок для реализации факторов профессионального риска. Уровень заболеваемости характерный для первой стажевой группы принимали за «нулевой уровень», так как он практически не зависел от условий труда, а был следствием факторов риска, действующих до начала трудовой деятельности.

В результате анализа установлено, что в первой стажевой группе (до 3х лет) первое место среди хронической соматической патологии занимали болезни органов пищеварения 158%, второе место - заболевания почек и мочевыводящих путей, регистрируемые у каждой третьей проводницы - 118 %, третье место - болезни органов дыхания - 93 %, четвертое место –нарушение жирового обмена – 65%, пятое место – болезни системы кровообращения – 57%, шестое место болезни опорно-двигательного аппарата - 39%. Общий уровень

хронической заболеваемости составил 526‰, что существенно ниже, чем статистические данные по популяции, однако с учетом возраста контингента исследуемой группы разница не является очень значительной.

В следующей стажевой группе проводниц (от 3 до 6 лет) профессиональные факторы риска уже превалируют над общепопуляционными. Первое ранговое место, также как и в группе до 3х лет принадлежало группе заболеваний органов пищеварительного тракта 330‰, однако уровень заболеваемости увеличился более чем в 2 раза ($p < 0,05$).

На второе ранговое место с четвертого переместились группа эндокринных заболеваний (нарушения жирового обмена) - 155‰. Для данной группы также наблюдался двукратный рост уровня заболеваемости ($p < 0,05$).

Третье ранговое место сохранилось за группой заболеваний органов дыхания - 145‰. Рост частоты регистрации составил 2,23 раза ($p < 0,05$). Понижилось ранговое место со второго до четвертого в отношении группы заболеваний почек и мочевыводящих путей - 116‰ (различия не достоверны, $p > 0,05$).

Значительно увеличилась частота выявления заболеваний опорно-двигательного аппарата (в 2.7 раза с 39‰ до 106‰, $p < 0,05$) – пятое ранговое место. Шестое ранговое место в данной стажевой группе – болезни системы кровообращения - 87‰.

В третьей стажевой группе (от 7ми до 10ти лет) первое ранговое место сохранилось за группой болезней органов пищеварения. Уровень заболеваемости увеличился, но не значительно (с 330‰ до 391‰). На втором ранговом месте, переместившись с третьего – заболевания органов дыхания. В отношении данной группы наблюдается наиболее значительный рост уровня заболеваемости с 145 ‰ до 246‰ ($p < 0,05$).

Продолжился рост структурной значимости заболеваний опорно-двигательного аппарата с пятого до третьего места. Рост уровня заболеваемости более чем в 2 раза с 106‰ до 210‰ ($p < 0,05$). Снизилась структурная значимость со второго до четвертого нарушений жирового обмена в связи с умеренным ростом регистрации данного вида патологии (с 155‰ до 196‰) на фоне более выраженного роста уровня регистрации других групп заболеваний.

Несколько повысилась структурная значимость (рост с шестого до пятого места) группы болезней органов кровообращения (с 87‰ до 152‰). Продолжилось снижение структурной значимости с четвертого до шестого группы заболеваний почек и мочевыводящих путей - 137‰ (различия не достоверны, $p > 0,05$).

На первое ранговое место в четвертой стажевой группе (более 10 лет) переместилась группа болезней органов дыхания, опередив группу болезней органов пищеварения, за счет более значительного роста уровня заболеваемости в отношении болезней органов дыхания и отсутствия роста уровня заболеваемости (фиксировалось даже некоторое уменьшение) в отношении болезней органов пищеварения.

Таблица 1

Уровни заболеваемости хроническими соматическими заболеваниями проводниц по данным обращаемости в поликлинику в зависимости от стажа работы (абсолютное число выявленных заболеваний и уровень заболеваемости в ‰)

Вид заболевания /Стаж	До 3х лет	3-6 лет	7-10 лет	Более 10 лет	Всего
	n = 76	n=103	n=138	n=118	n-435
Болезни органов пищеварения	12	34	54	38	138
	158	330	391	322	317
Болезни опорно-двигательного аппарата	3	11	29	30	73
	39	106	210	254	168
Болезни системы кровообращения	4	9	21	27	61
	57	87	152	229	140
Болезни органов дыхания	7	15	34	40	96
	93	145	246	338	221
Болезни мочеполовой системы	9	12	19	17	57
	118	116	137	144	131
Нарушения жирового обмена	5	16	27	25	73
	65	155	196	211	168
Всего	40	97	184	177	498
	526	942	1334	1500	1145

Сохранили третье ранговое место болезни опорно-двигательного аппарата. Группа болезней системы кровообращения переместилась с пятого на четвертое место. Замыкали ранжированный список структурной значимости группы заболеваний мочеполовой системы и нарушения жирового обмена.

Численные значения уровней заболеваемости представлены в таблице 1.

Анализ динамики уровней соматической заболеваемости показал практически линейный рост уровней заболеваемости с увеличением

стажа работы проводниц кроме группы заболеваний органов пищеварения, в отношении которых наблюдается снижения уровня заболеваемости при стаже более 10ти лет.

Наиболее высокие темпы роста заболеваемости были отмечены именно в отношении группы заболеваний органов дыхания. Наиболее распространенной нозологической формой (по данным обращаемости в амбулаторные учреждения) был хронический бронхит.

Заслуживает внимание выраженный рост распространенности болезней системы кровообращения. Если у работниц со стажем менее 7ми лет в нозологической структуре преобладали функциональные расстройства (вегето-сосудистая дистония), то у работниц со стажем более 7ми лет повышался удельный вес гипертонической болезни и различных форм ишемической болезни сердца.

Высокая соматическая заболеваемость органов пищеварения у проводниц является объяснимой и производственно обусловленной, так как питание их можно считать неадекватным, нерациональным и несбалансированным. Достаточно высокой оказалась частота болезней опорно-двигательного аппарата, что могло явиться следствием сочетанного действия перегрузок и работы в вертикальном положении.

Следовательно, внешние средовые воздействия и профессиональные факторы имеют большое значение у лиц, трудовая деятельность которых связана со значительной психоэмоциональной нагрузкой, частично воздействием шума и вибрацией, в которой работают проводницы. Если некоторое воздействие или трудовая деятельность с определенной вероятностью приводит или способствует развитию определенного заболевания, можно считать его фактором риска для данного заболевания. Для проводниц железнодорожного транспорта критическим стажем профессиональной деятельности, когда начинают проявляться негативные последствия трудовой деятельности, можно считать стаж более 3х лет. С увеличением стажа выраженность негативных последствий нарастает, что требует разработки комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижении негативных последствий профессиональных факторов риска.

Литература

1. Хабриев Р.У., Линденбрaten А.Л., Комаров Ю.М. Стратегии охраны здоровья населения как основа социальной политики государства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 3. С. 3-5.

2. Щепин О.П., Коротких Р.В. Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. Т. 23. № 6. С. 3-6.
3. Щепин В.О., Расторгуева Т.И. К вопросу о развитии приоритетных программ в здравоохранении России // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2012. № 6. С. 179-182.
4. Сиротко М.Л., Черкасов С.Н. Оценка состояния здоровья населения Самарской области // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № 2. С. 209-212.
5. Егизарян К.А., Черкасов С.Н., Аттаева Л.Ж. Анализ первичной заболеваемости по классу "Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин" (МКБ-10) взрослого населения Российской Федерации // Общественное здоровье и здравоохранение. 2016. № 4. С. 5-7.
6. Черкасов С.Н., Шипова В.М., Берсенева Е.А., Мешков Д.О., Безмельницына Л.Ю., Лалабекова М.В., Федяева А.В., Олейникова В.С. Современные методические подходы к планированию объемов медицинской помощи // Бюллетень Национального Научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А.Семашко. 2016. - №4. – С.95-110.
7. Лалабекова М.В., Черкасов С.Н., Берсенева Е.А., Мешков Д.О. Факторы, влияющие на потребность в первичной медико-санитарной помощи на территориях с преимущественным проживанием городского населения // Общественное здоровье и здравоохранение. 2017. № 1. С. 67-70.
8. Черкасов С.Н., Мешков Д.О., Берсенева Е.А., Безмельницына Л.Ю., Лалабекова М.В., Федяева А.В., Олейникова В.С. Пути совершенствования технологии планирования объемов медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016. № 5. С. 95-104.
9. Черкасов С.Н., Егизарян К.А., Курносиков М.С., Федяева А.В., Олейникова В.С. Подходы к планированию потребности в специализированной стационарной медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2017. № 5. С. 78-86.
10. Черкасов С.Н., Мешков Д.О., Берсенева Е.А., Федяева А.В., Олейникова В.С., Кучук С.А., Максимов А.В. Семейство международных

классификаций на современном этапе развития Российского здравоохранения // Судебная медицина. 2018. Т. 4. № 3. С. 43-46.

11. Cherkasov S.N., Shoshmin A.V., Vaisman D.Sh., Meshkov D.O., Besstrashnova Ya.K., Berseneva E.A., Bezmelnitsyna L.Yu., Kolomiychenko M., Oleinikova V.S. Russian WHO-FIC Collaborating Centre Annual Report 2015-2016 В книге: WHO-FIC Network Annual Meeting 2016 Poster Booklet. World Health Organisation. 2016. С. 14.

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.01.011

Мингазова Э.Н.¹, Мешков А.В.², Ситдикова И.Д.³

**КРИТЕРИИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ (СПЕЦ. КОНТИНГЕНТА) В
УСЛОВИЯХ ТЕХНОГЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ**

¹ФГБУ Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А.Семашко, Москва

²Филиал №1 ФГБУ «3 ЦВКГ им.А.А. Вишневого» МО РФ, Москва

³Казанский Федеральный университет, Казань

Mingazova E. N.¹, Meshkov, V. ², Sitdikova I. D.³

**CRITERIA IMPROVE THE QUALITY OF MEDICAL CARE
(SPEC.CONTINGENT) IN CONDITIONS OF ANTHROPOGENIC IMPACT**

¹FGBU national research Institute of public health named A.N.Semashko, Moscow

²No. 1 branch of FGU "3 CVKG im. AA Vishne, Moscow

³Kazan Federal University, Kazan

Контактная информация:

Мингазова Эльмира Нурисламовна;

E-mail: Elmira_mingazova@mail.ru

Резюме. Оценка качества медицинского обслуживания различных слоев и групп населения является приоритетным направлением профилактической медицины и общественного здоровья. На современном этапе актуальна теория применение рискметрии с учетом внешних модифицирующих факторов. В качестве одного из

критерия качества медицинской помощи может служить учет уровня внешнего репродуктивного риска при построении модели здоровьесбережения.

Целью работы явилось оптимизация управленческих решений в сфере повышения качества медицинского обслуживания спец. контингента на основе определения внешнего репродуктивного риска в условиях техногенного воздействия.

В работе использованы современные методы исследования - социально-гигиенический, биохимический, статистический.

Ключевые слова: качество медицинского обслуживания, оценка риска, техногенное воздействие

Abstract. Assessment of the quality of medical care of different strata and groups of the population is a priority area of preventive medicine and public health. The application of the theory of risk taking into account external modifying factors is relevant at the present stage. The level of reproductive risk can serve as one of the criteria.

The aim of the work was to determine the reproductive risk in the conditions of technogenic impact as a criterion of qualitative assessment of health care. The study used modern methods of research of socio - hygienic, biochemical, and statistical.

Thus, the methodological basis for assessing the reproductive risk to the population in the conditions of technogenic impact can serve as a criterion for assessing the level of impact and developing management decisions in the field of improving the quality of health care. The scope of the results is public health and health organization.

Keywords: quality of care, risk assessment, anthropogenic influence

Введение.

В настоящее время проблема повышения качества медицинского обслуживания населения является одной из ключевых проблем современной системы здравоохранения [3,4]. Предлагаются множество способов, систем, моделей по вопросу оптимизирующего направления [7]. Выбор механизма решения данной проблемы зависит от комплекса социально-гигиенического, медико-биологического характеристик обслуживаемых контингентов и анализа экономических условий [1,5,6]. Оценка риска позволяет максимально точно оценить эффекты воздействия факторов внешней и, как следствие, ответные реакции внутренней среды организма [2,8,10]. Актуально решение задач по идентификации рисков репродуктивному здоровью с целью совершенствования и адресности программ социально-гигиенического мониторингования [9].

Целью работы явилось оптимизация управленческих решений в сфере повышения качества медицинского обслуживания спец. контингента на основе определения внешнего репродуктивного риска в условиях техногенного воздействия.

Методы.

В работе использовались методы - социально-гигиенический, рискометрический, биохимический, статистический. Проведено анкетирование для оценки блока показателей социально-гигиенического и медико-биологического профилей (291 инф.ед). Оценка репродуктивного риска оценивалась по данным интегральной оценки заболеваемости, состояния гормонального статуса, аспектов профессиональной деятельности. База информационных данных составила 12340 ед.

Оценка репродуктивного риска проводилась в двух основных группах (1 группа спец. контингента – низкостажированные и 2 группа спец. контингента – высокостажированные). Обе группы имели возрастные градации. В качестве контроля выступили лица, не имеющие отношения к специфическим воздействиям. Апостериорно оценивалась стажевая нагрузка.

Результаты.

Градация возрастов была выбрана следующим образом: 1 градация – 18-29 лет, 2 градация – 30-39 лет, 3 градация – 40-49 лет, 4 – градация 50-59 лет, 5 градация – 60-69 лет, 6 градация – старше 70 лет. С учетом данного распределения 1 группа спец. контингента имела 1 возрастную градацию, 2 группа спец. контингента имела с 2 по 6 градации по возрасту. Уровень репродуктивного риска имел градации: низкий, средний, высокий, непереносимый. Рассчитанный уровень риска по общепринятой методике оценки риска для населения позволил выявить основные тенденции в данном секторе.

Во 2 возрастной градации у группы 2 спец.контингента в 19,4% выявлен высокий уровень репродуктивного риска. В 3 возрастной градации у группы 2 отмечен высокий уровень репродуктивного риска в 33,8% случаев. В 4 градации по возрасту у группы 2 в 41,4 % определен высокий уровень репродуктивного риска. В 5 возрастной градации у 2 группы контингента в 49,1% выявлен высокий уровень репродуктивного риска. Самый большой и статистически достоверным ($p=0,05$) отмечен уровень в 6 возрастной градации 2 группы - 84,6% , что соответствует высокому уровню репродуктивного риска. Проведенная статистическая обработка данных выявила достоверность различий в уровне репродуктивного риска в двух изучаемых группах ($p=0,05$). Оценка с учетом возрастного аспекта

также явилась доказательной базой причинно-следственных зависимостей.

Обсуждение.

Проведенная оценка репродуктивного риска имеет существенную значимость не только в определении уровня репродуктивного здоровья данной части населения, но и прогностическую и управленческую. Совершенствуя методическую базу оценки репродуктивного риска, возможна не только качественная, но и количественная характеристика риска в диапазоне времени и интермитирующих воздействий. Управленческий механизм позволяет выработать решения по снижению уровня репродуктивного риска и на этой основе строить оптимальные модели оказания медицинской помощи спец. контингентам.

Выводы.

Средний уровень репродуктивного риска определен в 1 группе спец. контингента, что свидетельствует о проблемах репродуктивной сферы молодой части населения. Выше среднего и высокий уровень характерен для представителей 2 группы спец. контингента в высокостажированном спектре, что показывает результат воздействия техногенного прессинга у данной части населения.

Литература

1. Ахметзянов И.М. Импульсный шум при стрельбе из стрелкового оружия и средств ближнего боя как фактор военного труда / И.М. Ахметзянов, Зинкин В.Н., Логаткин С.М., Петреев И.В., Кузнецов С.М., Драган С.П. // Военно-медицинский журнал.-2012.-Т.333, №6.- С. 52-58
2. Анкетный скрининг – метод первичной профилактики рака (на примере канцерогеноопасных производств) / А.В. Мешков, И.К. Вазиев, Л.И. Герасимова [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. - № 2; URL: <http://www.science-education.ru/122-18771>
3. Бельских А.Н. Возможности Военно-медицинской академии в выполнении перспективных научных исследований / А.Н. Бельских // Военно-медицинский журнал.-2013.-Т.334, №6.- С. 4-7
4. Берсенева Е.А. Факторы, влияющие на потребность в первичной медико-санитарной помощи на территориях с преимущественным проживанием городского населения / М.В. Лалабекова, С.Н. Черкасов, Е.А. Берсенева, Д.О. Мешков // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2017. - № 1. - С. 67-70.
5. Витаминно-минеральные комплексы в рационе питания военнослужащих: влияние на баланс железа, меди, марганца, иммунную реактивность и физическую работоспособность / И.П.

Зайцева, В.В. Насолодин, О.Н. Зайцев, И.П. Гладких, Р.А. Беляков // Военно-медицинский журнал. -2012.-Т.333, №3.- С. 37-41

6. Риск возникновения репродуктивных нарушений у мужчин в условиях высокой техногенной нагрузки / Л.А. Балабанова, С.К. Камаев, А.В. Мешков [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. - № 1; URL: <http://www.science-education.ru/122-18679>

7. Риски возникновения репродуктивных нарушений у мужчин трудоспособного возраста / А.В. Мешков, Л.А. Балабанова С.К. Камаев [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=18418>

8. Ситдикова, И.Д. Гигиеническая оценка и управление факторами риска канцерогенной и мутагенной опасности в условиях современного техногенеза / И.Д. Ситдикова, М.К. Иванова, А.В.Мешков // Здоровье населения и среда обитания. - 2013. - №4(241). – С.11-12.

9. Оценка факторов промышленной экологии с позиций медицинской безопасности / И.Д. Ситдикова, И.К. Вазиев, Г.Ш. Алиева [и др.] // Практическая медицина. – 2014. - №4-1(80). – С.110-112.

10. Gabidullina M.R. The hazard index as a prognostic vector of the health status of the population // Gabidullina M.R., Sitdikova I.D., Mingazova E.N. et al. // Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences. -2018.-Т. 5.- № 10. - С. 10368-10372.

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.01.012

Серебряный Р.С., Яремчук О.В.

**К ВОПРОСУ ЭВАКУАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ ВОВ В
ПОВОЛЖЬЕ**

«ННИИ общественного здоровья» им. Н.А.Семашко. Москва,
Россия.

Serebryany R.S., Yaremchuk O.V.

**TO THE QUESTION OF POPULATION EVACUATION IN THE FIRST
YEARS OF THE WAR IN THE VOLGA REGION**

«Institute of Public Health them. N.A.Semashko». Moscow, Russia.

Контактная информация:

Серебряный Роман Сергеевич, д.м.н., вед.н.с., niimramn@mail.ru

Яремчук Оксана Вячеславовна, соискатель, oyrem@yandex.ru

Резюме: рассматриваются события, происходящие в Поволжье в первые годы Великой Отечественной войны (ВОВ), особенности миграции, в связи с огромным потоком населения с запада на восток страны и его размещения, решение вопросов, возникающих во время эвакуации, в частности питания и медицинского обеспечения.

Ключевые слова: Поволжье, Сталинград, Куйбышев, дети, ясли, эвакуация, питание, ВОВ.

Abstract: the events occurring in the Volga region in the first years of the Second World War, the peculiarities of migration connected with the flow of population from the west to the east of the country and its location, the evacuation issues, in particular medical security, were considered at the beginning of the war in the Volga region.

Key words: Volga region, Stalingrad, Kuibyshev, children, day nursery, evacuation, WWII.

Великая Отечественная война стала испытанием для молодой Советской страны. В связи с общей военной обстановкой на фронте, возникла проблема эвакуации. В первые месяцы, после начала войны, население из западных регионов СССР эвакуировалось в глубь страны. В 1941 г. в Сталинград и Куйбышев прибывало огромное количество людей. Куйбышев превратился в "запасную столицу" СССР, куда были передислоцированы правительство и другие органы управления. 10 ноября 1941 г. Управлением государственных материальных резервов было принято решение о вывозе из Сталинграда некоторых ценных цветных металлов, ферросплавов, сахара, бумаги [1]. В течение зимы 1941-1942 гг. налёты самолётов на Сталинград носили единичный характер. Медсестра Л.И. Костик, спасая больницу, где находились 300 больных, сбрасывала с крыши зажигательные бомбы [2]. Непосредственно из Сталинграда эвакуация населения к лету 1942 г., по существу, еще не начиналась, если не считать отдельных незначительных мер по разгрузке города.

К июлю 1942 г. Сталинград становится прифронтовым городом. Первый секретарь Сталинградского обкома и горкома партии А. С. Чуйнов 12 июля записал в своем дневнике: «С фронта приходят тягостные вести. Все чаще в Сталинград прибывают переполненные поезда с эвакуированным населением» [3]. С 29 июня 1941 г. по март 1942 г. через Сталинградский пункт эвакуирования прошли 441 тыс.

человек. Почти половина была направлена в районы области [4]. Среди них были и дети, вывезенные из блокированного Ленинграда. В этот же период за июль-ноябрь 1941 года население города Куйбышева увеличилось с 390 тысяч до 529 тысяч человек [5]. Тяжелейшие испытания выпали на долю детей. Эвакуации и приему их власти уделяли особое внимание, о чём свидетельствует приказ Наркомздрава СССР от 26 августа 1941 г., требовавший улучшения медико-санитарного обслуживания эвакуированных детей [6]. Детские коллективы, направляемые в Поволжье, выезжали без учета карантинных мероприятий, при отсутствии минимальных профессиональных мероприятий. В пути следования эшелоны детских учреждений не обеспечивались полноценным медицинским наблюдением, достаточным питанием и кипяченой водой. Эвакопункты на станциях находились в антисанитарном состоянии и не имели достаточного медицинского персонала. Дети в месте назначения принимались уже с серьезными инфекционными заболеваниями. В передовой статье центрального органа ЦККП СССР и Правительства Советского Союза газеты «Правда» — «Забота об эвакуированном населении» 18 декабря 1941 г. говорится: " Задача всех местных организацийсостоит в том, чтобы миллионы новых жителей были по братски встречены и устроены.Эвакуированное население должно постоянно получать своевременную и квалифицированную медицинскую помощь.....Особой заботы, как всегда требуют дети. [7]. В архивах было найдено «Распоряжение Совнаркома СССР — постановления Совета по эвакуации СНК СССР (с приложениями), положение областного отдела эвакуации Куйбышевского исполкома и эвакопункте от 14.11.1941 г.». Местные органы здравоохранения обеспечивали медицинской помощью и при необходимости госпитализировали заболевших детей. Через систему детских консультаций был налажен учет всех детей в возрасте до трех лет, патронаж, расширена работа молочных кухонь. Эвакуируемые детские учреждения испытывали потребность в предметах личной гигиены, недоставало бань и прачечных. Зима 1942-1943 гг. стала тяжелейшим испытанием для детей и работников детских учреждений. Остро стоял вопрос обеспечения обувью и верхней одежды детей раннего возраста. Отмечалось тяжелое эпидемиологическое состояние на эвакопунктах и в детских учреждениях, увеличивалась смертность среди детей первых 3-х лет жизни. В докладной записке заведующего облздравотделом г. Куйбышева в обком ВКП (б) о борьбе с детской смертностью от 3 марта 1942 г. сообщалось: «....1. Повышенная общая и детская смертность в Богдашкинском, Новоспасском, Вешкайском, Кинельском, Барышском, Майнском и Старо — Майнском районах отмечалась, главным образом,

в осенние месяцы 1941 г. Благодаря ряду принятых мер как общую, так и детскую смертность удалось к концу 1941 г. снизить...». В Куйбышевской области усилилась работа по формированию отрядов по проведению иммунизации и улучшению питания в детских учреждениях [8].

При возросшей угрозе Сталинграду началась частичная эвакуация его гражданского населения [2]. Бюро Сталинградского обкома ВКП(б) 16 июля 1942 г. приняло ряд постановлений о передислокации эвакогоспиталей Наркомздрава и Всесоюзного пионерского лагеря "Артек". Ранее 23 января 1942 г. было принято решение о развёртывании пионерлагеря с 16 мая на 250, вместо имеющихся 135 коек [9], что ещё раз подтверждает, что власти в это время не думали о эвакуации. В течение июля и 20 дней августа 1942 г. из города было эвакуировано до 100 тыс. человек, из них местных жителей не более 35—40 тыс. [10]. Задача эвакуировать из Сталинграда все население никогда не ставилась. Его эвакуация проводилась по ведомственному принципу. Прежде всего, за Волгу вывозили военнообязанных, учащихся ремесленных училищ, работников крупных оборонных заводов с семьями. Была дана команда покинуть город всем коммунистам и комсомольцам, не имеющим специальных заданий. Количество эвакуированных по ведомственному принципу превысило 260 тысяч человек. И только около 62 тысяч не относились к этой категории, в том числе люди, занятые в менее важных для обороны отраслях, и неработоспособные. Многие выбирались из города за Волгу самостоятельно, на лодках, на плотках, на бревнах или вплавь, уцепившись за баржу. Группы комсомольцев разыскали в руинах более 1000 детей, потерявших родителей, и эвакуировали. Только с 1 сентября эвакуация населения из Сталинграда приобрела действительно массовый характер. Она продолжалась до 14 сентября [11]. В книге начальника Главного военно-санитарного управления Советской Армии в годы войны Смирнова Е.И.: "13 сентября. Эвакуация вчера и сегодня была особенно затруднена из-за чрезвычайной активности противника" [12]. В соответствии с указанием председателя Комитета по эвакуации СНК СССР Н.М. Шверника 15 августа бюро Сталинградского обкома ВКП(б) совместно с исполкомом областного Совета депутатов трудящихся вынесли постановление «О частичной разгрузке г. Сталинграда» [2]. Этим решением намечалось вывезти из г. Сталинграда в Куйбышевскую область 15 тыс. неработающих женщин с детьми и 8—10 тыс. разместить в заволжских районах. На следующий день принято было постановление «Об эвакуации гражданского населения из районов боевых действий Красной Армии». Первый пункт этого

документа гласил: «На основании постановления Военного совета 62-й армии до 22 августа с. г. эвакуировать все гражданское население из населенных пунктов районов боевых действий в полосе от станицы Паншино, Дмитриевки, Мариновки, Ср.-Царицынского, Н.-Царицынского и левого берега Дона» [2]. 18 августа бюро обкома ВКП(б) совместно с исполкомом облсовета депутатов трудящихся приняли постановление в соответствии с распоряжением СНК РСФСР об эвакуации детских домов за пределы Сталинградской области [2]. Но нависшая над Сталинградом угроза еще не ощущалась тогда полностью, как ужасающая реальность. Характерным показателем этого является факт, что в тот же день, когда местными партийными и советскими органами было принято решение об эвакуации детских домов, вышло также и постановление о работе средних школ в 1942/43 учебному году в Сталинграде [13].

В эти дни в Куйбышев продолжали приходиться эшелоны с правительственными учреждениями передислоцированными заводами и беженцами. В обоих городах, Сталинграде и Куйбышеве, выросла численность работников промышленных предприятий. Увеличилась доля оборонных заводов. Для детей фронтовиков в первую очередь выделялись места в детских учреждениях, предоставлялись различные льготы. Однако проблема обеспечения семей военнослужащих решалась частично. ВОВ привела к значительным изменениям в социально-экономическом укладе. В 1941-1942 гг. многие дети по различным причинам не могли посещать образовательные учреждения. В условиях военной экономики население обеспечивалось продовольствием дифференцированно [14].

Многие Советские историки писали, что для эвакуированных детей в тылу были созданы все необходимые условия для жизни и учебы. Н.В. Мананникова, в опубликованной в 1955 г. юбилейной статье, посвященной 25 годам советского здравоохранения, касаясь событий 1942 года подчёркивает, «...на фоне гитлеровских злодеяний в поработанных странах, особенно видны те замечательные достижения, которые мы имеем в Советском Союзе в области охраны здоровья матери и ребенка» [15]. В литературных источниках, описывалась, в основном удовлетворительная оценка организации эвакуации детского населения в Куйбышевской области (16). Но, в архивных документах Центрального государственного архива Самарской области (ЦГАСО) и Самарского областного государственного архива социально-политической истории ((СОГАСПИ) в докладе уполномоченной по эвакуации населения при Совете по Эвакуации по Куйбышевской области В.Ф. Шагимардановой «О работе областного отдела по эвакуации и эвакуопунктов»

указывалось на неудовлетворительное состояние работы областного отдела по эвакуации и эвакуационных пунктов. Она отмечала, что не было создано необходимых условий для обслуживания эвакуированного детского и взрослого населения, были проблемы в питании «...эвакуированные обеспечиваются хлебом с большими перебоями, имеются случаи, когда горячая пища выдается без хлеба», на эвакуационных пунктах отмечалась антисанитарная обстановка, медицинская помощь оказывалась не своевременно.

В связи с неожиданным началом войны, местные органы здравоохранения в первые месяцы войны недостаточно занимались обслуживанием эвакуированных детей. Учреждения здравоохранения оказались не подготовленными к приему эвакуированных детей [17, 18]. В отчетах местных органов здравоохранения порой содержались искаженные данные, приукрашивающие действительность [19].

Вышеуказанные противоречия в оценке состояния медицинского обеспечения в различных источниках, приведенные авторами, подчеркивают необходимость дальнейшего продолжения работ в данном направлении. В годы войны участковая система была ликвидирована, не всех заболевших детей обслуживали на дому, патронаж детей стал неудовлетворительным. Заболеваемость детскими инфекциями к концу 1941 г. увеличилась. Детская смертность в 1941-1942 гг. повысилась. Основными причинами смерти были желудочно-кишечные заболевания, воспаление легких, туберкулез и пр.

В сложившейся ситуации особенно тяжело пришлось детскому здравоохранению, начавшему свое активное развитие только в 1936-1937 годах. К началу войны в СССР в основном была создана единая система охраны материнства и детства. Несмотря на начало военных действий, во время ВОВ, в ясельных учреждениях, детских и женских консультациях проводились мероприятия в оказании лечебно-профилактической помощи детям. За здоровьем женщин, особенно в период беременности, следили врачи женских консультаций; за здоровьем детей до 3-х лет — врачи детских консультаций [20].

В г. Куйбышеве эвакуации и приему детей власти уделяли особое внимание. Органам здравоохранения предлагалось обеспечивать детей медицинской помощью в пути следования, а на новом месте госпитализировать больных инфекционными заболеваниями; через систему детских консультаций учесть всех детей в возрасте до трех лет; наладить патронаж, расширить работу молочных кухонь. Серьезные затруднения были с финансированием детских учреждений.

В 1942-1943 гг. вышел ряд документов, касающихся деятельности консультаций: пособие для врачей «Работа детской консультации»;

положение «О проведении противоэпидемической работы городскими детскими консультациями, детскими поликлиниками и детскими амбулаториями».

Многие ясли закрывались, так как здания передавали под эвакогоспитали. В то же время известно, что для многих детей домом стали именно детские ясли – учреждения, в которых обеспечивалось пребывание и воспитание детей в возрасте до 3-х лет, особенно когда мать отдавала все силы на работе в тылу (в городе и на селе). Сезонные ясли, выполнив свою функцию, закрывались, но женщины просили оставлять учреждение, так как были заняты на производстве.

В одной из газет «Волжская Коммуна» в 1942 г. было опубликовано обращение женщин: «...Наши колхозницы ответили на призыв товарища Сталина стахановской работой. Мы можем и будем делать еще больше, чем делали. Правление колхоза должно помочь нам в этом. У нас по окончании уборки урожая закрыли детские ясли. Это неправильно, ясли нужны. Сейчас многие женщины вынуждены терять много времени на домашние дела. Если же правление колхоза позаботится о наших детях, мы гораздо больше сможем заниматься колхозными делами» [21].

Важность функций, выполняемых яслями в военное время и внимание к этому вопросу, подтверждают вышедшие в этот период документы: в 1941 г. инструкция по предупреждению и борьбе с детскими инфекциями в яслях; 12 августа 1942 г. – положение об учебно-базовых яслях: приказ Народного Комиссариата здравоохранения № 449 от 20.08. 1943 г. «О повышении качества работы яслей в городах, рабочих поселках и при промышленных предприятиях», инструкция по организации лечебной помощи детям в яслях, утверждена Наркомздравом СССР 13.12.1943 г.; инструкция Наркомздрава СССР от 13.12.1943 г. об организации коревых карантинных групп в яслях и положение о работе изолятора при яслях,

В конце лета 1942 г. началась вторая волна эвакуации из Сталинграда. Приближение фронта вызвало необходимость организовать переброску через Волгу прибывающего из угрожаемых районов населения, из них местных жителей не более 35—40 тыс. Срочно наводились дополнительные переправы через Дон [10]. Основная масса жителей Сталинграда оставалась в городе и активно помогала своим войскам. В трудных условиях, порожденных близостью фронта, в городе продолжали работать заводы, выпускавшие вооружение и боеприпасы для частей, ведущих борьбу с немецко-фашистскими войсками. «Несмотря на сильные бомбежки Сталинграда,— писал генерал М.С. Шумилов,— рабочие Сталинграда не прекращали работы и продолжали давать военную продукцию

армии. Например, 64-я армия почти ежедневно получала роту танков, когда дралась на дальних подступах к Сталинграду» [22]. В условиях усиливающихся налетов немецкой авиации десятки тысяч сталинградцев продолжали строить оборонительные рубежи на окраинах и ближних подступах к городу.

Сталинград жил напряженной боевой жизнью. 22 августа Городской комитет обороны принял постановление «Об усилении охраны заводов гор. Сталинграда». Это постановление обязывало директоров заводов, секретарей райкомов ВКП(б) и партторгов ЦК ВКП(б) немедленно принять меры к усилению охраны заводов, к созданию с этой целью дополнительных военизированных команд. В момент непосредственной опасности заводам эти команды должны были действовать как оперативные военизированные группы под общим руководством командиров частей действующей армии [23].

В Сталинград война ворвалась внезапно 23 августа 1942 г. До этого из всего населения 400-тысячного города было эвакуировано около 100000 человек. 24 августа Городской комитет обороны принял постановление об эвакуации женщин, детей и раненых на левый берег Волги [24]. Эвакуация проходила в труднейших условиях. «Город и переправы все время подвергались вражеской бомбежке с воздуха. Огонь пожирал квартал за кварталом. Улицы центра города и Ворошиловского района, идущие к Волге, представляли собой огненные коридоры. Сплошь горел берег Волги. Все причалы и мостки были уничтожены. Население выводилось к берегу небольшими группами. В ожидании переправы оно укрывалось в 100—200 метрах от берега в щелях, блиндажах, водосточных трубах. Когда ослабевал налет вражеской авиации, а это бывало ночами, быстро производилась загрузка катеров. В первую очередь отправляли раненых и женщин с детьми» [25].

В эти годы тяжелейшие испытания выпали на долю детей. В Поволжье прибывали потоками эвакуированные детские учреждения. Несмотря на это, в первые полтора года после начала войны число детских учреждений сокращалось. Например, в Куйбышевской области более чем в 3 раза, из-за передачи зданий под эвакогоспитали. Советская власть, учитывая ситуацию, принимала меры. К концу 1942 г. число яслей возросло с 21 до 36, фактически развернутых в Куйбышеве коек – более чем вдвое до 3260, детей по списочному составу почти в 2 раза до 3319 в сравнении с 1940 г. В 1942 г. врач обслуживал в яслях детей, занимающих 893 койки (вместо 593 в 1940 г.). В 1940 г. в селах Куйбышевской области насчитывалось 20, в 1943 г. – 23 детско-женских консультаций [26].

Сеть детских учреждений в Куйбышевской области [26].

	1940 г.	1941 г.	1942 г.	1943 г.
Города				
Ясли постоянные	77	75	36	25
Самостоятельные детские консультации	8	10	6	3
Села				
Ясли постоянные	83	97	86	75
Женские и детские консультации	20	27	25	23

В соответствии с постановлением СНК СССР от 12 мая 1943 г. «О мероприятиях по укреплению здоровья детей в летний период 1943 г.» в колхозах Сталинградской области было организовано 1930 детских площадок с охватом 93550 детей дошкольного возраста [27]. Вблизи заводов, из-за возросшего количества оборонных предприятий, на которых трудилось много женщин, организовывалось женские и детские консультации, ясли.

Большой интерес представляют приказы, распоряжения, решения, отчеты Куйбышевского областного отдела здравоохранения, детских и женских консультаций, яслей, выходявшие в этот период ВОВ. В них отражается организация ОММ, работа и подготовка кадров (ЦГАСО и Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ), показатели рождаемости и смертности детей, инфекционная заболеваемость и т.д.

В архивах было найдено «Распоряжение Совнаркома СССР постановления Совета по эвакуации СНК СССР (с приложениями), положение областного отдела эвакуации Куйбышевского исполкома и эвакупункте от 14.11.1941 г.». В документе указывалось на порядок размещения детей в детские учреждения и их питание. Медико-профилактические мероприятия по обслуживанию семей фронтовиков строились на основании приказа НКЗ РСФСР от 4 февраля 1943 г «О работе органов здравоохранения по оказанию помощи семьям военнослужащих» [28], который обязал их улучшить постановку

лечебной помощи, использовать санатории, создать специальный фонд особо дефицитных медикаментов, полностью обеспечить детей фронтовиков местами в детских учреждениях и т.д. [29].

Дети в детских домах, детских садах и яслях находились в тяжелейших бытовых условиях. Особенно трудно приходилось эвакуированным и детям, оставшимся без родителей. Например, в Дзержинском районе г. Куйбышева 165 детей из детского дома питались по такому меню: утром чай с хлебом и в лучшем случае с 40-50 г сыра, в обед постный суп и чай на ужин. На одного ребенка в сутки в среднем расходовалось 70 г крупы, 16 г растительного масла, столько же сахара, 50 г сыра или рыбы и 600 г хлеба. Другие продукты для детей не отпускались. Об этом указывалось в справке уполномоченного КПК при ЦК ВКП(б) по Куйбышевской области от 07 июня 1943 г. на имя секретаря горкома. Мясо заменялось сыром, рыбой и гороховыми консервами, сахар — пряниками, жиры — некачественным растительным маслом. Аналогичная ситуация была и в остальных детских учреждениях района. Для матерей частью повседневной жизни были 3-4 часовые очереди за детским питанием. Давка, теснота и духота, грязь на молочных кухнях — всё это приходилось выдерживать женщинам, часто приходившим вместе с детьми. При этом, из-за отсутствия дров, станции детского питания часто вообще не работали. Дети оставались без необходимой пищи. Тяжелейшие условия были в детских больницах, институте охраны материнства и детства, родильных домах. Питание больных детей в яслях и больницах было чрезвычайно скудным. В яслях детей до 1 года кормили мучной кашей на полу молоке (молоко с долей растительного жира более 50%). В 1943 г. перебои в снабжении молоком не давали возможности организовать питание для ослабленных и искусственно вскармливаемых детей. Многие ясли города не имели своего подсобного хозяйства, и перебои с поставкой молока были постоянными. В яслях калорийность составляла в среднем 1500 ккал. Детям старшего возраста отпускались постный суп-лапша и чай с молоком без сахара. Все это приводило к отставанию в физическом развитии, росту числа желудочно-кишечных заболеваний и расстройств, смертности [30].

Органами здравоохранения руководителям детских учреждений было предложено ввести в рацион детского питания витамин С из хвои, организовывалась продажа его через аптечную сеть. Областные торгующие организации должны были обеспечить в четвертом квартале 1942 г. отпуск молока и молочных продуктов в Ульяновске и Мелекесе детям до 1 года по семь литров в месяц на ребёнка, а в возрасте от 1 до 3-х лет по пять литров [30].

Не менее интересна в это время и деятельность профессуры. В период эвакуации многие сотрудники Сталинградского медицинского института находились на фронте или занимались преподаванием, научной и лечебной деятельностью в местах, куда привела судьба. Профессор Б.С. Бревдо, находясь в г. Омске, работал терапевтом во 2-ом Московском медицинском институте и Омской железнодорожной больнице [31]. Профессор В.И. Витушинский трудился патологоанатомом в г. Чкаловске, старшим инспектором-патологоанатомом госпиталей в Уральском военном округе [32]. Н.П. Григоренко [33], А.Н. Алаев [34] служили хирургами в действующей Красной Армии, Список этих замечательных людей можно продолжать очень долго, а результаты их труда, несомненно, требуют дальнейшего глубокого изучения.

В первые два года Великой Отечественной войны Куйбышевские клиники взяли шефство над госпиталями, где широко проводили консультативную работу, показательные и сложные оперативные вмешательства. Только за первый год войны было произведено 95 выездов профессоров и преподавателей в госпитали, дислоцированные в области [35].

Среди врачебной элиты — Б.И. Фукс, Н.Е. Кавецкий, С.П. Шиловцев, Б.Н. Луков, А.И. Златоверов и др., деятельность которых также требует исследования [36].

Таким образом, жизнь, а значит и всё связанное с медицинским обеспечением, в Куйбышеве и Сталинграде в начальный период войны имела с одной стороны много общего в связи с притоком огромной массы эвакуированных жителей и беженцев с западных регионов СССР. С другой стороны, были существенные отличия. Куйбышев не подвергся нашествию фашистов и являлся запасной столицей СССР, откуда осуществлялось управление народным хозяйством. В то же время Сталинград оказался в самом пекле боевых действий. Сталинградская битва стала переломным событием и приблизила Победу в Великой Отечественной войне.

Литература

- 1.Партархив Волгоградской обкома КПСС. Ф.171, Оп.1, Д.1, Т.1, Л. 19 об.,27, 42.
2. Самсонов А.М. Сталинградская битва. 4-ое изд, испр, доп.- М.; Наука, 1989, 632 с.
- 3.Чуянов А.Сталинградский дневник Волгоград. 1979, С. 90
Чуянов А. На стремнине века.С.103.
Ерофеев В. Рабочая Безымянка // Волжская коммуна. 2011. 12 февраля. № 47 (27482).

6 ЦГАОР. Ф.8009, Оп,1, Д.383, Л.21,22. Приказ Наркомздрава СССР от 26 августа 1941 г. "Об улучшении медико-санитарного обслуживания эвакуированных детей в Рязанской, Тульской и Ярославской области".

Правда № 350, 18 декабря 1941 г. Из передовой статьи газеты «Правда – «Забота об эвакуированном населении».

ЦГАСО Ф.Р. 4123, Оп. 8, Ед.хр. 27а, Л. 130.

ЦГАОР. Ф.8009, Оп,1, Д.424, Л.472. Приказ Наркомздрава СССР от 23 января 1942 г. о Всесоюзном санаторном пионерлагере "Артек".

Водолегин М.А. Сталинград в ВОВ. М., 1958 С 141

11."Сталинградская битва. Коренной перелом. Эвакуация: мифы и цифры"mrzh.ru/pol/stalingrad/stal_03.html

Е.И. Смирнов. Проблемы военной медицины. М., 1944,ч.1, с. 118-121.

Гусев А.В. __Сталинградская битва. Эвакуация населения. <https://gusev-a-v.livejournal.com/247140.html>

Красноженова Е.Е. Особенности социально-экономического развития городов Нижнего Поволжья в период ВОВ (1941- 1945 гг.). Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. Гуманитарные и общественные науки. 2016, 2(244), с.52-56

Мананникова Н.В.. Охрана здоровья матери и ребенка в СССР / Государственное издательство медицинской литературы. - Москва. - 1955. – С. 1-20.

16 Федотов В.В. Эвакуированные детские учреждения в Поволжье в годы Великой Отечественной войны / Человек и общество в условиях войн и революций: сборник материалов Всероссийской научной конференции.-Вып.1.-2014.- С. 68,69, 70,71,72.

Данилишина Е. И. Медицинское обслуживание детского населения в годы войны. /Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1995. – Москва. - №3. – С. 29-32.

Кринко Е.Ф. Детство военных лет (1941-1945 гг.): проблемы и перспективы изучения. /Вестник Адыгейского государственного университета. 2006. – Вып. 4. – С. 25 – 31.

19 Зинич М.С. Всенародная помощь детям в период Великой Отечественной войны // Советская педагогика. М.- 1985. - №5. - С. 17-23.

Микиртичан Г.Л. Основные этапы и направления развития отечественной педиатрической науки и практики / Диссертация. – Ленинград. 1991. –с. 420

21 Газета Волжская Коммуна» 1942, №124. С.2

22.НАИ АН СССР Р. III Ф.5. Д.11.Л.18.

Партархив Волгоградской обкома КПСС. Ф.171, Оп.1, Д.1,Т.2, Л.27.

- 24.Партархив Волгоградской обкома КПСС.Ф.171, Оп.1, Д.49, Л.2.
- 25.Ведомость Верховного Совета СССР 1942. Героический Сталинград С.267
- ЦГАСО Ф.Р. 4054, Оп. 2, Ед.хр. 43, ЛЛ. 4,8,9.
- ГААО Ф.1095, Оп.1, Д.756
- ЦГА РСФСР Ф.482, Оп.47, Д.2089, ЛЛ.7 об., 8 об.
- Красноженова Е.Е. Здравоохранение Нижнего Поволжья в период ВОВ (1941-1945). Известия Алтайского госуниверситета. 2012,140-143.
- 30 . ЦГАСО Ф.Р. - 4123. - опись 1. - ед.хр. 1. - л. 5 (об.), 6,8.
- Киценко Р.Н., Киценко О.С. Борис Соломонович Бревдо — врач и учёный. Матер. Межд.научн.конф. "Медицинская профессура СССР". М.; 2009., С 163-164.
- Комиссарова Е.В. Профессор В.И. Витушинский — виртуозный патологоанатом и скрипач. Матер. Межд.научн.конф. "Медицинская профессура СССР". М.; 2015., С 156-158.
- Сабанов В.И., Грибина Л.Н. Профессор Н.П. Григоренко — ректор Волгоградского государственного медицинского института. Матер. Межд.научн.конф. "Медицинская профессура СССР". М.; 2012., С 251-252.
- Комиссарова Е.В. Сталинградский анатом профессор А.Н.Алаев Матер..Межд.научн.конф. "Медицинская профессура СССР". М.; 2013., С. 163-165
- 35.Савельев В.И. Клиническая больница в годы Великой Отечественной войны. — М.: Куйбышев, 1947. — С. 29
- ЦГАСО.Ф.4054.Оп.5.Д.202.Л. 343, 347-348
-

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.01.008

Черкасов С.Н., Григорьев Г.Ю., Федяева А.В.

ХАРАКТЕРИСТИКИ ПИТАНИЯ ЛИЦ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ В ВОЗРАСТЕ 40 ЛЕТ И СТАРШЕ

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко», Москва, Россия

Cherkasov S.N., Grigoriev G.Y., Fedyeva A.V.

CHARACTERISTICS OF DIET OF PERSONS ENGAGED IN THE SPORT AT THE AGE OF 40 YEARS AND OLDER

National research institute for Public Health, Moscow, Russia

Контактная информация:

Григорьев Герман Юрьевич, e-mail: casper4242@mail.ru

Резюме. Исследованы характеристики питания лиц, занимающихся спортом в возрасте 40 лет и старше. Данные об характеристиках питания были получены путем анкетирования спортсменов в возрасте 40 лет и старше, выступающих на соревнованиях по легкой атлетике на дистанциях 10 и более километров. Всего роздано анкет 1800, собрано заполненных анкет 1649. В качестве характеристик питания были изучены следующие: наличие или отсутствие приверженности к какой либо диете, частота приемов пищи, регулярность принятия пищи, характер пищи, особенности пищевого рациона в каждом из приемов пищи, значимость качества употребляемой пищи, а также наличие факта употребления мучного, сладкого и газированных сладких напитков.

Проведенное исследование показало, что строгий режим питания соблюдали меньшинство опрошенных, большая часть не придерживалась никаких принципов организации своего питания. Наиболее приемлемой формой поведения считается частый прием пищи (три и более раз), однако сильное влияние оказывает складывающаяся ситуация, что вынуждает строить более гибкий график питания, так как не всегда удавалось принимать пищу в одно и то же время, а наибольший объем пищи независимо от гендерной принадлежности приходился на середину дня и вторую его половину. Очень часто, особенно женщины допускают приемы небольшого

количества пищи между ее основными приемами. Респонденты стараются следить за своим пищевым рационом и стараются исключить из употребления жареной/копченой/жирной/острой пищи и гораздо реже игнорируют качество употребляемой пищи, сознательно ограничивая себя в употреблении сладких и мучных продуктов и практически исключая употребление сладких газированных напитков.

Ключевые слова: физическая активность, старшее поколение, образ жизни, социально-гигиенические характеристики.

Abstract. The characteristics of nutrition of persons involved in sports at the age of 40 years and older are investigated. Data on the characteristics of nutrition were obtained by questioning athletes aged 40 years and older, performing at competitions in athletics at distances of 10 kilometers or more. Only 1800 distributed questionnaires, collected the completed questionnaires 1649. As the characteristics of nutrition, the following were studied: the presence or absence of adherence to any diet, the frequency of meals, the regularity of eating, the nature of the food, the characteristics of the diet in each of the meals, the importance of the quality of food consumed, as well as the presence of the fact of the use of flour, sweet and carbonated sweet drinks.

The study showed that a minority of respondents observed a strict diet, most did not adhere to any principles of organization of their food. The most acceptable form of behavior is considered to be frequent meals (three or more times), but the strong influence of the current situation, which forces to build a more flexible diet, as it was not always possible to eat at the same time, and the largest amount of food regardless of gender accounted for the middle of the day and its second half. Very often, especially women allow small amounts of food between her main meals. Respondents try to monitor their diet and try to exclude from the use of fried/smoked/fatty/spicy food and much less often ignore the quality of food consumed, consciously limiting themselves to the use of sweet and flour products and virtually excluding the use of sweet carbonated drinks.

Key words: physical activity, older generation, lifestyle, social and hygienic characteristics.

Проблема здорового питания в Российской Федерации имеет государственный статус [1,2]. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 октября 2010 г. N 1873-р утверждены «Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года». Под государственной политикой Российской Федерации в области здорового питания населения (далее - государственная политика в

области здорового питания) «понимается комплекс мероприятий, направленных на создание условий, обеспечивающих удовлетворение в соответствии с требованиями медицинской науки потребностей различных групп населения в здоровом питании с учетом их традиций, привычек и экономического положения» (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 25 октября 2010 г. N 1873-р).

В указанном документе отмечается, что питание большинства взрослого населения не соответствует принципам здорового питания. В качестве одной из основных задач государственной политики в области здорового питания рассматривается совершенствование организации питания в организованных коллективах, разработка образовательных программ для различных групп населения по вопросам здорового питания, мониторинг состояния питания населения.

Характеристики питания можно рассматривать как комплексный фактор риска. Задача по увеличению продолжительности жизни, продлению периода активного долголетия не может быть решена без анализа такого этого крайне значимого фактора риска. В качестве особой группы населения можно рассматривать лиц, активно занимающихся спортом в возрасте 40 лет и старше [3,4].

Данные об характеристиках питания были получены путем анкетирования спортсменов в возрасте 40 лет и старше, выступающих на соревнованиях по легкой атлетике на дистанциях 10 и более километров. Всего роздано анкет 1800, собрано заполненных анкет 1649. В качестве характеристик питания были изучены следующие: наличие или отсутствие приверженности к какой либо диете, частота приемов пищи, регулярность принятия пищи, характер пищи, особенности пищевого рациона в каждом из приемов пищи, значимость качества употребляемой пищи, а также наличие факта употребления мучного, сладкого и газированных сладких напитков.

Малая часть опрошенных мужчин придерживалась какой-либо полноценной диеты или режима питания (17,6% от общего количества опрошенных мужчин). Более половины опрошенных (52,8%) не придавали режиму питания никакого значения, а каждый третий (29,5%) не смогли определиться. В пояснениях к своему ответу они указывали, что уделяют внимание только каким-либо отдельным элементам питания. Чаще всего упоминались такие ответы, как «соблюдаю православные посты», отказ от мясных продуктов, невозможность употребления отдельных продуктов в связи с состоянием здоровья. Соблюдение режима питания наиболее часто связывали или с желанием контролировать массы тела или с подготовкой к соревнованиям.

Логично предположить, что женщины будут обращать большее, чем мужчины, внимание на режим питания и диету, однако по данным опроса четко указали на факт приверженности диеты или режима питания только 18,3% опрошенных женщин, что не подтверждает гендерную гипотезу различий. Отказ от какой либо диеты или режима питания обозначили 35,5% опрошенных женщин, что несколько меньше чем у мужчин, соответственно больший удельный вес опрошенных женщин (46,1% против 29,5%) не смогли четко указать на факт или отсутствие факта соблюдения диеты или четкого режима питания (рис.1).

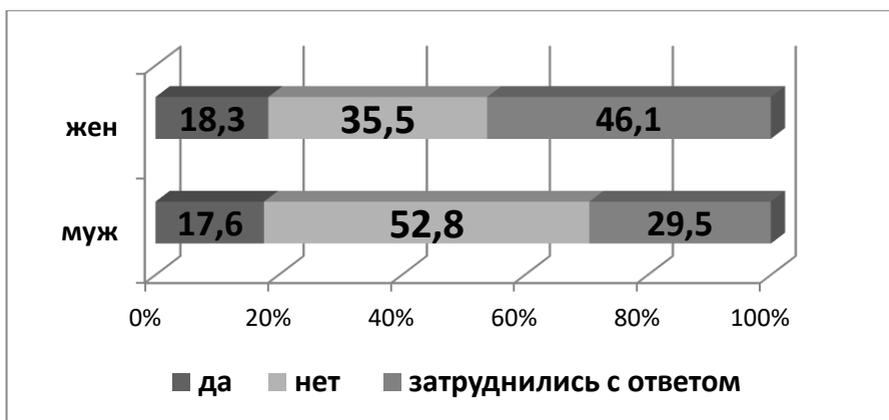


Рис.1. Удельный вес мужчин и женщин, занимающихся спортом (легкая атлетика, длительный бег, участие в соревнованиях на дистанции 10 км и более) в возрасте 40 лет и старше, придерживающихся или нет диеты или режима питания.

Таким образом, четкой и однозначной зависимости между фактом занятия спортом и стремлением соблюдать диету или режим питания не выявлено. Только меньшинство, независимо от пола придерживались режима питания, по крайней мере, того, который они считали достаточно «жестким» и стабильным. Определенные элементы режима питания или диетический выбор были более распространены и особенно среди женщин. Большая часть мужчин и треть женщин не придерживались никаких принципов организации составляющих своего питания.

Одним из главных принципов организации «правильного» питания считается его регулярность. Мужчины спортсмены считали, что наиболее приемлемо для них регулярное и частое употребление пищи: три или более раз в день (79,5% от общего количества опрошенных

мужчин), более редкие, но регулярные приемы пищи отмечались не часто. Только 7% от опрошенных мужчин употребляли пищу два раза в день, Крайне редко частота употребления пищи составляла один раз в день (0,24% от общего количества опрошенных мужчин). Остальные опрошенные мужчины спортсмены (13,1%) питались нерегулярно.

Также как и мужчины, женщины считали, что наиболее приемлемо для них регулярное и частое употребление пищи: три или более раз в день (80% от общего количества опрошенных женщин). Крайне редко указывалось что количество приемов пищи равно двум (3,3%) и ни одна из опрошенных женщин не употребляла пищу только один раз в день. Примерно тот же, что и у мужчин удельный вес женщин (16,7%) питались не регулярно.

Следовательно, частый прием пищи считается наиболее приемлемой формой поведения среди лиц, занимающихся спортом в возрасте 40 лет и старше независимо от гендерной принадлежности. Более редкие приемы пищи считаются недопустимыми, но каждый шестой опрошенный организовывал свой режим питания в зависимости от складывающейся ситуации.

Важным является не только регулярность приемов пищи, но и время суток, в который принимается наибольший объем пищи. Считается, что наиболее правильным является прием наибольшего количества пищи в первую половину дня. Однако, опрошенные мужчины спортсмены не являлись строгими приверженцами этой идеи. Только 18,9% опрошенных принимали наибольший объем пищи в первой половине дня. Каждый четвертый (41,9% от общего количества опрошенных мужчин) принимал наибольший объем пищи в середине дня, а остальные 39,2% во второй половине дня.

Как и среди мужчин, только 20,6% женщин принимали наибольший объем пищи в первой половине дня. Большинство женщин принимали наибольший объем пищи в середине дня, что несколько больше, чем среди мужчин (51,5% у женщин против 41,9% у мужчин). Соответственно, во второй половине дня женщины реже предпочитали принимать наибольший объем пищи (28,0% у женщин против 39,2% у мужчин). Несмотря на указанные различия наиболее калорийными и обильными для женщин при трехразовом питании был второй и третий прием пищи: обед или ужин, что указывает на отличие гендерных различий по этому признаку.

Режим питания предполагает и принятие пищи в одно и то же время. Однако, современный ритм жизни не всегда позволяли соблюдать данный принцип, хотя большинство опрошенных мужчин старались это делать. Так, каждому третьему (28,9%) это делать удавалось, 53,2% опрошенных старались, но не всегда получалось. Только 17,6%

опрошенных мужчин не придавали этому элементу режима питания какую-либо значимость. Также, как и мужчины, женщины старались принимать пищу в одно и то же время, однако только 24,3% это удавалось, тогда как 56,7% опрошенных женщин старались это делать, но не всегда у них получалось. Каждый шестой респондент (18,3%) не придавали четкому соблюдению режима питания никакого значения.

Таким образом, наибольший объем пищу независимо от гендерной принадлежности приходился на середину дня и вторую его половину. Большинство старались принимать пищу в одно и то же время, однако не всегда это удавалось. Наиболее калорийными и обильными для мужчин при трехразовом питании был второй и третий прием пищи: обед или ужин.

Употребление пищи между ее основными приемами не сильно распространено среди исследуемой группы лиц, занимающихся спортом. Только каждый пятый отметил (22,2%), что использует перекусы. У женщин такая форма пищевого поведения распространена больше. Каждая третья опрошенная (36,2%) всегда использует перекусы. Категорически не приемлют такой формы пищевого поведения 9,2% опрошенных мужчин и 3,7% женщин. Иногда допускают прием пищи между завтраком, обедом и ужином 28,7% опрошенных мужчин и примерно такой же удельный вес женщин (29,1%). Наибольший удельный вес (38,4% от общего количества опрошенных мужчин) могут позволить себе попить чай, кофе, соки или напитки. Для женщин употреблять напитки между основными приемами пищу менее характерно, но достаточно распространено (27,2%). Хотя они не исключают, что употреблением указанных напитков не сопровождается приемом незначительного количества пищевых продуктов. Следовательно, у мужчин только каждый десятый тщательно соблюдает этот элемент режима питания, а подавляющее большинство допускают приемы небольшого количества пищи между ее основными приемами. У женщин практически все опрошенные используют промежуточные приемы пищи между основными.

Вегетарианцев среди опрошенных мужчин было мало, также, как и среди женщин. Только 8,3% мужчин и 12% женщин не употребляли мяса и мясных изделий.

Качество принимаемой пищи несомненно важный элемент в организации питания всех, однако лица, имеющие высокие физические нагрузки, возможно, должны обращать более пристальное внимание на качество употребляемых продуктов и готовой пищи (рис.2). Однако, по данным опроса, тщательно следят за качеством употребляемой пищи и ее составом только 33,2% опрошенных мужчин. Среди женщин таковых было несколько больше 48,3% ($p < 0,05$). Такой ответ

подразумевал стремление питаться исключительно здоровой пищей с множеством свежих овощей и фруктов, приверженность диеты, а также возможный прием витаминных препаратов.

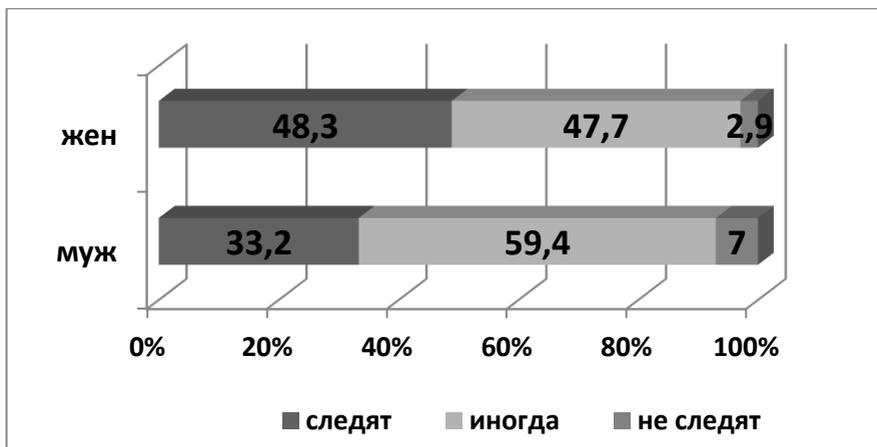


Рис.2. Удельный вес мужчин и женщин, занимающихся спортом (легкая атлетика, длительный бег, участие в соревнованиях на дистанции 10 км и более) в возрасте 40 лет и старше, следящих за качеством употребляемой пищи и ее составом.

Каждый шестой опрошенный мужчина (59,4%) это делает не всегда, что подразумевало стремление питаться правильно, но также не исключало частое употребление жареной/копченой/жирной/острой пищи, и даже, периодически – «фастфуда». Женщины менее привержены такой форме пищевого поведения (47,7%). Соответственно, 7% опрошенных мужчин и 2,9% женщин (различия достоверны, $p < 0,05$) вообще не следят за качеством употребляемой пищи. Ответ формулировался следующим образом: «Мне все равно, что я ем».

Следовательно, женщины более тщательно следят за своим пищевым рационом, стараются исключить из употребления жареной/копченой/жирной/острой пищи и гораздо реже игнорируют качество употребляемой пищи.

Отказ от мучного и сладкого рассматривается как один из элементов правильного и «здорового» питания. Увлечение такими видами продуктов может иметь последствия в виде избыточного веса, вследствие повышенной калорийности, однако данные настоящего исследования ставят данный факт под сомнение. Возможно, не сам

факт употребления данных продуктов имеет значение в формировании патологических процессов, а баланс потребляемых и используемых калорий. Так, по данным настоящего исследования показано, что четверть опрошенных (25,6%) указали на невозможность в отношении себя отказа от употребления мучных и сладких продуктов. Еще больше (53,6%) указали на периодический характер употребления данных продуктов. Каждый двадцатый (5,5%) разрешал употребление мучного и сладкого только по праздникам, что можно рассматривать как некий элемент ограничения и каждый шестой (14,8%) старался не употреблять сладкого и мучного.

Несмотря на распространенное мнение о том, что женщины более привержены к употреблению мучного и сладкого в исследуемой группе данный тезис не нашел подтверждения. Одинаково часто с мужчинами, женщины не могли отказаться в употреблении мучных и сладких продуктов (27,2% у женщин против 25,6% у мужчин, различия не достоверны). Периодический характер употребления данных продуктов у женщин был распространён даже ниже, чем у мужчин (42,8% у женщин против 53,6% у мужчин). Однако больший удельный вес женщин разрешали себе употреблять данные продукты по праздникам (14,1% у женщин против 5,5% у мужчин, различия достоверны). Каждая шестая опрошенная (15,9%) старалась не употреблять сладкого и мучного.

Следовательно, сознательно ограничивали себя в употреблении сладких и мучных продуктов только 20,3% опрошенных мужчин и 30% женщин, однако проблем с избыточной массой тела у них не было.

Одним из элементов «здорового» питания является факт, или его отсутствие, употребления сладких газированных напитков. Часто с этим фактом связывают нарастающие в современном обществе проблемы с избыточной массой тела и увеличением частоты эндокринозависимой патологии.

Опрошенные мужчины в своем большинстве не употребляют часто сладкие газированные напитки. Только 2% отметили, что ежедневно включают их в собственный рацион. Каждый пятый мужчина (19,6%) допускал их употребление периодически, а остальные старались исключить их употребление. Следовательно, сознательно ограничивали себя в употреблении сладких газированных напитков 78,1% мужчин, занимающихся спортом. Аналогичные данные были получены и в отношении женщин (различия не достоверны).

Таким образом, проведенное исследование показало, что четкой и однозначной зависимости между полом и пищевым поведением среди исследуемой группы спортсменов выявлено не было. Строгий режим питания соблюдали меньшинство опрошенных, большая часть не

придерживались никаких принципов организации своего питания. Наиболее приемлемой формой поведения считается частый прием пищи (три и более раз), однако сильное влияние оказывает складывающаяся ситуация, что вынуждает строить более гибкий график питания, так как не всегда удавалось принимать пищу в одно и то же время, а наибольший объем пищи независимо от гендерной принадлежности приходился на середину дня и вторую его половину. Очень часто, особенно женщины допускают приемы небольшого количества пищи между ее основными приемами. Респонденты стараются следить за своим пищевым рационом и стараются исключить из употребления жареной/копченой/жирной/острой пищи и гораздо реже игнорируют качество употребляемой пищи, сознательно ограничивая себя в употреблении сладких и мучных продуктов и практически исключая употребление сладких газированных напитков.

Литература

1. Хабриев Р.У., Линденбратен А.Л., Комаров Ю.М. Стратегии охраны здоровья населения как основа социальной политики государства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 3. С. 3-5.

2. Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. N 294 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"
<http://base.garant.ru/70643470/#help#ixzz3qZB9IsF9>

3. Григорьев Г.Ю., Черкасов С.Н. Бег на длинные дистанции как перспективная здоровье сберегающая технология / Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № 4-5. С. 89-96.

4. Черкасов С.Н., Абрамова О.В., Сопова И.Л. Физическая активность как фактор, определяющий уровень адаптационных возможностей организма // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № 2. С. 224-227

Черкасов С.Н.¹, Куртадзе И.Д.², Камаев Ю.О.¹

СЕМЕЙНОЕ ОКРУЖЕНИЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ДЕТЕРМИНАНТА ЗДОРОВЬЯ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

¹ ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко» (Россия, Москва)

² ГБУ «Госпиталь для ветеранов воинов N1 Департамента здравоохранения города Москвы» (Россия, Москва)

Cherkasov S.N.¹, Kirtadze I.D.², Kamaev Yu.,O.¹

FAMILY ENVIRONMENT AS A SOCIAL DETERMINANT OF HEALTH IN OLDER AGE GROUPS

¹National Research Institute for Public Health (Russia, Moscow)

²State budget institution Hospital N1 for wars veterans of Moscow city health department (Russia, Moscow)

Резюме. Изучение состояния здоровья населения старших возрастных групп показало значительное влияние семейного окружения на состояние здоровья и самооценку здоровья человека в возрасте 60 лет и старше. При совместном проживании с другими членами семьи показатели самооценки выше, чем при отдельном проживании. Во всех возрастно-половых группах наблюдались достоверные различия в показателях самооценки между подгруппами с благоприятным и неблагоприятным климатом в семье. Наличие домашних питомцев также повышали показатели самооценки здоровья.

Ключевые слова: детерминанты здоровья, старшее поколение, факторы риска, здоровье населения.

Abstract. The study of the health status of the population of older age groups showed a significant impact of the family environment on the health and self-assessment of human health at the age of 60 years and older. When living together with other family members, self-esteem is higher than when living alone. In all age and gender groups there was a significant difference in the indicators of self-esteem between the subgroups with favourable and adverse climate in the family. The presence of Pets also increased the indicators of self-rated health.

Key words: determinants of health, older generation, risk factors, public health.

Рост продолжительности жизни, активная роль старшего поколения диктует необходимость разработки концепции сохранения потенциала здоровья и укрепления здоровья в старших возрастных группах [1,2]. Основой такой политики может стать концепция детерминант здоровья, которая описывает среду как необходимое условие реализации индивидуальных факторов риска в конкретных социально-экономических условиях, учитывая, что влияние социально-экономических условий на здоровье носит доминирующий, определяющий действие остальных факторов характер. При данном подходе выбор политики здравоохранения должен быть основан на учете и анализе детерминант и создании благоприятных условий для реализации мероприятий по снижению распространенности патологических состояний и повышению эффективности воздействия на факторы риска.

Ранее было описано влияние образования как одной из базовых социальных детерминант здоровья населения [3,4,5], в том числе и старшего поколения. Было показано, что более высокий уровень образования у мужчин и у женщин не только определяет более высокие показатели самооценки здоровья, но и определяет стабильность показателей самооценки на протяжении длительного периода жизни как мужчины, так и женщины.

В настоящем исследовании была предпринята попытка изучить влияние семейного окружения на состояние здоровья и самооценку здоровья человека в возрасте 60 лет и старше. Семья имеет огромное значение в иерархии жизненных приоритетов, поэтому логично предположить, что ее роль в сохранении и укреплении здоровья старшего поколения также будет значительна. В более ранних работах показано, что 43,2 на 100 опрошенных в качестве ведущего приоритета был обозначен приоритет семьи. Еще 17,1 на 100 опрошенных обозначили приоритет «семья» в качестве второго по значимости. Следовательно, шесть из десяти опрошенных рассматривают семью в качестве ведущего приоритета. Роль семьи, в широком понимании, еще больше возрастает, если рассматривать приоритет «дети и внуки» как косвенное признание семьи в качестве ведущей жизненной ценности. Четверть опрошенных (24,3 на 100 опрошенных) рассматривали благополучие следующих поколений как наиболее значимый приоритет, еще 22,8 на 100 опрошенных расположили его на втором месте в иерархии, а 12,7 на 100 опрошенных – на третьем месте. Следовательно, почти 60 на 100 опрошенных, рассматривали детей и

внуков в качестве ведущей ценности в иерархии их жизненных приоритетов.

Данные о самооценке здоровья были получены посредством анкетирования 967 человек в возрасте 60 лет и старше, проживающих в мегаполисе (г.Москва). Данные о состоянии здоровья получены путем выкопировки из медицинской документации. При выполнении анализа общая группа была разделена по возрастно-половому признаку: мужчины и женщины рассматривались отдельно, кроме того были выделены пятилетние возрастные подгруппы: 60-65 лет, 66-70 лет, старше 70 лет. Следовательно, оценка зависимости проводилась в 6 возрастно-половых подгруппах. Самооценка здоровья проводилась по пятибалльной шкале, где 5 баллов – наивысший уровень здоровья, 1 балл – наименьший показатель здоровья, согласно данным самооценки. Достоверность отрицания «нулевой» гипотезы принималась на уровне 95%.

В качестве характеристик семейного окружения использовали следующие: факт совместного проживания с кем-либо из родственников, субъективная оценка психологического климата в семье, наличие зарегистрированного брака, наличие детей, наличие домашних животных.

Среди мужчин в возрастной группе 60-65 лет при совместном проживании с другими членами семьи среднее значение самооценки здоровья составило $4,05 \pm 0,07$ балла, тогда как в группе одиноко проживающих мужчин – $3,88 \pm 0,11$ балла. Однако, достоверных различий между группами не было ($p > 0,05$). Среди женщин в возрастной группе 60-65 лет при совместном проживании с другими членами семьи среднее значение самооценки здоровья составило $4,02 \pm 0,09$ балла, в группе одиноко проживающих женщин – $3,58 \pm 0,09$ балла. В данном случае различия были достоверны ($p < 0,05$).

В остальных возрастных группах, как у мужчин, так и у женщин были выявлены достоверные различия в показателях самооценки здоровья при отдельном и совместном проживании с другими членами семьи. Следует отметить, что наибольшая разница в показателях наблюдалась у женщин и возрастала при увеличении возраста. Достоверных различий в оценках мужчин и женщин при совместном проживании с другими членами семьи не было. Напротив, при отдельном проживании более низкие показатели самооценки здоровья наблюдались у женщин (в данном случае различия между показателями характерными для мужчин и женщин различались достоверно, $p < 0,05$).

Следовательно, совместное проживание с другими членами семьи можно рассматривать как положительную детерминанту здоровья, особенно актуальную для женщин.

Достоверность различий в частоте были выявлены для возрастной группы 66-70 лет независимо от пола, тогда как в возрастных подгруппах 60-65 лет и 70 лет и старше достоверных различий выявлено не было. Однако следует отметить, что частота обращений у мужчин сильно возрастала с возрастом при совместном проживании. Это указывает на низкие показатели обращаемости мужчин в возрасте до 70 лет при совместном проживании. При отдельном проживании такого нарастания частоты с возрастом не наблюдалось. В возрастной группе 70 лет и старше частота обращений за медицинской помощью выравнивалась.

Для женщин резкий скачок частоты обращаемости наблюдался, начиная с возрастной группы 66-70 лет для отдельно проживающих женщин и начиная с возраста 70 лет для женщин, совместно проживающих с другими членами семьи.

Таким образом, полученные данные о влиянии совместного проживания с другими членами семьи на показатели самооценки здоровья подтверждаются и данными о частоте обращения за медицинской помощью в исследованных подгруппах.

Психологический комфорт человека особенно в старших возрастных группах может быть тесно связан с самооценкой здоровья. Для проверки этой гипотезы для каждой возрастно-половой подгруппы были сформированы группы сравнения, в одной из которых респонденты указали на наличие хорошего психологического климата в семье, тогда как в другой сравниваемой подгруппе оценки психологического климата в семье были скорее негативными. В каждой из сравниваемых подгрупп вычислялся средний показатель самооценки здоровья.

Возможно предположить, что негативный или скорее негативный климат в семье сам непосредственно определяет более низкие показатели самооценки, однако выполненный корреляционный анализ показал, что между оценками психологического климата и показателями самооценки здоровья корреляционная зависимость отсутствует, так как значение коэффициента корреляции равно 0,22, что ниже порога значимости связи. Достоверность отличия значения коэффициента от нуля была также ниже 95%. Следовательно, данные признаки можно рассматривать как независимые, а оценку психологического климата в семье как потенциальную социальную детерминанту здоровья.

Исходя из полученных данных, во всех возрастно-половых группах наблюдаются достоверные различия в показателях самооценки между

подгруппами с благоприятным и неблагоприятным климатом в семье. Особенно большие различия были в возрастных подгруппах 60-65 лет. С увеличением возраста разница уменьшалась, однако различия все равно оставались достоверными. Следует также отметить, что показатели самооценки здоровья в более молодых возрастных группах были меньше или на уровне оценок в старших возрастных группах при неблагоприятном психологическом климате в семье. Такая закономерность наблюдалась и у мужчин и у женщин.

Следовательно, благоприятный психологический климат в семье способствует более высоким показателям самооценки здоровья независимо от пола и позволяет сохранить высокие оценки с увеличением возраста, что позволяет рассматривать данный признак как важную социальную детерминанту здоровья.

Еще одним фактором, характеризующим семейное окружение, может считаться наличие домашних животных. Влияние данного фактора практически не изучено, а влияние на показатели здоровья не определено. С целью изучения этого вопроса в анкету был включен вопрос о наличии домашних животных, проживающих совместно с пожилым человеком. Домашние животные проживали в каждой третьей семье (35,4%). Наиболее распространёнными видами были кошки и собаки, реже птицы (попугаи). Несколько более чаще домашние питомцы проживали у женщин, чем у мужчин, однако достоверной разницы выявлено не было.

Более высокие показатели самооценки здоровья наблюдались у людей, в доме которых проживали домашние животные. Такая закономерность прослеживалась во всех возрастных группах, независимо от пола. Разность между показателями самооценки здоровья становилась больше с увеличением возраста. Следует также отметить более быстрые темпы уменьшения показателя самооценки в отсутствии домашних животных, более сильно выражены у женщин.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о значительном влиянии семейного окружения на состояние здоровья и самооценку здоровья человека в возрасте 60 лет и старше. Показано, что при совместном проживании с другими членами семьи показатели самооценки выше, чем при отдельном проживании. Полученные закономерности подтверждаются и данными о частоте обращения за медицинской помощью, которая была достоверно меньше при совместном проживании с другими членами семьи. Значение семейного окружения подтверждаются и данными анализа влияния психологического комфорта. Во всех возрастно-половых группах наблюдались достоверные различия в показателях самооценки между подгруппами с благоприятным и неблагоприятным климатом в семье.

Наличие домашних питомцев также повышали показатели самооценки здоровья. Все рассмотренные признаки можно считать социальными детерминантами здоровья, которые напрямую не влияют на состояние человека, однако создают благоприятный фон, при котором воздействие потенциальных факторов риска снижается и, соответственно, уровень здоровья сохраняется, что проявляется в более высоких показателях самооценки здоровья во всех возрастно-половых группах.

Литература

1. Бойко Ю.П., Добридень О.В., Бойко А.Ю. Образ жизни и здоровье пожилых людей // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005. № 6. С. 18-19.
 2. Арстангалиева З.Ж. Детерминанты здорового образа жизни людей пожилого возраста // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2013. Т. 3. № 11. С. 1309.
 3. Черкасов С.Н., Курносиков М.С. Влияние медико-социальных факторов и особенностей поведения пациенток на уровень потребности в стационарной помощи при внематочной беременности // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2015. № 3. С. 66-70.
 4. Черкасов С.Н., Камаев Ю.О., Черкасова С.В. Анализ заболеваемости детей первого года жизни в Российской Федерации // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2017. Т. 19. № 10. С. 198-200.
 5. Черкасова С.В., Камаев Ю.О., Черкасов С.Н. Факторы риска, определяющие состояние здоровья недоношенных новорожденных в течение первых трех лет жизни // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2017. Т. 19. № 10. С. 201-204.
-

Черкасов С.Н.¹, Киртадзе И.Д.², Камеев Ю.О.¹, Олейникова В.С.¹

**ВЛИЯНИЕ ЖИЗНЕННОГО ПРИОРИТЕТА «РАБОТА» НА
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ В СТАРШИХ
ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ**

¹ ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко» (Россия, Москва)

² ГБУ «Госпиталь для ветеранов воинов N1 Департамента здравоохранения города Москвы» (Россия, Москва)

Cherkasov S.N.¹, Kirtadze I.D.², Kamaev Yu., O.¹, Oleynikova V.S.¹

**IMPACT OF LIFE PRIORITY "WORK" ON THE QUALITY OF LIFE
ASSOCIATED WITH HEALTH IN OLDER AGE GROUPS**

¹National Research Institute for Public Health (Russia, Moscow)

²State budget institution Hospital N1 for wars veterans of Moscow city health department (Russia, Moscow)

Контактная информация:

Черкасов Сергей Николаевич - д.м.н., заведующий отделом исследований общественного здоровья ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», e-mail: cherkasovsn@mail.ru.

Резюме. С целью исследования влияния жизненного приоритета «работа» на качество жизни, связанного со здоровьем было проведено анонимное анкетирование 967 человек в возрасте 60 лет и старше. Средний возраст составил $71,08 \pm 1,3$ года, мужчин в выборке было 36%, женщин 64% соответственно, что соответствует параметрам, наблюдаемым в генеральной совокупности. В основную группу включили мужчин с высоким жизненным приоритетом «работа» в контрольную – мужчин с низким жизненным приоритетом «работа». Для исследования качества жизни, связанного со здоровьем, был использован опросник SF-36 в соответствии с инструкцией подготовленной компанией Эвиденс-Клинико-фармакологические исследования.

В результате исследования показано, что у мужчин и у женщин состояние физических составляющих качества жизни практически не зависело от иерархии жизненного приоритета «работа», тогда как при анализе показателей психологической компоненты были выявлены гендерные различия. Так, если у мужчин составляющие психологической компоненты были выше у мужчин с низким иерархическим местом жизненного приоритета «работа», то у женщин таких закономерностей не наблюдалось.

Следовательно, иерархия жизненных приоритетов не имеет однозначного и определяющего влияния на показатели качества жизни, но могут и должны рассматриваться как одна из важных детерминант поведения человека, определяющая, в том числе, и наличие или отсутствие его здоровье сберегающих форм.

Ключевые слова: детерминанты здоровья, старшее поколение, факторы риска, здоровье населения.

Abstract. In order to study the impact of life priority "work" on the quality of life associated with health, an anonymous survey was conducted 967 people aged 60 years and older. The mean age was 71.08 ± 1.3 years, men in the sample were 36%, women 64%, respectively, which corresponds to the parameters observed in the population. The main group included men with high life priority "work" in the control group – men with low life priority "work". To study the quality of life associated with health, the SF-36 questionnaire was used in accordance with the instructions prepared by the company Evidens-Clinical and pharmacological studies.

As a result of the study it is shown that in men and women the state of physical components of the quality of life practically did not depend on the hierarchy of life priority "work", while the analysis of indicators of the psychological component revealed gender differences. Thus, if the men components of the psychological components were higher in men with a low hierarchical place of life priority "work", the women such patterns were not observed.

Consequently, the hierarchy of life priorities has no unambiguous and determining influence on the quality of life indicators, but can and should be considered as one of the important determinants of human behavior, which determines, among other things, the presence or absence of its health saving forms.

Key words: determinants of health, older generation, risk factors, public health.

Актуальность

Проблема сохранения здоровья населения старших возрастных групп в последние десятилетия приобретает стратегическое значение [1-3]. Современная социально-демографическая ситуация характеризуется не только увеличением численности людей пожилого и старческого возраста, но и значительным количеством лиц, продолжающих трудовую деятельность после наступления пенсионного возраста. Впервые за всю свою историю столкнувшись с масштабным старением населения, как никакое другое показывающим все возрастающую приспособленность человека к окружающей его среде, человечество сегодня должно начать адаптироваться к тем явлениям, которые вызваны его собственной активностью. Планирование мероприятий по продвижению принципов здорового образа жизни среди старшего поколения невозможно без учета их жизненных приоритетов, так как степень восприимчивости человека к здоровью сберегающим формам поведения напрямую зависит от степени его принятия или отторжения данной жизненной ценности [4-7].

Цель исследования: анализ влияния жизненного приоритета «работа» на качество жизни, связанного со здоровьем.

Материалы и методы

С целью исследования структуры жизненных приоритетов населения в возрасте 60 лет и старше было проведено анонимное анкетирование 967 человек. Выборка была сформирована на основании случайного отбора. Генеральная совокупность представляла собой население, прикрепленное к городским поликлиникам г. Москвы. Средний возраст составил $71,08 \pm 1,3$ года, мужчин в выборке было 36%, женщин 64% соответственно, что соответствует параметрам, наблюдаемым в генеральной совокупности.

В распространенной авторской анкете было предложено определить приоритеты, в качестве которых представлены десять вариантов ответов: семья, работа, образование, карьера, здоровье, материальные блага, духовные ценности, вера (религия), совесть, любовь. Кроме того, было предложено указать свой вариант ответа. Цифрой «один» опрашиваемый должен был отметить самый значимый приоритет и далее по убыванию. В основную группу включили мужчин с высоким жизненным приоритетом «работа» в контрольную – мужчин с низким жизненным приоритетом «работа».

Для исследования качества жизни, связанного со здоровьем был использован опросник SF-36 в соответствии с инструкцией

подготовленной компанией Эвиденс-Клинико-фармакологические исследования. Перевод на русский язык и апробация методики была проведена «Институтом клинико-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург).

Результаты и их обсуждение

Показатели физического функционирования у мужчин не зависели от иерархического места жизненного приоритета «работа» ни в одной из возрастных групп. С увеличением возраста показатели снижались, степень снижения также не зависела от жизненных приоритетов опрошенных мужчин. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, не имела достоверных различий в основной и контрольной группах, тогда как показатели интенсивности боли были ниже в группе мужчин 60-70 лет, не считающих работу приоритетным в их жизни занятием. В старшей возрастной группе показатели интенсивности боли не имели различий ($p > 0,05$). Общее состояние здоровья также достоверно не различалось ($p > 0,05$). Отмечалось наличие прироста показателей общего состояния здоровья, большей степени в группе мужчин с высоким иерархическим местом жизненного приоритета «работа».

Комплексный показатель физической компоненты (Physical health – PH) качества жизни у мужчин с высоким и низким иерархическим уровнем приоритета «работа» не имел достоверных различий ($p > 0,05$). Следовательно, иерархическое место жизненного приоритета «работа» у мужчин не влияет на показатели физической компоненты качества жизни во всех возрастных группах.

Показатели психического здоровья у мужчин в возрасте 60-70 лет были достоверно выше в группе с низким иерархическим местом жизненного приоритета «работа» ($p < 0,05$), однако в старшей возрастной группе достоверных различий не наблюдалось ($p > 0,05$). Показатели ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, было несколько выше у мужчин контрольной группы в возрасте 60-70 лет и за счет меньшего падения показателя у мужчин, включенных в контрольную группу, сравнительно с показателями основной группы, в старшей возрастной группе наблюдались достоверные различия ($p < 0,05$). Более высокие показатели наблюдались у мужчин с низким иерархическим местом жизненного приоритета «работа».

Если показатели социального функционирования в возрастной группе 60-70 лет были одинаковы, то в старшей возрастной группе фиксировались достоверные различия ($p < 0,05$), возникшие за счет возрастания показателей у мужчин, включенных в контрольную группу, на фоне стабильных показателей у мужчин, включенных в основную

группу. Показатели жизненной активности возрастали при увеличении возраста, но более быстрыми темпами у мужчин, располагающих жизненный приоритет «работа» выше остальных. Комплексный показатель психологической компоненты (Mental health – MH) качества жизни у мужчин с высоким иерархическим уровнем приоритета «работа» был достоверно ниже ($p < 0,05$) во всех рассмотренных возрастных группах.

Таким образом, у мужчин состояние физических составляющих качества жизни практически не зависело от иерархии жизненных приоритетов, тогда как составляющие психологической компоненты были выше у мужчин с низким иерархическим местом жизненного приоритета «работа». Однако следует отметить более высокий рост жизненной активности у мужчин основной группы.

У женщин показатели физического функционирования в основной и контрольной группах достоверно не отличались ($p > 0,05$). С увеличением возраста наблюдалось резкое падение показателей физического функционирования, по темпу превышающее таковое у мужчин. Показатели ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, также не имели достоверных различий в основной и контрольной группах ($p > 0,05$). Следует отметить более высокий уровень данного показателя у женщин в возрасте 60-70 лет сравнительно с показателями, наблюдаемыми у мужчин.

Не имел достоверных различий и показатель «интенсивность боли» во всех возрастных группах ($p > 0,05$). Величина возрастания данного показателя у женщин соответствовала таковой у мужчин. Состояние общего здоровья не различалось в исследуемых группах ($p > 0,05$) и оставалось стабильным при увеличении возраста.

Комплексный показатель физической компоненты (Physical health – PH) качества жизни у женщин с высоким и низким иерархическим уровнем приоритета «работа», также как и у мужчин не имел достоверных различий ($p > 0,05$). Следовательно, иерархическое место жизненного приоритета «работа» и у мужчин и у женщин не влияет на показатели физической компоненты качества жизни во всех возрастных группах.

Также как и при анализе показателей физической компоненты качества жизни у женщин с различным иерархическим местом жизненного приоритета «работа» достоверных различий в показателях психологической компоненты практически не было. Так, показатели психологического здоровья были одинаковы в основной и контрольной группах ($p > 0,05$), как и показатели ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием ($p > 0,05$).

Показатели социального функционирования оставались стабильными при увеличении возраста в основной группе и несколько повышались у женщин контрольной группы, что обеспечило возникновение достоверной разницы в старшей возрастной группе ($p < 0,05$). Аналогичная ситуация наблюдалась и в отношении показателей жизненной активности.

Однако, несмотря на имеющиеся различия, комплексный показатель психологической компоненты (Mental health – МН) качества жизни у женщин с высоким и низким иерархическим уровнем приоритета «работа» не имел достоверных различий ($p > 0,05$) ни в одной из возрастных групп.

Заключение

Таким образом, у мужчин и у женщин состояние физических составляющих качества жизни практически не зависело от иерархии жизненного приоритета «работа», тогда как при анализе показателей психологической компоненты были выявлены гендерные различия. Так, если у мужчин составляющие психологической компоненты были выше у мужчин с низким иерархическим местом жизненного приоритета «работа», то у женщин таких закономерностей не наблюдалось.

Следовательно, иерархия жизненных приоритетов не имеет однозначного и определяющего влияния на показатели качества жизни, но могут и должны рассматриваться как одна из важных детерминант поведения человека, определяющая, в том числе, и наличие или отсутствие его здоровья сберегающих форм.

Литература

1. Швачкина Л.А. Качество жизни пожилых людей: теоретический аспект изучения / В сборнике: НАУКА, ОБРАЗОВАНИЕ И ИННОВАЦИИ сборник статей международной научно-практической конференции: в 3 частях. 2017. С. 207-211.
2. Бойко Ю.П., Добридень О.В., Бойко А.Ю. Образ жизни и здоровье пожилых людей // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005. № 6. С. 18-19.
3. Арстангалиева З.Ж. Детерминанты здорового образа жизни людей пожилого возраста // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2013. Т. 3. № 11. С. 1309.
4. Гаенко О.Н. Социально-экономические проблемы здоровья населения пожилого и старческого возраста / Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2004. № 1. С. 27-31.

5. Баринаова Ж.В., Брылякова Л.И. Здоровье лиц пожилого возраста / Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2017. № 4. С. 5-10.

6. Киртадзе И.Д., Черкасов С.Н., Федяева А.В. Гендерные особенности психологической компоненты качества жизни при мультиморбидности в пожилом возрасте // Бюллетень НИИ Общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Россия, г. Москва. - 2016. - выпуск 7. - с. 32-37.

7. Черкасов С.Н., Киртадзе И.Д. Влияние жизненных приоритетов на самооценку здоровья у населения старших возрастных групп // Общественное здоровье и здравоохранение. – Казань. - №1. – 2019. – с.40-43.

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.01.015

Чичерин Л.П.¹, Прокофьева Я.А.²

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРФАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

2. ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

Chicherin L.P.¹, Prokofyeva Y.A.²

MODERN PROBLEMS OF ORPHAN DISEASES

1. FSSBI «N.A. Semashko National Research Institute of Public Health»

2. Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU)

Контактная информация:

Чичерин Леонид Петрович, E-mail: leo2506@gmail.com

Резюме. В статье сделана первая попытка рассмотрения правовой документальной базы на федеральном уровне по проблемам редких/орфанных заболеваний с целью её обобщения и систематизации как существенной основы раннего выявления патологии, оптимизации межведомственного медико-социального обеспечения контингента.

Ключевые слова: орфанные заболевания, законодательство, подзаконные акты, межведомственный подход, медико-социальная помощь.

Abstract: in article the first attempt of consideration of legal documentary base at the federal level on problems of rare/orphan diseases for the purpose of its generalization and systematization as essential basis of early detection of pathology, optimization of interdepartmental medico-social security of the contingent is made.

Key words: orphan diseases, legislation, bylaws, interdepartmental approach, medico-social help.

Во всем мире ежегодно, 29 февраля, отмечается Международный день редких заболеваний (Rare Disease Day). Символично, что это день, который бывает только раз в четыре года, поэтому он и выбран символом орфанной патологии человека. Впервые дату стали отмечать 29 февраля 2008 г. по предложению Европейской организации по редким заболеваниям (EURORDIS) в целях повышения информированности о редких болезнях. Сначала США, а затем и другие государства присоединились к проведению различных организационных, информационных, научных мероприятий по вопросам редких заболеваний, приуроченных к этой дате. Ныне таких государств насчитывается более 90, в их числе Российская Федерация. Всего, по материалам ВОЗ, известно более 6000 орфанных болезней.

Повышенный интерес к редким заболеваниям не случаен и по той причине, что они в той или иной степени затрагивают интересы, по сути дела, каждой области медицины. Множество из форм этой группы характеризуется широким спектром расстройств и симптомов, которые варьируют не только при разных заболеваниях, но у разных пациентов, страдающих одной и той же патологией. К тому же относительно часто встречающиеся симптомы могут маскировать лежащее в основе редкое заболевание. Примерно 80% из них имеют генетическую природу, остальные являются следствием инфекций (бактериальных или вирусных), аллергических реакций, воздействия вредных факторов окружающей среды и др.

Одной из задач исследования является анализ, обобщение и систематизация правовой документальной базы действующего федерального законодательства, соответствующих подзаконных актов по многоаспектным проблемам орфанных заболеваний с целью коррекции (повышения качества работы) соответствующих служб; медицинских, социальных, юридических и иных. Основные

примененные методы: статистический, экспертных оценок, аналитический и другие.

Единого, общепринятого на международном уровне определения частоты патологии для отнесения нозологических форм к орфанным заболеваниям не существует, как нет и единого критерия их включения в данную группу. Понятие «редкие (орфанные) заболевания» впервые в нашей стране на государственном уровне было введено в ст. 44 ФЗ-323 таковыми являются заболевания с распространенностью не более 10 случаев на 100 тыс. населения.

Изучение показало, что проблемы пациентов с редкими заболеваниями схожи во всем мире.

Низкая частота встречаемости сопровождается рядом проблем: своевременность и точность диагностики, нехватка опыта работы с данными пациентами, недостаток полезной, точной и своевременной информации, отсутствие единой системы в исследованиях, разработка лекарственных препаратов экономически невыгодна, лечение дорогостоящее.

Особенно необходима активизация соответствующего научного поиска и разработка рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению редких болезней.

В любой стране пациент с орфанной патологией в силу её специфики являет собой своеобразный индикатор степени участия государства и его институтов, практической деятельности, прежде всего, системы здравоохранения и др. Специалистами высказывается опасение, что в сегодняшней ситуации «оптимизации» расходов в системе здравоохранения в нашей стране, пациенты с редкими заболеваниями могут оказаться невольной мишенью экономии бюджетных средств в медицине. А, как свидетельствует официальный сайт Минздрава России, перечень числа редких для страны заболеваний включает в себя 226 наименований

За последние годы в области оказания медицинской помощи при орфанной патологии в РФ можно отметить ряд положительных изменений, касающихся, в первую очередь, её нормативно-правового обеспечения. Прежде всего, приняты законы, позволяющие создать основы для диагностики и лечения пациентов с редкими заболеваниями. Получили законодательное закрепление определения понятия «орфанные заболевания», источники финансирования их лечения, как и процедура, регламентирующая упрощенную регистрацию препаратов для проведения лечения (федеральные законы от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; от 12.04.2010 г. № 61 «Об

обращении лекарственных средств» (с изменениями на 27 декабря 2018 г.) и др.

Перечень из 24 жизнеугрожающих и хронически прогрессирующих редких заболеваний утвержден постановлением Правительства России от 26.04.2013 г. № 403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента».

Порядок ведения федерального регистра ряда из таких редких заболеваний регламентируется постановлением Правительства РФ от 26 апреля 2012 года № 404 «Об утверждении Правил ведения Федерального регистра лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей. Пациенты с болезнью Гоше (около 300 пациентов в России), муковисцидозом (около 3 тыс. пациентов), другими состояниями, ассоциированными с редкими заболеваниями, включенные в федеральный регистр, обеспечиваются базовой лекарственной терапией за счет федерального бюджета.

Согласно приказу Минздрава России от 15 ноября 2012 года № 917н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с врожденными и (или) наследственными заболеваниями» устанавливается объем и порядок оказания медицинской помощи пациентам с редкими заболеваниями, который и является обязательным для выполнения

Ранее Указом Президента РФ от 01.06.2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы» подчеркивалась важность и необходимость создания федерального регистра детей с редкой патологией, организации - согласно данному регистру - адресного финансирования их лечения за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета. Это направлено на ускорение обеспечения детей с орфанными заболеваниями специальным лечением, питанием и реабилитационным оборудованием.

В утвержденный Минздравом страны Перечень редких (орфанных) заболеваний, по состоянию на 15 января 2014 года, входили 215 патологий. Ныне всего в Федеральный регистр лиц с орфанной патологией включены 11.557 пациентов, из них 6.761 ребенок.

С 2007 года действует федеральная программа «Семь нозологий» наиболее распространенными, редкими заболеваниями, она стала

успешной моделью лекарственного обеспечения пациентов с высокозатратным, часто пожизненным лечением. В соответствии с пунктом 9 статьи 83 упомянутого 323-ФЗ, пациенты с данными заболеваниями должны обеспечиваться лекарственной терапией за счет средств бюджетов субъектов РФ. Гарантии по обеспечению граждан лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний закреплены постановлением Правительства РФ от 28 ноября 2014 года № 1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

По рекомендациям ЕРБ ВОЗ (2012), необходимы совместные инициативы, направленные на проведение научного поиска в области лечения редких болезней, разработку лекарств от них. Хотя недостаточное финансирование по-прежнему остается проблемой многих государств. Полагаем, что нормативно-правовой аспект данного раздела в силу своей важности заслуживает отдельного, более детального освещения.

Таким образом, проведенная нами экспертная оценка показывает огромное число принимаемых в России на федеральном уровне законодательных гарантий по проблеме орфанной патологии, как взрослого, так и детского контингента. Налицо и большое число ведомственных, но зачастую разобщённых документов в данной области Минздрава РФ, Минтруда РФ и др. Обращает на себя внимание, что, согласно многим из них, акцент в работе заинтересованных органов и организаций делается преимущественно на лекарственное обеспечение, что, как указывалось выше, несомненно, важно. Однако анализ свидетельствует, что такое одностороннее внимание как бы на второй план перемещает конкретные на сегодня, реальные возможности профилактики патологии, раннего массового обследования новорожденных на целый ряд видов таких заболеваний. Игнорируется и накопленный в данном направлении на местах практический опыт работы, формы и методы её организации, межведомственной интеграции в деле конкретной медико-социальной помощи пациентам, семьям с проведением социального патронажа и др.

По нашему мнению, одним из направлений исследований в России должен стать углубленный анализ и систематизация огромного массива уже действующих нормативно-правовых гарантий, организационно-методической и иной документации в помощь как специалистам, научным работникам, так и самими пациентам, семьям

с детьми. В научном обосновании с использованием накопленного опыта, практических наработок на местах нуждаются и рациональные, адаптированные к специфике территории формы межведомственной интеграции, организации медико-социальной помощи, с акцентом на работу с семьями детей на уровне амбулаторного звена, включая возрождение социально-правовых кабинетов, улучшение информированности родителей.

Сегодня задачи и технологии диагностики и лечения орфанной патологии предусмотрены Концепцией предиктивной, превентивной и персонализированной медицины, утвержденной приказом Минздрава России от 24.04.2018 г. № 186.

В дальнейшей разработке предложений и решений, связанных с редкими заболеваниями, важна роль Совета Федерации Федерального Собрания РФ, ГД РФ, Минздрава России, Минтруда России, иных заинтересованных ведомств, Общественной палаты РФ, Общероссийского народного фронта и пр. Как и необходимость вклада СМИ, профессиональных медицинских ассоциаций, Всероссийского общества орфанных заболеваний, других соответствующих организаций (в том числе и самих пациентов) благотворительных фондов поддержки и иных структур на местах.

Следует подчеркнуть, что особенности ситуации с нормативно-правовым и организационно-методическим обеспечением проблем, связанных с орфанной патологией применительно к детскому населению - самостоятельная, государственная проблема, требующая специального рассмотрения.

Литература

1. Объединим усилия в борьбе с редкими болезнями // Бюллетень ВОЗ.- Выпуск 90, № 6, июнь 2012 г.
2. Новиков П.В. Правовые аспекты редких (орфанных) заболеваний в России и мире // Медицина, 2013, № 4. – С. 53-73. Электронный ресурс - <http://www.fsmj.ru/015133.html>
3. Рекомендации круглого стола Комитета Государственной Думы по охране здоровья на тему «О проблеме редких заболеваний в Российской Федерации» 17.02.2011// Комитет Государственной Думы по охране здоровья / Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации. URL: <http://www.komitet2-2.km.duma.gov.ru/site.xp/051051049124054056056.html>.
4. Kutsev S.I. Put' patsienta s redkim diagnozom: normativnye dokumenty i organizatsiya lechebno-diagnosticshego protsessa pri orfanom zabolevanii v Rossiyskoy Federatsii [The way of a patient with a rare diagnosis: regulatory documents and organization of diagnosis

and treatment care for orphan diseases in the Russian Federation].
Nervno-myshechnye bolezni 2017; 7 (4): 61-63. (In Russian).

ТРЕБОВАНИЯ К РУКОПИСЯМ, НАПРАВЛЯЕМЫМ В ЖУРНАЛ «БЮЛЛЕТЕНЬ НАЦИОНАЛЬНОГО НАУЧНО- ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМЕНИ Н.А.СЕМАШКО»

ОБЩИЕ ПРАВИЛА

Журнал «Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко» принимает к публикации статьи по профилю журнала. Профиль журнала соответствует паспорту научной специальности 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение и паспорту научной специальности 07.00.10 – История науки и техники (медицинские науки).

Направленные к публикации рукописи должны иметь визу руководителя направляющей организации (на первой странице рукописи) и сопровождаться официальным Направлением от учреждения, из которого выходит статья и в компетенцию которого входит круг вопросов, затрагиваемых публикацией. В Направлении, напечатанном на бланке учреждения, следует указать, является ли статья диссертационной.

Правила для авторов по оформлению статьи размещены по ссылке <http://www.nriph.ru/index.php/byulleten/pravila-dlya-avtorov.html>.

В необходимых случаях редакции может запросить экспертное заключение или заключение этического комитета на проведение публикуемого исследования.

Статья должна быть подписана всеми авторами, что даёт право журналу на её публикацию. Заверенные подписи авторов (на последней странице рукописи) и Направление, подписанное руководителем учреждения, сканируются, сканы высылаются в адрес редакции по электронной почте journal@nriph.ru.

Статья или ее части не должны быть ранее опубликованы или находиться на рассмотрении в других изданиях.

Опубликованные материалы помещаются в электронном виде на сайте Института <http://www.nriph.ru/> и в электронной библиотеке <http://www.elibrary.ru>.