

БЮЛЛЕТЕНЬ

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

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

2020. №3



МОСКВА - 2020

Б Ю Л Л Е Т Е Н Ь

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

2020. № 3

Научно-практический журнал
Основан в 1992 году

Выходит 4 раза в год

УЧРЕДИТЕЛЬ

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт
общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор журнала – Р.У. Хабриев, академик РАН, доктор медицинских наук, доктор фармацевтических наук, профессор (Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва)

Ответственный секретарь – М.Г. Спасенникова, кандидат медицинских наук, доцент (Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва)

Л.И. Меньшикова, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения)

Н.В. Саввина, доктор медицинских наук, профессор (Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова, Якутск)

И.В. Самородская, доктор медицинских наук, профессор (Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, Москва)

А.Л. Санников, доктор медицинских наук, профессор (Северный государственный медицинский университет, Архангельск)

С.Н. Черкасов, доктор медицинских наук (Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, Москва)

М.А. Шаповалова, доктор медицинских наук, профессор (Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань)

Адрес редакции: 105064, Москва, ул. Воронцово поле, д. 12, строение 1

E-mail: mosmedizdat@yandex.ru

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Регистрационный номер от 25 декабря 2015 г. ПИ № ФС77-64152.

Журнал содержит научную информацию и знаком информационной продукции не маркируется.

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ).

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

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

Рукописи, присланные в журнал, не возвращаются.

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



Б Ю Л Л Е Т Е Н Ъ

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

2020. № 3

Научно-практический журнал
Основан в 1992 году

Выходит 4 раза в год

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

- Шипова В.М., Берсенева Е.А.* Пандемия COVID-19: уроки в нормировании труда медицинских работников.....4
Москвичева Л.И., Петрова И.А. Оценка медико-правовых компетенций врачей (на основе анкетирования практикующих врачей г. Москвы)12
Мингазова Э.Н., Гуреев С.А. Значение микронутриентного статуса различных социальных групп населения при инфекционных рисках.....20
Тельнова Е.А., Плесовских А.В., Загоруйченко А.А. Об особенностях и проблемах с лекарственными средствами для детей.....28
Коновалов О.Е., Златкина Н.Е., Старцев Д.А., Мироманова Е.А., Анисимова М.М. Проблемы организации стационарной медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста36
Коломийченко М.Е. Критерии доступности и качества медицинской помощи: нормативное регулирование46
Горенков Р.В., Карташов К.В., Замуруева О.В., Васильева Т.П. Анализ информированности врачей общей практики и участковых терапевтов о проведении функции внешнего дыхания при хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астме.....52

ЛЕКЦИИ

- Линденбрaten А.Л.* Актуальные проблемы российского здравоохранения.....60
Спасенников Б.А. О подготовке статьи в научный медицинский журнал72

ОБЗОРЫ

- Тельнова Е.А., Щепин В.О., Загоруйченко А.А.* Вакцинация как вызов COVID-1982

ЮБИЛЕЙНЫЕ И ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ

- Егорышева И.В., Шерстнева Е.В.* Юбилейные и памятные даты истории здравоохранения 2020 года90
Андреева А.В., Самбуров Г.О., Спасенникова М.Г. К 85-летию со дня рождения историка медицины, профессора Геннадия Степановича Щурова.....96

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.03.001

ПАНДЕМИЯ COVID-19: УРОКИ В НОРМИРОВАНИИ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Шипова В.М.¹, Берсенева Е.А.¹

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова:

нормирование труда, пандемия, новая коронавирусная инфекция COVID-19, нормативно-правовая база, труд, круглосуточный режим труда.

Аннотация

Планирование численности медицинских работников является важнейшим звеном организации здравоохранения. Актуальность проблемы обостряется при каких-либо чрезвычайных ситуациях: пандемиях, землетрясениях, авариях на атомных станциях и других возможных непредвиденных обстоятельствах. В этих случаях неизбежно возникают вопросы о необходимости и размерах дополнительного привлечения специалистов для работы в период пика развития ситуации и в период ликвидации ее последствий, мобилизации ресурсов для обеспечения медицинской помощью пострадавших и оказания необходимой помощи хроническим больным и пациентам со вновь возникшей патологией, не связанной с чрезвычайной ситуацией, но требующей безотлагательного решения. Урокам, которые можно извлечь из пандемии COVID-19 в плане нормирования труда и посвящена эта статья. В публикации представлен анализ нормативно-правового документа по труду, утвержденный приказом министерства здравоохранения России для составления временного штатного расписания инфекционного отделения для больных COVID-19. Авторы отмечают спорные положения приказа в части нормирования труда, состоящие в рекомендациях по нормативному обеспечению круглосуточной работы, по расчету численности должностей по объему работы при отсутствии норм времени на единицу работы, отсутствию изменений в штатной обеспеченности скорой медицинской помощи, сокращению численности младшего медицинского персонала в отделении анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии.

COVID-19 PANDEMIC: LESSONS IN LABOR RATIONING OF MEDICINES

Shipova V.M.¹, Berseneva E.A.¹

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

Keywords:

labor rationing, pandemic, new coronavirus infection COVID-19, labor regulatory framework, 24-hour labor regime.

Abstract

Planning the number of health workers is an essential part of the health organization. The urgency of the problem was exacerbated by any emergency situations: pandemics, earthquakes, accidents at nuclear power plants and other possible unforeseen circumstances. In those cases, questions were inevitably raised as to the need for and extent to which additional expertise would be required to work during the peak of the situation and during the period of its aftermath, the mobilization of resources for the provision of medical care to victims and the provision of necessary assistance to chronic patients and patients with newly emerging pathologies that did not involve emergency situations but required urgent action. The lessons that can be learned from the COVID-19 pandemic in terms of labor rationing are devoted to this article. The publication presents an analysis of the regulatory and legal document on labor, approved by order of the Ministry of Health of Russia to draw up a temporary staffing table for the infectious disease department for patients with COVID-19. The authors note the controversial provisions of the order regarding labor rationing, consisting in recommendations on the normative provision of round-the-clock work, on the calculation of the

number of posts according to the volume of work in the absence of time standards per unit of work, the absence of changes in the staffing of emergency medical care, and the reduction of the number of junior medical personnel in the anesthesiology-intensive care unit with intensive care and intensive care wards.

Нормы труда медицинских работников при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях устанавливаются в приказах о Порядках оказания медицинской помощи и о Положениях об организации оказания первичной медико-санитарной помощи.

По большинству врачей амбулаторного приема величина норм труда по одной и той же врачебной специальности различна в этих указанных группах документов. К этим должностям с противоречивыми нормами труда относится и должность врача-инфекциониста.

По приказу о Порядке¹ должность врача-инфекциониста при оказании медицинской помощи взрослому населению устанавливается на 20 тысяч взрослого населения, а по приказу о Положении² этот показатель равняется 50 тысячам взрослого населения.

При оказании медицинской помощи детям нормативное число должностей врачей-инфекционистов устанавливается на 20 тыс. прикрепленного населения и по приказу о Порядке³ и по приказу о Положении⁴.

Указанные различия приводят к тому, что в целом для населения страны необходимо 3,8 тыс. должностей врачей-инфекционистов для оказания амбулаторно-поликлинической помощи при расчете по приказам о Положениях и 7,3 тыс. при расчете по приказам о Порядках (табл. 1).

Фактическая численность врачей-инфекционистов составляет 6,1 тыс. (физические лица) и не дифференцируется по занятости в поликлинике и в стационаре [1], в связи с чем сравнения с данны-

ми таблицы 1 не проводятся.

Нормативная численность врачей-инфекционистов для оказания медицинской помощи в больничных условиях устанавливается приказами о Порядках⁵. В документах определен норматив численности врачей-инфекционистов в инфекционном отделении и в инфекционном боксированном отделении, а также ряда врачей других специальностей. Обращает на себя внимание норматив должности врачей анестезиологов-реаниматологов: при оказании медицинской помощи взрослым устанавливается не менее двух должностей в инфекционных больницах на 400 и более коек, при этом не указан соответствующий норматив в палате реанимации и интенсивной терапии. При оказании медицинской помощи детям нормативное обеспечение врачами анестезиологами-реаниматологами в палате реанимации и интенсивной терапии устанавливается следующим образом: 4,75 должности на 6 коек (для обеспечения круглосуточной работы).

Наряду с этими документами действуют приказы Минздрава России по организации отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии⁶. Рекомендуемые штатные нормативы палаты реанимации и интенсивной терапии, представленные в этих документах, следующие по количеству должностей: для врача-анестезиолога-реаниматолога – 5,14 должностей для обеспечения круглосуточной работы (2 на 6 коек); для медицинской сестры-анестезиста – 15,5 для обеспечения круглосуточной работы; для младшей медицинской сестры по уходу за больными – 4,75 для обеспечения круглосуточной работы; для санитары – 4,75 для обеспечения круглосуточной работы.

⁵ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития России от 31 января 2012 года № 69н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях». – Архив Министерства здравоохранения России. – 2012.

¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития России от 31 января 2012 года № 69н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях». – Архив Министерства здравоохранения России. – 2012.

² Приказ Министерства здравоохранения России от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». – Архив Министерства здравоохранения России. – 2012.

³ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05 мая 2012 года № 521н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями». – Архив Министерства здравоохранения России. – 2012.

⁴ Приказ Министерства здравоохранения России от 07 марта 2018 года № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям». – Архив Министерства здравоохранения России. – 2018.

⁶ Приказ Министерства здравоохранения России от 12 ноября 2012 года № 909н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реанимация» и Приказ Министерства здравоохранения России от 15 ноября 2012 года № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реанимация». – Архив Министерства здравоохранения России. – 2012

Таблица 1

Расчеты численности должностей врачей–инфекционистов
для оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению страны

Контингент населения	Расчеты	
	по приказам о Положениях	по приказам о Порядках
Взрослые	116566:50=2331	116566:20=5828
Дети	30215:20=1511	30215:20=1511
Итого:	3842	7339

Однако Минздрав не ограничился этими документами и утвердил соответствующий приказ, действующий в условиях пандемии⁷.

В Приложении № 10 к приказу № 198н приводятся рекомендации по формированию временного штатного расписания медицинской организации. При этом подразделения дифференцируются по нуждаемости в искусственной вентиляции легких. В отделении для пациентов, не нуждающихся в проведении искусственной вентиляции легких: 1,0 должности врача-специалиста на 1 круглосуточный пост на 20 коек; 1,0 должности медицинской сестры на 20 коек; 1,0 должности младшей медицинской сестры по уходу за больными или санитар на 20 коек. Для отделения анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в проведении неинвазивной и инвазивной искусственной вентиляции легких: 1,0 должности врача анестезиолога-реаниматолога на 1 круглосуточный пост на 6 коек; 1,0 должности медицинской сестры на 6 коек; 1,0 должности медицинской сестры-анестезиста на 3 койки; 1,0 должности младшей медицинской сестры по уходу или санитар на 6 коек.

Как видно, формулировка нормативного показателя по труду ярко демонстрирует спорные положения всех приказов о Порядках по штатному обеспечению круглосуточной работы.

Также, как и во всех приказах о Порядках, штатные нормативы для организации круглосуточной работы содержат два показателя:

- число коек для организации круглосуточного поста;
- число должностей для обеспечения работы круглосуточного поста.

⁷ Приказ Министерства здравоохранения России от 19 марта 2020 года № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» с последующими изменениями. – Архив Министерства здравоохранения России. – 2020.

На спорность таких рекомендаций приказов о Порядках постоянно указывается в публикациях [2, 3], на конференциях, семинарах, лекциях по нормированию труда. Однако повторение этих моментов во всех документах, в том числе и в приказе № 198н, свидетельствует о недостаточной подготовке по вопросам нормирования труда разработчиков нормативно-правовых документов.

В плане организации круглосуточной работы и штатной обеспеченности такого режима целесообразно обратиться к историческому опыту. Круглосуточная работа врачей больничных учреждений, согласно приказу Минздрава СССР⁸, устанавливалась для оказания экстренной медицинской помощи.

Должности врачей хирургов, травматологов-ортопедов, акушеров-гинекологов и офтальмологов для оказания экстренной хирургической, травматологической, гинекологической и офтальмологической помощи устанавливались органом здравоохранения по подчиненности учреждения в зависимости от объема этой работы сверх должностей врачей, предусмотренных по соответствующим отделениям. При этом должности врачей-офтальмологов для указанных целей вводились с разрешения министерства здравоохранения союзной республики.

Должности операционных медицинских сестер для оказания экстренной хирургической, гинекологической и офтальмологической помощи устанавливались соответственно должностям врачей, вводимым для указанных целей.

⁸ Приказ Министерства здравоохранения СССР от 06 июня 1979 года № 600 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь центральных городских, городских и детских городских больниц, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек». – Архив Министерства здравоохранения России. – 1979.

Таблица 2

Число должностей врачей для оказания круглосуточной помощи по приказам о Порядках

№ п/п	Число должностей	Дата утверждения и № приказа
1.	1,0	15 ноября 2012 года № 927н
2.	4,5	13 июня 2018 года № 327н
3.	4,75	01 ноября 2012 года № 572н, 07 ноября 2012 года № 606н, 15 ноября 2012 года №921н, 15 ноября 2012 года № 928н и др. (всего 11 приказов)
4.	5,14	12 ноября 2012 года № 898н, 15 ноября 2012 года № 922н, 15 ноября 2012 года № 925н, 14 сентября 2018 года № 918н и др. (всего 8 приказов)
5.	5,2	31 мая 2019 года № 345н/372н
6.	5,25	15 ноября 2012 года № 931н, 31 мая 2019 года № 345н/372н
7.	5,5	22 января 2016 года № 33н
8.	5,75	31 мая 2019 года № 345н/372н
9.	6,0	30 декабря 2015 № 1034н, 22 января 2016 года № 33н
10.	6,5	15 ноября 2012 года № 932н

При оказании больницей экстренной травматологической помощи населению дополнительно устанавливались должности санитаров в зависимости от объема работы.

В приведенных формулировках следует обратить внимание на объем работы, что достаточно актуально и в настоящий период времени, хотя указанный приказ Минздрава СССР и признан, на наш взгляд, ошибочно, не действующим на территории Российской Федерации⁹.

В современных нормативно-правовых документах такие формулировки или аналогичные приведенным отсутствуют. В тоже время внедрение новых технологий в лечебно-диагностический процесс, например, таких, как хирургическое лечение сложных нарушений ритма сердца и электростимуляции, паллиативная медицинская помощь и др., обусловили необходимость круглосуточной работы врачей в ряде конкретных отделений.

В действующих в настоящее время нормативно-правовых документах круглосуточная работа врачей предусмотрена по 29 профилям отделений, круглосуточная работа медицинских работников со средним образованием, а также санитаров и младших медицинских сестер по уходу за боль-

ными предусмотрена практически по всем профилям отделений. Число должностей для обеспечения круглосуточной работы составляет по разным приказам разное значение: от 1,0 должности до 6,5 должностей, причем наиболее часто указываемое число, это 4,75 должности. Для примера в таблице 2 приведено число должностей врачей, рекомендуемых приказами о Порядках для организации круглосуточной работы.

При этом различия в числе должностей не всегда связаны с наименованием должности и (или) профилем отделения, а эти различия имеют место даже для одной и той же должности. Так, например, по приказу от 15 ноября 2012 года № 932н для врача фтизиатра отделения для больных туберкулезом органов дыхания устанавливается 4,75 должности, а для врача фтизиатра отделения для больных туберкулезом внелегочной локализации – 6,5 должности. Аналогичный пример можно привести и по приказу Минздрава и Минтруда от 31 мая 2019 года № 345н/372н. В документе для обеспечения круглосуточной работы устанавливается 5,25 должности врача-педиатра в отделении паллиативной помощи детям и 5,75 должности врача-педиатра в хосписе для детей.

В связи с указанными обстоятельствами и спорными данными приказа № 198н, в данной публикации считаем необходимым приведение методики формирования численности медицинских работников для обеспечения круглосуточной работы, схема которой представлена на рис. 1.

⁹ Приказ Министерства здравоохранения России от 16 октября 2016 года № 708 «О признании не действующими на территории Российской Федерации приказов Министерства здравоохранения СССР и признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения РСФСР от 4 января 1988 № 2 «О состоянии и перспективах развития патологоанатомической службы в РСФСР». – Архив Министерства здравоохранения России. – 2016.

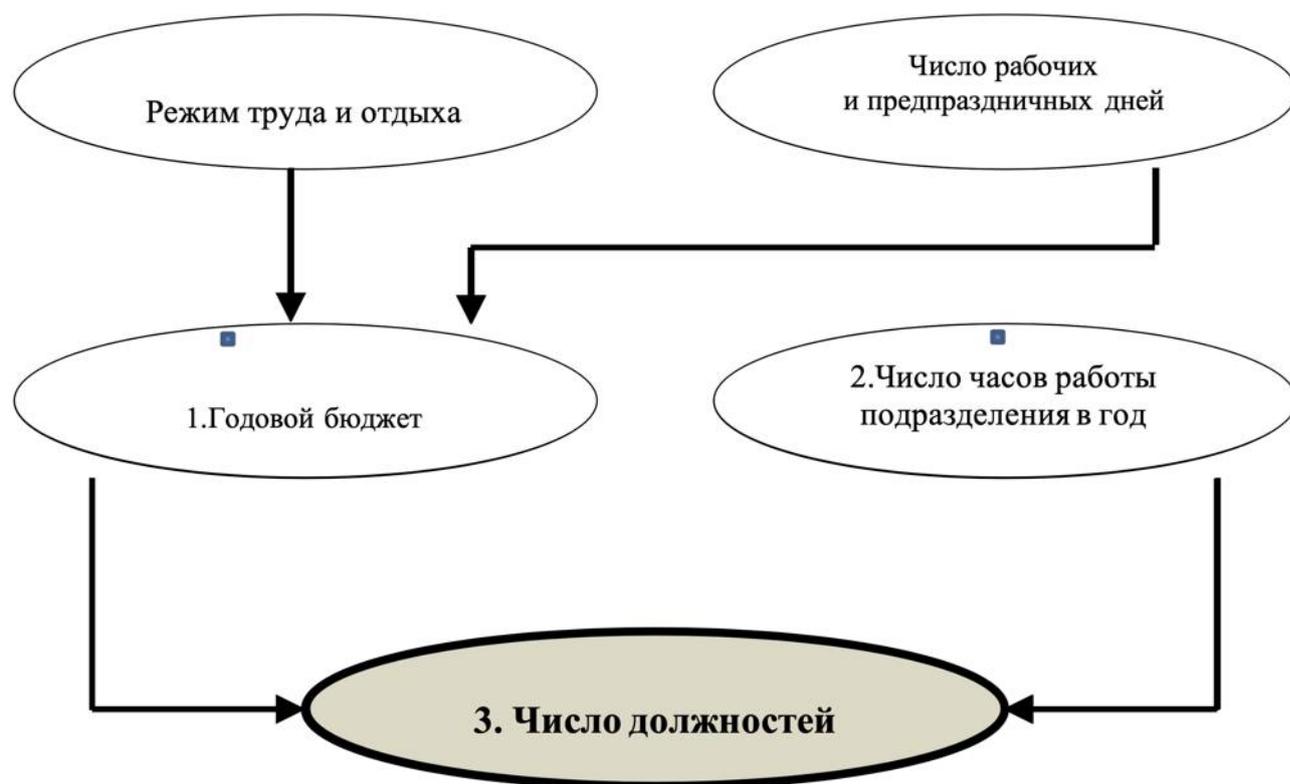


Рис. 1. Схема расчета численности должностей для обеспечения круглосуточного режима работы

Как видно на схеме, число должностей для круглосуточной работы формируется на основе двух групп показателей: годового бюджета рабочего времени должности и числа часов подразделения в год (24×365 или 24×366).

Величина годового бюджета рабочего времени должности зависит от наименования должности и подразделения, а также числа рабочих и предпраздничных дней в каждом конкретном году. Режим труда и отдыха определяется в настоящее время Постановлением Правительства России¹⁰. Приложением № 1 к этому документу определен перечень должностей (или) специальностей медицинских работников, организаций, а также отделений, палат, кабинетов и условий труда, работа в которых дает право на сокращенную 36-часовую рабочую неделю. В этот перечень входят инфекционные больницы, отделения, палаты, кабинеты. При работе непосредственно по оказанию медицинской помощи и обслуживанию больных в число таких должностей входят: врач, в том числе врач-руководитель структурного подразделения (кроме врача-статистика); средний медицинский

персонал (кроме медицинского регистратора архива, медицинского статистика) и младший медицинский персонал.

Годовой бюджет рабочего времени должности (Б) определяется по формуле 1:

$$B = m \times q - n - z,$$

где: m – число часов в день, устанавливаемое путем деления недельной продолжительности рабочего времени на 5;

q – число рабочих дней в году по пятидневной рабочей неделе;

n – число часов сокращения рабочего времени в предпраздничные выходные дни в течение года;

z – число рабочих часов, приходящихся на отпускной период времени. При этом, как отмечается в приказе Минтруда России от 30 сентября 2013 года № 504, носящем межотраслевой характер, фонд рабочего времени уменьшается с учетом установленной продолжительности оплачиваемых отпусков работника (как основного, так и дополнительного).

Для упрощения расчетов в медицинских организациях нами определяется и ежегодно публикуется величина годового бюджета рабочего времени на каждый конкретный год. Эти данные на 2020 г. приведены в таблице 3.

¹⁰ Постановление Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2003 года № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» (с изменениями и дополнениями).

Таблица 3

Годовой бюджет рабочего времени должности на 2020 г. при разных режимах труда и отдыха

Недельная продолжительность рабочего времени (в час.)	Годовой бюджет (в час.) при продолжительности отпуска (в календарных днях)					
	28	35	42	49	52	59
24	1089,4	1065,4	1041,4	1017,4	1007,1	983,1
30	1363,0	1333,0	1303,0	1273,0	1260,1	1230,1
33	1499,8	1466,8	1433,8	1400,8	1386,6	1353,6
36	1636,6	1600,6	1564,6	1528,6	1513,1	1551,5
39	1773,4	1734,4	1690,4	1656,4	1639,6	1600,6

Таблица 4

Расчетная численность должностей для круглосуточной работы в 2020 году

Недельная продолжительность рабочего времени (в час.)	Численность должностей при продолжительности отпуска (в календарных днях)					
	28	35	42	49	52	59
24	8,063	8,222	8,435	8,634	8,722	8,935
30	6,445	6,590	6,741	6,900	6,971	7,141
33	5,857	5,989	6,126	6,271	6,335	6,489
36	5,367	5,488	5,614	5,746	5,805	5,662
39	4,953	5,065	5,196	5,303	5,357	5,488

Величина годового бюджета может быть различной даже для одной и той же должности, но работающей в учреждениях разных регионов, например, в учреждениях, расположенных в районах Крайнего Севера, за счет большей продолжительности основного трудового отпуска.

Расчеты численности должностей медицинского персонала (Д) при разных режимах работы, проводятся по формуле 2:

$$Д = П : Б,$$

где: П – число часов работы подразделения в год;

Б – годовой бюджет рабочего времени должности.

Итоги расчетов численности должностей при разных их режимах труда и отдыха для обеспечения круглосуточной работы на 2020 г., проведенных нами по формуле 2, представлены в таблице 4.

Инфекционные отделения, как указывалось, относятся к числу подразделений, работа в кото-

рых непосредственно по оказанию медицинской помощи и обслуживанию больных дает право на сокращенную 36-часовую рабочую неделю. Следовательно, как это видно из таблицы 4, минимальное число должностей для обеспечения круглосуточной работы составляет 5,367 должностей. Таким образом, ни 4,75, ни 5,14, ни тем более 1 должность, как предусмотрено приказом № 198н, не могут обеспечить круглосуточную работу в инфекционном отделении.

Спорность приказа № 198н, как и всех приказов о порядках в части штатной обеспеченности круглосуточной работы, состоит не в том, что указывается недостаточно обоснованная численность должностей, а само указание на эту численность. В нормативно-правовых документах необходимо указывать и применять только один показатель: число коек для установления круглосуточного поста, а численность должностей должна ежегодно рассчитываться в каждой медицинской организации по приведенной методике.

Как видно из приведенных ранее показателей, данный приказ пополнил список приказов о Порядках, рекомендуемых спорные данные по штатному обеспечению круглосуточной работы. Применение приведенных штатных нормативов в практике здравоохранения возможно только с учетом изложенной в данной публикации методики формирования численности должностей для круглосуточной работы, то есть использовать только показатель по числу коек, приходящихся на один круглосуточный пост, и не обращать внимания и не применять указываемое в приказах число должностей, тем более, что одной должностью, указанной в приказе № 198н, никак нельзя обеспечить круглосуточную работу.

Другой существенный спорный момент приказа № 198н состоит в том факте, что круглосуточный пост устанавливается только для врача-специалиста в отделении для пациентов, не нуждающихся в проведении искусственной вентиляции легких, и для врача анестезиолога-реаниматолога в отделении анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в проведении неинвазивной и инвазивной искусственной вентиляции легких. Установление круглосуточного поста среднего и младшего медицинского персонала приказом № 198н не предусмотрено вовсе.

Немаловажная проблема приказа № 198н состоит в установлении должностей младшего медицинского персонала в числе должностей санитаров или младшей медицинской сестры по уходу за больными: включение в нормативную запись слова «или». Во всех других нормативно-правовых документах по труду, предусматривается одновременное установление и должности санитаров, и должности младшей медицинской сестры по уходу за больными.

В приказе № 198н указано, что «для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 во временное штатное расписание могут вводиться должности врача эпидемиолога, пульмонолога, рентгенолога, врача клинической лабораторной диагностики, врача ультразвуковой диагностики, эндоскописта, оториноларинголога (для оказания медицинской помощи детям), специалистов со средним медицинским образованием для работы с врачами специалистами, исходя из объема оказываемой медицинской помощи, но не менее 1,0 должности

на организацию, а также иные должности медицинских работников, в том числе должность врача-стажера».

Для таких расчетов по объему работы необходимо знание соответствующих норм времени. Действующие в настоящее время нормы времени на лабораторные и инструментальные исследования разработаны и утверждены в прошлом веке. Оснащенность современным оборудованием медицинских организаций не сопровождалась разработкой новых норм труда. Следовательно, рекомендуемый расчет численности указанных в приказе должностей вспомогательной лечебно-диагностической службы в этих условиях невозможен.

Приказом № 198н остались нерешенными и другие вопросы штатной обеспеченности работы в условиях пандемии, в том числе работы скорой медицинской помощи, нагрузка на которую значительно возрастает всегда в условиях чрезвычайных ситуациях. Уроки настоящей пандемии показывают, что необходимо создание резервных машин скорой медицинской помощи с полным и постоянно поддерживаемым оборудованием и соответствующим штатным обеспечением. При этом кадровое обеспечение этих резервных машин должно решаться не методом поиска медицинских работников во время чрезвычайных ситуаций, а путем постоянного закрепления специалистов, работающих на любых других участках оказания медицинской помощи, но периодически проходящих подготовку по оказанию скорой медицинской помощи. Такая подготовка специалистов для постоянной готовности к оказанию скорой медицинской помощи должна быть, на наш взгляд, поддержана и материально.

Требуется редакционная правка следующего положения приказа № 198н, в котором указано, что «в случае ухудшения эпидемиологической ситуации по решению руководителя медицинской организации возможно увеличение нагрузки на 1 врача анестезиолога-реаниматолога при одновременном введении 1 должности медицинской сестры на 2 койки для проведения искусственной вентиляции легких с учетом времени, необходимого для оказания медицинской помощи больному». В данном случае речь идет, по-видимому, не об увеличении нагрузки на 1 анестезиолога-реаниматолога, а дополнительном введении этих должностей, то есть оказались «перепутанными» понятия: норма нагрузки и штатные нормативы.

Таким образом, проведенный анализ приказа Минздрава России от 19 марта 2020 года № 198н показал его несостоятельность в части нормирования труда и неприемлемость для использования в практике здравоохранения.

В целом нормативно-правовые документы по труду, принятые в условиях пандемии, обнажили недостатки и спорные положения в части нормирования труда, накапливающиеся в последние годы и приведшие к полному разрушению системы нормирования труда.

Вопросы нормирования труда, спорные положения современной нормативно-правовой базы по труду обсуждались в комитете по здравоохранению Государственной Думы (ноябрь 2018 года, февраль 2020 года), что вселяло надежду на принятие мер по восстановлению системы нормирования труда в здравоохранении. Попытка некоторого изменения системы нормирования труда была предпринята в конце 2019 года, когда был разработан и в октябре 2019 года опубликован проект нового приказа вместо действующего

приказа № 543н. Однако, Минздрав не решился на такой решительный шаг, и 03 декабря 2019 года приказом № 984н вместо утверждения проекта приказа были внесены отдельные изменения в действующий документ, мало приемлемые для практики здравоохранения и лишь увеличивающие спорные положения современной нормативно-правовой базы по труду.

Основной урок пандемии в части нормирования труда состоит в том, что в настоящих условиях необходимо срочное принятие федеральным органом управления здравоохранением соответствующих мер системного, а не фрагментарного характера, пересмотра всей нормативно-правовой базы по труду, усиления дипломной и последипломной подготовки врачей по организации здравоохранения и включения в программы обучения вопросов нормирования труда, повышения квалификации разработчиков штатных нормативов и специалистов, утверждающих эти документы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ресурсы и деятельность медицинских организаций. – М.: Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, 2019. – URL: <http://zdravalt.ru/jdownloads/stat/Statinform/res1.pdf>
2. Шипова В.М. Организация и технология нормирования труда в здравоохранении / В.М. Шипова. – М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2018. – 312 с.
3. Шипова В.М. Актуальные вопросы планирования численности должностей при разных режимах работы: Учебное пособие / В.М. Шипова, Е.А. Берсенева, Д.Ю. Михайлов. – М.: Светлица, 2020. – 144 с.

REFERENCES

1. *Resources and activities of medical organizations*. Moscow, Central Research Institute of Health Organization and Informatization, 2019. URL: <http://zdravalt.ru/jdownloads/stat/Statinform/res1.pdf>
2. Schipova V.M. *Organization and technology of labor rationing in healthcare*. Moscow, Geotar-Media, 2018. 312 p.
3. Schipova V.M., Berseneva E.A., Mikhailov D.U. *Current issues of planning the number of posts in the different modes of operation: manual*. Moscow, Svetlitz, 2020. 144 p.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Шипова Валентина Михайловна – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: vschipova@yandex.ru ORCID: 0000-0002-8957-921X

Берсенева Евгения Александровна – руководитель Центра, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, доцент, Москва, Российская Федерация; e-mail: eaberseneva@gmail.com ORCID: 0000-0003-3481-6190

AUTHORS

Valentina Shipova – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: vschipova@yandex.ru ORCID: 0000-0002-8957-921X

Evgeniya Berseneva – Head of the Centre, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Docent, Moscow, Russian Federation; e-mail: eaberseneva@gmail.com ORCID: 0000-0003-3481-6190

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.03.002

ОЦЕНКА МЕДИКО-ПРАВОВЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ВРАЧЕЙ (НА ОСНОВЕ АНКЕТИРОВАНИЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ МОСКВЫ)

Москвичева Л.И.¹, Петрова И.А.²

¹ Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена, Москва, Российская Федерация

² Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация

Ключевые слова:

права пациента, нормативная правовая база, компетенции врача, обучение врачей.

Аннотация

В последние годы в Российской Федерации все острее стоят проблемы снижения доверия населения системе здравоохранения и ослабления социального статуса медицинского работника. Даже обеспечение высокого качества оказываемых услуг не исключает возникновения конфликтных ситуаций в отношениях врача и пациента. Неспособность медицинских работников предупредить и сдерживать развитие конфликтов ведет к росту числа жалоб пациентов (родственников пациентов), а также их обращений в суд. Важнейшим элементом конфликт-менеджмента в современном здравоохранении является информированность медицинских работников о положениях основных нормативных правовых документов, регулирующих отношения в медицине, о законодательно закрепленных правах врача и пациента. Целью настоящей работы является определение, на основе проведения одного из социологических замеров, уровня правовых компетенций практикующих врачей Москвы.

ASSESSMENT OF LEGAL COMPETENCE OF DOCTORS (BASED ON A SURVEY OF PRACTITIONERS IN MOSCOW)

Moskvicheva L.I.¹, Petrova I.A.²

¹ P. Hertsen Moscow Oncology Research Institute, Moscow, Russian Federation

² N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

Keywords:

patient rights, regulatory framework, doctor's competence, training of doctors.

Abstract

In recent years, in the Russian Federation, the problems of reducing public confidence in the health care system and weakening the social status of medical workers have become more acute. Even ensuring the high quality of services provided does not exclude the occurrence of conflict situations in the relationship between the doctor and the patient. The inability of medical professionals to prevent and contain the development of conflicts leads to an increase in the number of patient complaints and appeals to the court. The most important element of conflict management in modern health care is the awareness of medical professionals about the provisions of the main normative legal documents regulating relations in medicine, the rights of the doctor and the patient. The purpose of this work is to determine the real level of legal competence of practicing doctors in Moscow.

Система охраны здоровья является важнейшим компонентом социальной политики и социально-ориентированной деятельности. Как и в большинстве стран мира, в Российской Федерации значительная часть процессов, происходящих в данной сфере, сложны и нередко противоречивы в понимании населения. В 2018 г., согласно одному из исследований, более трети россиян определяли здравоохранение как систему, требующую наиболее активного внимания со стороны государства, а почти половина респондентов высказалась об ухудшении ситуации в российской системе охраны здоровья [1, с. 7–16]. В результате снижения уровня доверия граждан к системе организации и оказания медицинской помощи, около двух третей медицинских работников отметили снижение восприятия социального статуса врача [2, с. 59–64].

Достаточно высокий уровень недоверия граждан к медицинским работникам, выраженная информационная асимметрия между врачом и пациентом, даже на фоне обеспечения высокого качества оказываемых медицинских услуг, способствуют росту числа конфликтных ситуаций с представителями системы здравоохранения, жалоб со стороны пациентов, досудебных и судебных разбирательств [3, с. 117–122; 4].

Безусловно, конфликтные ситуации в медицине могут возникать и развиваться вследствие различных личностных, организационных факторов – измененное эмоциональное состояние больного, реализация конфликтных моделей взаимодействия врача и пациента, высокий уровень стресса и загруженности специалиста на рабочем месте, неудовлетворительные условия труда и размер его оплаты и т.д.

Однако особая роль в возникновении и, следовательно, в профилактике развития конфликтов и их сдерживании, принадлежит знанию врачами и соблюдению ими принципов этики и деонтологии в общении с пациентом, а также четкому знанию медицинскими работниками особенностей правового статуса врача и пациента (права, обязанности, ответственность). Поэтому особое внимание организаторов здравоохранения должно уделяться повышению правовой грамотности медицинских работников и медико-правовому просвещению населения.

Согласно результатам одного из проведенных ранее исследований, 78% врачей должным образом не знают положений основных федеральных

законов, регулирующих отношения в медицине. Менее 40% специалистов применяют знания нормативных правовых документов в своей профессиональной деятельности. При этом, что действительно крайне важно, все врачи указывают на необходимость повышения уровня их этических компетенций [5, с. 166–168].

Целью настоящей работы является определение, на основе анализа результатов социологического опроса, уровня правовых компетенций практикующих врачей Москвы.

Портрет респондентов.

В рамках настоящего исследования, в феврале-апреле 2020 г., был проведен социологический опрос врачей Москвы посредством анкетирования с использованием электронного опросника (рассылка анкет в электронной почте, социальных сетях и мессенджерах).

В исследовании приняло участие 75 врачей, осуществляющих свою профессиональную деятельность в Москве. Среди респондентов было 46 (61%) женщин и 29 (39%) мужчин. Из них в амбулаторном звене на момент проведения опроса работало 31 (41%) человек, в стационарном – 44 (59%) (рисунок 1).

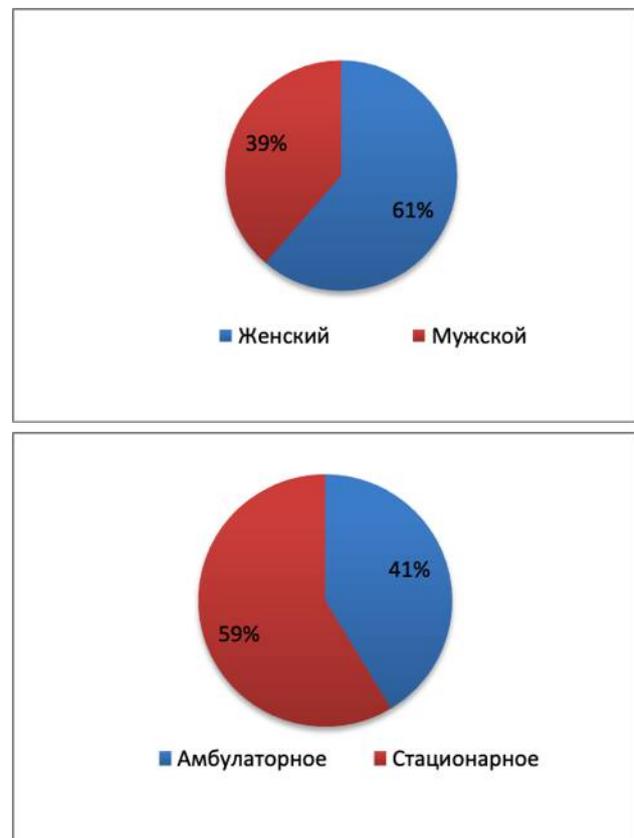


Рис. 1. Распределение респондентов в зависимости от пола и места работы

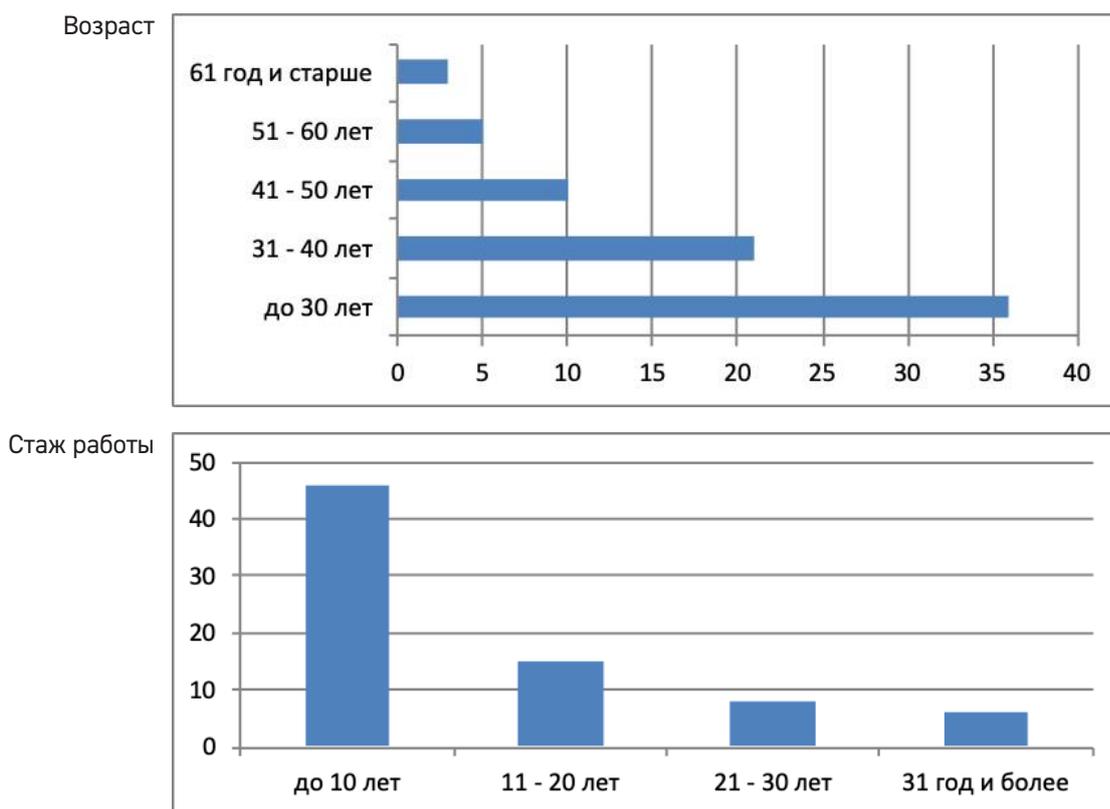


Рис. 2. Распределение респондентов в зависимости от возраста и стажа работы

Возраст врачей находился в диапазоне 25-72 года (средний показатель – 37,6 лет). Минимальный стаж работы врачом у респондентов составил 1 год, максимальный – 46 лет (средний показатель – 13,3 года). Распределение респондентов в зависимости от возрастной группы и стажа работы представлено на рисунке 2.

По профессиональной специализации респонденты относились к терапевтам (17%), хирургам (15%), онкологам (13%), эндокринологам (9%), анестезиологам и реаниматологам (8%).

Результаты исследования.

Уровень правовых компетенций врачей был определен на основании анализа ответов респондентов на следующие вопросы анкеты, дающие представление о знании участвующими в опросе врачами: 1 – нормативных правовых документов, регулирующих отношения в медицине; 2 – законодательно закрепленных прав врача и пациента; 3 – оснований компенсации морального вреда, причиненного медицинскому работнику.

По результатам анкетирования было выявлено, что наиболее известными опрошенным врачам нормативными правовыми документами (далее – НПД), имеющими отношение к медицинской де-

ятельности, являются федеральные законы «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который назвали 93% респондентов и «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», отмеченный 80% врачей. Это свидетельствует, если не о знании опрошенными врачами норм данных законов, то, по крайней мере, об их информированности о наличии этих нормативных правовых актов.

В качестве нормативных правовых документов, имеющих отношение к регулированию отношений в сфере охраны здоровья граждан, респонденты указали закон «О персональных данных» (68% респондентов), Конституцию России (61% опрошенных врачей).

К наименее известным документам, принявшими участие в опросе врачами, были отнесены: Уголовный кодекс России (о его отношении к медицине высказалось 47% медицинских работников), Гражданский кодекс России (39%), закон «О защите прав потребителей» (37%), Гражданско-процессуальный кодекс РФ (28% врачей). Это свидетельствует о том, что значительная часть медицинских работников не осведомлена о том, как отношения, складывающиеся в ходе организации

медицинской помощи и оказания медицинских услуг, регулируются нормами различных отраслей права.

В обобщенном виде выявленный уровень правовых компетенций респондентов по вопросу знания НПД, регулирующих отношения в медицине, с основанием ранжира по количеству верных ответов от 0 до 8, представлен в таблице 1.

При определении знания респондентами прав пациента, законодательно закрепленных в ст. 19 закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», было выявлено, что наибольшее число врачей назвало права пациента на получение информации о своих правах и обязанностях, о состоянии своего здоровья и выбор лиц, которым эта информация может быть предоставлена (81% респондентов), на сохранение в конфиденциальной форме информации, связанной с пациентом (79%), на отказ от медицинского вмешательства (75%), на облегчение боли доступными способами и средствами (65%) и на выбор врача (63%).

О наличии нормативно закрепленного права пациента на пребывание в медицинской организации в соответствующих санитарно-гигиенических условиях знало 53% опрошенных врачей, а о праве на проведение дополнительных консультаций и консилиумов – 49% респондентов.

Немногим более 30% врачей информировано о представленных в НПД правах пациента на получение лечебного питания в стационаре, возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи, допуск к пациенту адвоката, законного представителя для защиты его прав, допуск к пациенту священнослужителя. Это свидетельствует о том, что практикующим врачам больше известны права пациента, связанные с непосредственным оказанием пациенту медицинской услуги, чем права пациента, реализуемые в ходе организации условий оказания медицинской помощи.

В анкете были представлены вопросы-«фильтры», предусматривающие несуществующие нормы закона. Так, при проведении опроса, 28% респондентов неверно «подтвердили», что пациенты имеют право на посещение родными в условиях ОРИТ – возможность такого посещения регулируется не законом, а подзаконными актами с другой юридической силой. 5% врачей выбрали ошибочный ответ, что законодательно закрепленных прав у пациента нет.

Обобщенная оценка уровня правовых компетенций респондентов о правах пациента представлена в таблице 2.

Таблица 1

Распределение уровней правовых компетенций врачей по вопросу знания НПД, регулирующих отношения в медицине

Уровень правовых компетенций врачей	Доля респондентов (в %)
Высокий (8 верных ответов)	15%
Умеренный (6-7 верных ответов)	17%
Низкий (4-5 верных ответов)	31%
Крайне низкий (0-3 верных ответов)	37%

Таблица 2

Распределение уровней правовых компетенций врачей по вопросу знания прав пациента

Уровень правовых компетенций врачей	Доля респондентов (в %)
Высокий (11 верных ответов)	9%
Умеренный (8-10 верных ответов)	27%
Низкий (5-7 верных ответов)	37%
Крайне низкий (0-4 верных ответов)	27%

При оценке знания врачами собственных прав, представленных в НПД, для участников опроса наиболее известными правами оказались: право на обеспечение условий деятельности в соответствии с требованиями трудового законодательства; право на работу по трудовому договору (контракту); право на получение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем теоретической и практической подготовки; право на совершенствование профессиональных знаний. О данных правах медицинских работников знали 69-75% респондентов, что свидетельствует о достаточно высоком знании врачами своих базовых прав.

О наличии законодательно закрепленных прав врача на отказ от ведения пациента информированы 59% врачей, на создание профессиональных общественных объединений, формируемых на добровольной основе для защиты прав медицинских и фармацевтических работников – 57%, на защиту чести, достоинства и деловой репутации – 56%, на переподготовку при невозможности выполнять профессиональные обязанности – 48% врачей. Это свидетельствует о том, что фактически только каждый второй врач знает о столь значимых для его профессиональной деятельности законодательно закрепленных собственных правах.

Наименее известными опрошенным врачам оказались право на страхование профессиональной ответственности, о котором знают лишь 27%

опрошенных, а также право на подачу в судебные инстанции исков и встречных исков в случае недолжного поведения либо «правозащитной» активности пациента – 36% респондентов.

Особо обращает на себя внимание тот факт, что 3% респондентов-врачей не отметили ни одного пункта из представленных в анкете прав врача, 25% – не прошли вопросы-«фильтры», «подтвердив» наличие у врачей права на беспрепятственное и бесплатное использование средств связи в случае профессиональной необходимости, 28% – «подтвердили» наличие несуществующего в качестве особой правовой нормы права врача на получение бесплатной консультации юриста при возникновении необходимости, 12% – обозначили несуществующую норму права врача на бесплатное питание на рабочем месте.

Уровень правовых компетенций респондентов по вопросу знания прав медицинских работников представлен в таблице 3.

В рамках предпринятого исследования было оценено знание врачами оснований для компенсации причиненного им морального вреда согласно статье 1100 Гражданского кодекса (Часть вторая) России. При этом 60 (83%) респондентов верно отметили в качестве такого основания причинение ущерба чести, достоинству, 60 (80%) – причинение физических и/или нравственных страданий, 57 (76%) – причинение ущерба деловой репутации врача.

Таблица 3

Распределение оценки знания врачами прав медицинских работников

Уровень правовых компетенций врачей	Число респондентов (в %)
Высокий (10 верных ответов)	9%
Умеренный (7-9 верных ответов)	31%
Низкий (4-6 верных ответов)	36%
Крайне низкий (0-3 верных ответов)	24%

Таблица 4

Распределение оценок правовых компетенций врачей по вопросу знания статьи 1100 ГК РФ

Уровень правовых компетенций врачей	Доля респондентов (в %)
Высокий (3 верных, 0 ложных ответов)	17%
Умеренный (3 верных, 1-2 ложных ответов)	21%
Низкий (1-2 верных, 0 ложных ответов)	45%
Крайне низкий (1-2 верных, 1-2 ложных ответов)	16%

Вместе с тем, 56% респондентов неверно полагают, что основанием компенсации морального вреда, согласно данной статье, является причинение врачу материального ущерба, а 47% – причинение ущерба инвентарю и оборудованию медицинской организации, за которые врач несет ответственность.

Выявленный уровень правовых компетенций респондентов по вопросу знания положений статьи 1100 ГК РФ представлен в таблице 4.

Выводы.

Таким образом, среднее число опрошенных практикующих врачей, обладающих высоким уровнем правовых компетенций, составило 13%, умеренным – 24%, низким – 37%, крайне низким – 26%. Полученные результаты подтверждают выводы ряда исследований о необходимости проведения мероприятий по повышению уровня правовых компетенций практикующих врачей, так как данный механизм является важнейшим элементом конфликт-менеджмента в условиях работы в современных медицинских организациях.

Приоритетными направлениями деятельности по повышению правовой грамотности медицинских работников [6, с. 75–84; 7, с. 12–17] в настоящее время могут рассматриваться следующие: различные формы сотрудничества медицинских организаций с кафедрами медицинской этики, деонтологии и права высших учебных заведений, а также представителями юридического сообщества; проведение курсов и семинаров по медицинскому праву в рамках последипломного медицинского образования специалистов; включение курсов повышения квалификации по данным вопросам в программы непрерывного медицинского образования; осуществление оценки уровня правовых компетенций врачей при проведении регулярной аттестации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лежнина Ю.П. На пороге нового президентского срока В.В. Путина: чего ожидает население? / Ю.П. Лежнина // *Власть*. – 2018. – № 7. – С. 7–16.
2. Семина Т.В. Социологическая оценка кадров здравоохранения с целью выявления их правового и этического поведения / Т.В. Семина // *Научное обозрение. Серия 2. Гуманитарные науки*. – 2011. – № 3. – С. 59–64.
3. Бокерия Л.А. Правовые вопросы в здравоохранении: проблемы и решения / Л.А. Бокерия, Т.В. Семина // *Новости сердечно-сосудистой хирургии*. – 2017. – Т. 1. – № 3–4. – С. 117–122.
4. Андреева С.Н. Особенности судебной практики при рассмотрении дел, связанных с дефектами оказания стоматологической помощи при дентальной имплантации / С.Н. Андреева, В.А. Фетисов // *Journal of Siberian Medical Sciences*. – 2019. – № 2.
5. Трусова Л.Н. Сравнительная оценка правовой грамотности в области здравоохранения у практикующих врачей и студентов медицинского университета / Л.Н. Трусова, В.Н. Рассказова // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2014. – Т. 8. – № 3. – С. 166–168.
6. Светличная Т.Г. Права пациента: законодательное обеспечение и практическая реализация / Т.Г. Светличная, В.К. Зинкевич, И.А. Петрова // *Заместитель главного врача*. – 2013. – Т. 5. – № 84. – С. 75–84.
7. Перепелова О.В. Пациент-центрированность при оказании населению медицинских услуг как ценность и принцип деятельности / О.В. Перепелова, И.А. Петрова // *Менеджер здравоохранения*. – 2019. – № 10. – С. 12–17.

REFERENCES

1. Lezhnina Yu.P. On the threshold of a new presidential term of V.V. Putin: what does the population expect? *Vlast'*, 2018, no. 7, pp. 7–16. (In Russian).
2. Semina T.V. Sociological assessment of healthcare personnel in order to identify their legal and ethical behavior. *Scientific Review. Series 2. Humanities*, 2011, no. 3, pp. 59–64. (In Russian).
3. Bokeria L.A., Semina T.V. Legal issues in healthcare: problems and solutions. *Cardiovascular Surgery News*, 2017, vol. 1, no. 3–4, pp. 117–122. (In Russian).
4. Andreeva S.N., Fetisov V.A. Features of judicial practice in cases involving defects in dental care during dental implantation. *Journal of Siberian Medical Sciences*, 2019, no. 2. (In Russian).
5. Trusova L.N., Rasskazova V.N. Comparative assessment of legal literacy in the field of health care among practicing doctors and students of medical University. *International Journal of Applied and Basic Research*, 2014, vol. 8, no. 3, pp. 166–168. (In Russian).
6. Svetlichnaya T.G., Zinkevich V.K., Petrova I.A. Patient rights: legislative support and practical implementation. *Deputy Chief Physician*, 2013, vol. 5, no. 84, pp. 75–84. (In Russian).
7. Perepelova O.V., Petrova I.A. Patient-centricity in providing medical services to the population as a value and principle of activity. *Health Manager*, 2019, no. 10, pp. 12–17. (In Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Москвичева Людмила Ивановна – врач-онколог кабинета ультразвуковой диагностики и терапии, Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена, Москва, Российская Федерация; e-mail: ludamed16@mail.ru
ORCID: 0000-0002-5750-8492

Петрова Ирина Анатольевна – ведущий научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», кандидат философских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: iap61@inbox.ru
ORCID: 0000-0001-9034-4226

AUTHORS

Liudmila Moskvicheva – oncologist of the Ultrasound Department, P. Hertsen Moscow Oncology Research Institute, Moscow, Russian Federation; e-mail: ludamed16@mail.ru
ORCID: 0000-0002-5750-8492

Irina Petrova – Leading researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, PhD in Philosophy, Moscow, Russian Federation; e-mail: iap61@inbox.ru
ORCID: 0000-0001-9034-4226

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.03.003

ЗНАЧЕНИЕ МИКРОНУТРИЕНТНОГО СТАТУСА РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ РИСКАХ

Мингазова Э.Н.¹, Гуреев С.А.¹

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова:

микронутриентный статус, витамины, микроэлементы, социальные группы населения, инфекционные болезни, витаминизация, обогащение рационов.

Аннотация

Сегодня, в связи с глобальными инфекционными угрозами, в том числе вспышкой COVID-19, особую актуальность в области общественного здравоохранения наряду с противоэпидемическими мероприятиями (карантин, прививки и т.п.) приобретают дополнительные гигиенические меры, включая обогащение рационов питания населения в лечебных и профилактических целях. В статье представлен обзор зарубежной литературы о роли оптимального микронутриентного статуса в повышении сопротивляемости организма при угрозах инфекционных заболеваний, проблемах обеспеченности витаминами и микроэлементами различных социальных групп населения. Показано, что особо подвержены риску инфекционных заболеваний во время эпидемий уязвимые группы населения, в частности, люди с низким социально-экономическим статусом, дети, женщины, пожилые люди, а также лица с ожирением. Внимания требует обеспеченность населения витаминами и микроэлементами, особенно значимыми для поддержки иммунитета, такими как витамины D, C, A, микроэлементы – цинк, селен и железо.

VALUE OF THE MICRONUTRIENT STATUS OF DIFFERENT SOCIAL POPULATIONS AT INFECTIOUS RISKS

Mingazova E.N.¹, Gureev S.A.¹

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

Keywords:

micronutrient status, vitamins, minerals, social groups, infectious diseases, vitaminization, enrichment of diets.

Abstract

Today, due to global infectious threats, including the outbreak of COVID-19, additional hygiene measures, including enrichment of the diets of the population for therapeutic and preventive purposes, are of particular relevance in public health along with anti-epidemic measures (quarantine, vaccinations, etc.). The article presents a review of foreign literature on the role of optimal micronutrient status in increasing the body's resistance to threats of infectious diseases, and the problems of providing vitamins and minerals to various social groups. It has been shown that vulnerable populations are particularly at risk of infectious diseases during epidemics, in particular, people with low socio-economic status, children, women, the elderly, as well as people with obesity. Attention is required to provide the population with vitamins and minerals that are especially important for supporting immunity, such as vitamins D, C, A, microelements - zinc, selenium and iron.

В XXI веке во многих странах мира инфекционные болезни все еще остаются основными причинами заболеваемости населения. В январе 2020 г. Всемирная организация здравоохранения объявила о вспышке новой коронавирусной инфекции (COVID-19) как пандемии, которая создает беспрецедентные риски для пациентов и систем здравоохранения во всем мире. Сегодня, в связи с глобальными инфекционными угрозами, особую актуальность приобретают, наряду с противоэпидемическими мероприятиями (карантин, прививки и т.п.), и дополнительные санитарно-гигиенические меры, в том числе оптимизация микронутриентного статуса питания населения для повышения сопротивляемости организма.

Нами проведен обзор зарубежной научной литературы, содержащей сведения о роли оптимального микронутриентного статуса в повышении сопротивляемости организма при угрозах инфекционных заболеваний, проблемах обеспеченности витаминами и микроэлементами различных социальных групп населения.

Методы исследования: применялись библиографический, информационно-аналитический методы, контент-анализ и метод сравнительного анализа.

В вопросах профилактики и лечения инфекционных заболеваний нельзя переоценить роль микронутриентов, к которым относятся витамины А, В₆, В₁₂, С, D, Е, фолиевая кислота, а также минералы (цинк, железо, селен, магний и медь), необходимых для поддержки иммунной системы, уменьшения риска, продолжительности и тяжести заболевания. Известно, что витамин В₆ стимулирует синтез нуклеиновых кислот, необходимых для роста клеток и выработки антител для борьбы с инфекционными агентами; витамин Е повышает устойчивость к вирусным инфекционным заболеваниям; витамин С способствует активности макрофагов, сокращает продолжительность инфекционных заболеваний, а витамин D снижает риск развития острых респираторных инфекций на 25-30% [1, с. 384–390].

Исследованиями определена особая роль витамина D в снижении риска инфекций дыхательных путей с учетом эпидемиологических характеристик гриппа и COVID-19. По мнению некоторых исследователей, существует некая связь вспышки COVID-19, которая произошла зимой и ранней весной, с особо низкими концентрациями

25-гидроксивитамина D (25 (ОН) D) у населения в эти временные периоды года. Кроме того, отмечается более низкая частота встречаемости случаев заболевания в южном полушарии в конце лета, чем в регионах севернее [2, с. 988].

Для снижения риска заражения гриппом и/или COVID-19 людям, более подверженным этим рискам, рекомендуется принимать 10000 МЕ/сут витамина D₃ в течение нескольких недель, чтобы быстро повысить концентрацию 25 (ОН) D, а затем снизить суточную дозу приема до 5000 МЕ/сут. Целевой нормой должно быть повышение концентрации 25 (ОН) D выше 40–60 нг/мл (100–150 нмоль/л) [2, с. 988].

Низкие уровни обеспеченности населения 25-гидроксивитамином D (25ОНD) оказывают негативное влияние на здоровье, в частности, на риск инфекционных заболеваний дыхательных путей. Для изучения влияния приема витамина D на показатели состояния здоровья населения европейских стран, был проведен системный количественный обзор 210 рандомизированных клинических тестов, включенных в мета-анализы. Обнаружено положительное влияние приема витамина D при лечении инфекций дыхательных путей [3, с. e0180512].

С целью оценки общего влияния приема витамина D на риск развития острой инфекции дыхательных путей были проведены комплексные исследования, включающие в себя рандомизированные, двойные слепые, а также плацебо-контролируемые тесты потребления пищевых добавок с витамином D₃ или витамином D₂, скорректированные с данными о частоте возникновения острой инфекции дыхательных путей. Общее количество рандомизированных контролируемых исследований составило 25 с участием 11321 человека в возрасте от момента рождения до 95 лет, для 10933 (96,6%) участников были получены индивидуальные данные. Получены результаты, свидетельствующие, что обогащение рационов питания витамином D снижали риск острой инфекции дыхательных путей у всех участников. Доказано, что введение витамина D было безопасным и защищало от риска острых инфекций дыхательных путей в целом, притом наибольший защитный эффект наблюдался у пациентов с дефицитом витамина D до проведения теста и тех, кто не получал болюсные дозы [4, с. 1–14].

Инфекционные факторы риска по-прежнему

являются основными причинами смертности населения, особенно в регионах с низкой материальной обеспеченностью определенных социальных групп. По данным исследований, около 1,7 миллиона случаев смерти в год в мире связаны с инфекционной заболеваемостью и низким санитарно-гигиеническим уровнем проживания населения. В странах с низкими доходами населения, среди основных причин детской смертности (в возрасте до 5 лет), наряду с неонатальными заболеваниями, остаются диарея и инфекции нижних дыхательных путей. При этом, наиболее важными патогенами при диарее являются ротавирус, а при инфекциях нижних дыхательных путей – пневмококк. Девять из десяти случаев смерти от рисков, связанных с низким санитарно-гигиеническим уровнем проживания населения и инфекционными заболеваниями, приходится на детей развивающихся стран. Лишь за 2016 год от острых инфекций дыхательных путей во всем мире умерло около 2,38 миллиона человек [5, с. 117–171; 6, с. 1181].

Связь дефицитарного микронутриентного статуса населения с низким уровнем дохода проявляется во многих странах мира. Как показали исследования, более высокая распространенность гиповитаминоза витамина С наблюдалась у лиц с низким социально-экономическим статусом и у курильщиков. При тестировании среди лиц с высоким содержанием витамина С, были отмечены меньшие показатели индекса массы тела и окружности талии, а также лучшие показатели метаболического обмена, включая HbA1c, инсулин и триглицериды, факторы риска развития диабета 2 типа. Кроме того, у лиц с самой высокой концентрацией витамина С в плазме наблюдались более низкие уровни когнитивных нарушений [7, с. 831].

Исследования, проведенные в Великобритании и Северной Америке, показали, что дефицит витамина С наблюдается у 1 из 5 мужчин и 1 из 9 женщин в группах с низкими доходами. В Индии также проводились исследования по проблематике дефицита витамина С среди населения с низкой материальной его обеспеченностью путем популяционного поперечного обследования населения в двух регионах (север и юг). Только 10,8% выборки с севера и 25,9% из южных районов соответствовали критериям адекватного уровня содержания витамина С в крови. Дефицит витамина

С варьировался в зависимости от времени года и был более распространенным среди мужчин, чьи антропометрические показатели говорили о плохом питании. Определено, что недостаток витамина С был больше по мере увеличения возраста и потребления табака и других курительных смесей [8, с. e28588].

Многие исследователи указывают на значимую роль селена и цинка в поддержке антибактериальной и противовирусной защиты организма. С целью определения уровней потребления и статуса Se в различных группах населения в Европе, включая Великобританию, и на Ближнем Востоке, был проведен системный анализ обзоров мета-анализов, рандомизированных контролируемых, когортных и поперечных 19 исследований в Европе и 15 исследований на Ближнем Востоке, в которых сообщалось о потреблении Se и концентрации Se в воде и/или продуктах питания, а также 48 исследований в Европе и 44 исследований на Ближнем Востоке, в которых сообщалось о статусе Se среди населения этих регионов мира. Было обнаружено, что для населения Европы, включая Великобританию, и Ближнего Востока, характерен в основном субоптимальный статус Se. В странах Восточной Европы потребление Se было ниже, чем в странах Западной Европы. Ближневосточные исследования дали разные результаты, возможно, из-за различных пищевых привычек в разных социально-экономических группах. В целом обзор показал, что потребление и статус Se являются ниже оптимальных в странах Европы и Ближнего Востока [9, с. 1494–1537].

Дефицит цинка от легкой до умеренной степени распространен во всем мире при относительно низкой встречаемости его острого дефицита. По мнению авторов исследований, недостаток цинка является причиной приблизительно 16% инфекций нижних дыхательных путей, 18% малярии и 10% диарейных заболеваний в мире. Наибольшая доля инфекций нижних дыхательных путей наблюдалась в странах AFR-E (страны Африканского региона с низкими доходами), AMR-D (страны Американского региона с низкими доходами), EMR-D (страны региона Восточного Средиземноморья с низкими доходами). Значительный недостаток цинка лежит в основе нарушений иммунной функции и высокого риска респираторных инфекционных заболеваний, малярии и диареи детей [10].

Цинк способствует росту и активности иммунных клеток, принимает участие в функционировании нескольких сотен ферментов и играет важную роль в поддержании фагоцитоза, выработке антител, пролиферации активированных Т-клеток и высвобождении цитокинов. Омега-3 жирные кислоты способствуют заживлению воспалительных процессов при инфекционных и аллергических респираторных заболеваниях [11, с. 71–76; 12].

Цинк, необходимый для роста и функционирования клеток микроэлемент, участвует в регуляции врожденных и адаптивных иммунных реакций. Дефицит цинка способствует усилению воспалительного процесса и повреждению тканей, приводя к клеточно-опосредованной иммунной дисфункции, что ухудшает состояние человека при бактериальной инфекции, особенно при угрозе сепсиса. Цинк является особым компонентом сигнального пути уничтожения патогенов, что способствует развитию клеточного иммунитета. Цинк принимает участие в контроле над провоспалительным ответом, активируя ядерный фактор «каппа-В», который является основным регулятором провоспалительных ответов, также участвует в контроле окислительного стресса и регуляции воспалительных цитокинов. Ввиду этого, коррекция питания и/или потребление витаминно-минеральных комплексов, содержащих цинк, могут помочь в устранении дефицита цинка. Обогащение цинком рационов питания, либо продуктов питания, доказывает не только медицинскую, но и экономическую эффективность во многих странах мира [13, с. 624–649].

Кроме того, по результатам исследований определяется, что в ряду микроэлементов, важных для сопротивляемости организма при риске массовых инфекционных заболеваний, значимое место занимает железо. Дефицит этого микроэлемента является одним из наиболее распространенных форм алиментарной необеспеченности организма в мире и затрагивает около двух миллиардов человек. Авторы считают, что 0,8 миллиона (1,5%) смертей в мире связаны с дефицитом железа, в том числе 1,3% всех случаев смерти мужчин и 1,8% всех случаев смерти женщин. Маленькие дети, а также беременные и женщины после родов страдают от дефицита железа чаще и тяжелее из-за высоких потребностей в железе в периоды роста и беременности. Недостаток железа может

сохраняться на протяжении всей жизни в тех популяциях, чей рацион питания характеризуется недостаточным потреблением мяса. Доказано, что дефицит железа снижает работоспособность, в том числе аэробную, из-за недостаточной функции таких механизмов, как транспортировка кислорода и эффективность дыхания в мышцах, что может быть смертельно опасным при инфекционных респираторных заболеваниях [10; 14].

Исследования в области охраны материнства и детства доказывают, что именно дети в возрасте до пяти лет и женщины репродуктивного возраста испытывают наибольший дефицит микронутриентов и его неблагоприятных последствий для здоровья, особенно при риске инфекционных заболеваний. По оценкам ВОЗ, около 27% (168 миллионов) детей в возрасте до пяти лет имеют недостаточный вес. Дети и подростки с недостаточным питанием подвержены риску тяжелых форм инфекций и высокой смертности от инфекционных заболеваний, особенно, от диареи и пневмонии. Даже легкое недоедание подвергает ребенка повышенному риску смерти. Около 50–70% последствий диареи, кори, малярии и инфекций нижних дыхательных путей в детстве связаны с недоеданием. Хроническое недоедание в первые два-три года жизни может также привести к долгосрочным задержкам развития ребенка, к снижению сопротивляемости организма в будущем [15; 16, с. 1207–1221; 17, с. 1–18].

В связи с особой важностью вопроса обеспеченности детского организма витамином D при риске инфекционных заболеваний, а также значимости метаболизма кальция и фосфата для поддержки правильного развития скелета в детском возрасте, в исследованиях особое внимание уделялось изучению обеспеченности витамином D среди детского населения. Так, статус витамина D у детей младшего возраста (1–3 года) на популяционной выборке (5571 ребенок) был исследован в юго-восточном регионе Китая. Как показал анализ, уровни 25 (ОН) D в сыворотке крови у детей в возрасте 1–3 года варьировались от 20,6–132,9 нмоль/л (медиана: 71,5 нмоль/л). У 16,1% детей обнаружен дефицит витамина D (<50 нмоль/л), у 38,8% детей – достаточный (50–74,9 нмоль/л) уровень витамина D, у 45,1% детей младшего возраста – оптимальный статус витамина D (75 нмоль/л). Распространенность дефицита витамина D была выше осенью (19,5%), чем летом

(12,1%) [18, с. 1–11].

Кроме того, в Китае проведено исследование 15000 детей и подростков в возрасте 6–17 лет в целях оценки статуса витамина D и факторов риска дефицита витамина D. Возраст, пол, тип региона, этническая принадлежность, время, которое ребенок обычно проводит на открытом воздухе, и прием витамина D были задокументированы в унифицированных опросниках. Временной сезон года фиксировался по дате взятия крови. Местоположение было разделено на север и юг горами Циньлин Китая и рекой Хуайхэ. Уровень ультрафиолетового излучения В (UVB) был классифицирован в соответствии с получаемой дозой для проживающих в конкретном районе в соответствии с данными Национального управления по авиации и исследованию космического пространства КНР. По результатам исследования было определено, что дефицит витамина D был широко распространен среди китайских детей и подростков в возрасте от 6 до 17 лет. Средняя концентрация в сыворотке 25 (ОН) D составляла 48,2 (35,4–63,4) нмоль/л, при этом средняя концентрация среди мальчиков составляла 50,0 (36,5–65,7) нмоль/л, что было статистически выше этого показателя среди девочек 46,7 (34,4–60,9) нмоль/л ($p < 0,001$). Общая распространенность дефицита витамина D составила 53,2%: среди мальчиков 50,0% и среди девочек 56,5%. Исследования показали, что статус витамина D у детей и подростков зависит от времени года и возраста, что предполагает необходимость получения детьми необходимого количества добавок витамина D и проведения на открытом воздухе большего времени, по мере роста, для продления благоприятного воздействия солнечного света на детский организм [19, с. 1024].

Еще одним фактором риска при инфекционных заболеваниях является ожирение и низкая обеспеченность микронутриентами. Рандомизированное клиническое обследование лиц с ожирением проведено с определением связей концентраций цинка и витаминов А, С и Е с индексом массы тела (ИМТ). В обследовании участвовали женщины в возрасте $37 \pm 7,5$ лет ($n=580$) из 6 сельских общин Мексики. Было обнаружено, что распространенность избыточного веса и ожирения составила 36% (ИМТ > 25 кг/м²) и 44% (ИМТ > 30 кг/м²), соответственно. Распространенность дефицита цинка и витаминов С и Е была

одинаковой у женщин с ожирением, избыточным весом и нормальным весом. Витамин С был отрицательно связан с ИМТ, а также с соотношением размера талии, ростом и концентрациями лептина ($p < 0,05$). Витамин А был положительно связан с лептином ($p < 0,05$). При стратификации по ИМТ, процент жира тела и окружности талии, высокие концентрации лептина были связаны с более низкими концентрациями цинка и витамина С у женщин с ожирением ($p < 0,05$) и более высокими концентрациями витамина А у женщин без ожирения ($p < 0,01$). Состояние витамина Е не было связано ни с какими маркерами ожирения. Таким образом, у женщин концентрации витамина С и цинка были положительно связаны с показателями ожирения и тучности, в то время как витамин А имел противоположный эффект. Эти микроэлементы могут играть важную роль в отложении жира и патогенезе ожирения [20, с. 59].

С распространением ожирения у детей и подростков в разных странах актуальными становятся вопросы статуса у них витаминов А и С, а также микроэлементов, важных при рисках массовых инфекций. Проведено исследование взаимосвязи между обеспеченностью микронутриентами и ожирением. Результаты исследования 197 детей школьного возраста показали, что витамины С и Е отрицательно связаны с индексом массы тела (ИМТ), соотношением талии и роста, а также жировой ткани тела и живота ($p < 0,05$). Витамин А был положительно связан с ИМТ, ИМТ-возрастом, соотношением талии, роста и брюшным жиром ($p < 0,05$). Железо и витамин Е были отрицательно связаны с инсулином ($p < 0,05$), а витамины А, С, Е и железо были отрицательно связаны с СРБ ($p < 0,05$). Анализ показал, что дети с избыточным весом и ожирением, у которых также были низкие концентрации витамина А, имели более высокий СРБ и более низкие триглицериды ($p < 0,1$). Дети с низким содержанием витамина Е имели значительно более низкий уровень глюкозы и триглицеридов ($p < 0,1$) и более низкую плотность концентрации липопротеинов (ЛПНП) ($p < 0,05$). Дети с низкими концентрациями цинка имели более высокую инсулинорезистентность по сравнению с детьми с нормальным весом ($p < 0,05$). Низкие концентрации витаминов С и Е были связаны с ожирением. Низкие концентрации цинка, витаминов А и Е у детей с избыточным весом и ожирением были связаны с липидами, воспалением и ре-

зистентностью к инсулину [10; 21, с. 5012–5030].

Кроме того, в исследованиях отмечается, что среди населения старшего возраста прослеживается повышенный риск инфекционных заболеваний и усугубление тяжести заболевания по мере старения лиц данной возрастной группы. Существует взаимозависимость между питанием, иммунитетом, инфекционным риском и заболеванием. Изменения в одном компоненте влияют на другие. Дефицитарный микронутриентный статус является общепризнанной проблемой общественного здравоохранения, а несбалансированные рационы питания усиливают риски к определенным инфекциям. Иммунная функция может быть улучшена путем восстановления дефицитных микронутриентов до рекомендуемых уровней, тем самым увеличивая устойчивость к инфекции и поддерживая более быстрое выздоровление при заражении. Одной только диеты может быть недостаточно. Необходимо обогащение рационов микронутриентами с учетом конкретных возраст-

ных потребностей и применения витаминно-минеральных комплексов [22, с. 1531].

Таким образом, при риске массовых инфекционных заболеваний крайне важны профилактические мероприятия, в частности коррекция состояний, связанных с недостаточной обеспеченностью микронутриентами. Особо подвержены риску инфекционных заболеваний во время эпидемий уязвимые группы населения: дети, женщины, пожилые люди, лица с ожирением, а также люди с низким социально-экономическим статусом. Внимания требуют меры по обеспечению населения оптимального статуса витаминов и микроэлементов, значимых для поддержки иммунитета, таких как витамины D, C, A, а также цинк, селен и железо. Полноценное питание с оптимальным содержанием микронутриентов может быть обеспечено путем обогащения пищевых продуктов массового потребления витаминами и микроэлементами, а также обоснованного потребления витаминно-минеральных комплексов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ginde A.A. Association between serum 25-hydroxyvitamin D level and upper respiratory tract infection in the Third National Health and Nutrition Examination Survey / A.A. Ginde, J.M. Mansbach, C.A. Camargo // *Archives of Internal Medicine*. – 2009. – Vol. 169. – № 4. – P. 384–390.
2. Grant W.G. Evidence that Vitamin D Supplementation Could Reduce Risk of Influenza and COVID-19 Infections and Deaths / W.G. Grant, H. Lahore, S.L. McDonnell [et al.] // *Nutrients*. – 2020. – Vol. 12. – № 4. – P. 988.
3. Rejnmark L. Non-skeletal health effects of vitamin D supplementation: A systematic review on findings from meta-analyses summarizing trial data / L. Rejnmark, L.S. Bislev, K.D. Cashman [et al.] // *PLoS ONE*. – 2017. – Vol. 12. – № 7. – P. e0180512.
4. Martineau A.R. Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory tract infections: systematic review and meta-analysis of individual participant data / A.R. Martineau, D.A. Jolliffe, R.L. Hooper [et al.] // *Health Technology Assessment*. – 2019. – Vol. 23. – № 2. – P. 1–14.
5. Wang H. Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators / H. Wang, R. Lozano, A. Davis // *The Lancet*. – 2015. – Vol. 385. – № 9963. – P. 117–171.
6. Calder P.C. Optimal nutritional status for a well-functioning immune system is an important factor to protect against viral infections / P.C. Calder, A.C. Carr, A.F. Gombart, M. Eggersdorfer // *Nutrients*. – 2020. – Vol. 12. – № 4. – P. 1181.
7. Pearson J.F. Vitamin C Status Correlates with Markers of Metabolic and Cognitive Health in 50-Year-Olds: Findings of the CHALICE Cohort Study / J.F. Pearson, J.M. Pullar, R. Wilson [et al.] // *Nutrients*. – 2017. – № 8. – P. 831.
8. Ravindran R.D. Prevalence and Risk Factors for Vitamin C Deficiency in North and South India: A Two Centre Population Based Study in People Aged 60 Years and Over / R.D. Ravindran, P. Vashist, S.K. Gupta [et al.] // *PLoS ONE*. – 2011. – Vol. 6. – № 12. – P. e28588.
9. Stoffaneller R. A review of dietary selenium intake and selenium status in Europe and the Middle East / R. Stoffaneller, N.L. Morse // *Nutrients*. – 2015. – Vol. 7. – № 3. – P. 1494–1537.
10. Reducing risks, Promoting healthy life // *World Health Report, 2002*. – 230 p. – URL: <https://www.who.int/whr/2002/en/>
11. Громова О.А. Алгоритм витаминной профилактики у детей при острых респираторных заболеваниях: технология повышения неспецифической резистентности / О.А. Громова, В.Г. Ребров // *Вопросы современной педиатрии*. – 2007. – Т. 6. – № 3. – С. 71–76.

12. Calder P.C. Nutrition, immunity and COVID-19 / P.C. Calder // *BMJ Nutrition, Prevention and Health*, 2020. – URL: <https://nutrition.bmj.com/content/early/2020/05/20/bmjnp-2020-000085.info>
13. Gammoh N.Z. Zinc in infection and inflammation / N.Z. Gammoh, L. Rink // *Nutrients*. – 2017. – Vol. 9. – № 6. – P. 624–649.
14. Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia / Edited by Stoltzfus R.J., Dreyfuss M.L. – Washington: ILSI Press, 1998. – 39 p.
15. WHO global database on child growth and malnutrition. – Geneva: World Health Organization, 2002. – URL: <http://www.who.int/nutgrowthdb/>
16. Rice A.L. Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries / A.L. Rice, L. Sacco, A. Hyder [et al.] // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2000. – Vol. 78. – P. 1207–1221.
17. Grantham-McGregor S.M. Undernutrition and mental development / S.M. Grantham-McGregor, C.C. Ani // *Nestle Nutrition Workshop Series: Clinical and Performance Program*. – 2001. – Vol. 5. – P. 1–18.
18. Zhao X. Vitamin D Status among Young Children Aged 1–3 Years: A Cross-Sectional Study in Wuxi, China / X. Zhao, J. Xiao, X. Liao [et al.] // *PLoS ONE*. 2015. – Vol. 10. – № 10. – P. 1–11.
19. Hu Y. Vitamin D Nutritional Status and Its Related Factors for Chinese Children and Adolescents in 2010–2012 / Y. Hu, J. Chen, R. Wang [et al.] // *Nutrients*. – 2017. – Vol. 9. – № 9. – P. 1024.
20. García O.P. Zinc, vitamin A, and vitamin C status are associated with leptin concentrations and obesity in Mexican women: results from a cross-sectional study / O.P. García, D. Ronquillo, M. del C. Caamaño [et al.] // *Nutrition and Metabolism*. – 2012. – Vol. 9. – № 1. – P. 59.
21. García O.P. Zinc, Iron and Vitamins A, C and E Are Associated with Obesity, Inflammation, Lipid Profile and Insulin Resistance in Mexican School-Aged Children / O.P. García, D. Ronquillo, M. del C. Caamaño [et al.] // *Nutrients*. – 2013. – Vol. 5. – № 12. – P. 5012–5030.
22. Maggini S. Immune Function and Micronutrient Requirements Change over the Life Course / S. Maggini, A. Pierre, P.C. Calder // *Nutrients*. – 2018. – Vol. 10. – № 10. – P. 1531.

REFERENCES

1. Ginde A.A., Mansbach J.M., Camargo C.A. Association between serum 25-hydroxyvitamin D level and upper respiratory tract infection in the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Archives of Internal Medicine*, 2009, vol. 169, no. 4, pp. 384–390.
2. Grant W.G., Lahore H., McDonnell S.L. [et al.]. Evidence that Vitamin D Supplementation Could Reduce Risk of Influenza and COVID-19 Infections and Deaths. *Nutrients*, 2020, vol. 12, no. 4, p. 988.
3. Rejnmark L., Bislev L.S., Cashman K.D. [et al.]. Non-skeletal health effects of vitamin D supplementation: A systematic review on findings from meta-analyses summarizing trial data. *PLoS ONE*, 2017, vol. 12, no. 7, pp. e0180512.
4. Martineau A.R., Jolliffe D.A., Hooper R.L. [et al.]. Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory tract infections: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Health Technology Assessment*, 2019, vol. 23, no. 2, pp. 1–14.
5. Wang H., Lozano R., Davis A. Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 2015, vol. 385, no. 9963, pp. 117–171.
6. Calder P.C., Carr A.C., Gombart A.F., Eggersdorfer M. Optimal nutritional status for a well-functioning immune system is an important factor to protect against viral infections. *Nutrients*, 2020, vol. 12, no. 4, p. 1181.
7. Pearson J.F., Pullar J.M., Wilson R. [et al.]. Vitamin C Status Correlates with Markers of Metabolic and Cognitive Health in 50-Year-Olds: Findings of the CHALICE Cohort Study. *Nutrients*, 2017, vol. 9, no. 8, p. 831.
8. Ravindran R.D., Vashist P., Gupta S.K. [et al.]. Prevalence and Risk Factors for Vitamin C Deficiency in North and South India: A Two Centre Population Based Study in People Aged 60 Years and Over. *PLoS ONE*, 2011, vol. 6, no. 12, p. e28588.
9. Stoffaneller R., Morse N.L. A review of dietary selenium intake and selenium status in Europe and the Middle East. *Nutrients*. 2015, vol. 7, no. 3, pp. 1494–1537.
10. Reducing risks promoting healthy life. *World Health Report*, 2002. 230 p. URL: <https://www.who.int/whr/2002/en>
11. Gromova O.A., Rebrov V.G. Algorithm of vitamin prevention in children with acute respiratory diseases: technology for increasing non-specific resistance. *Questions of modern Pediatrics*, 2007, no. 3, pp. 71–76. (In Russian).
12. Calder P.C. Nutrition, immunity and COVID-19. *BMJ Nutrition, Prevention and Health*, 2020. URL: <https://nutrition.bmj.com/content/early/2020/05/20/bmjnp-2020-000085.info>
13. Gammoh N.Z., Rink L. Zinc in infection and inflammation. *Nutrients*, 2017, vol. 9, no. 6, pp. 624–649.

14. *Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia*. Edited by Stoltzfus R.J., Dreyfuss M.L. Washington, ILSI Press, 1998. 39 p.
15. *WHO global database on child growth and malnutrition*. Geneva: World Health Organization, 2002, URL: <http://www.who.int/nutgrowthdb/>
16. Rice A.L., Sacco L., Hyder A. [et al.]. Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, vol. 78, pp. 1207–1221.
17. Grantham-McGregor S.M., Ani C.C. Undernutrition and mental development. *Nestle Nutrition Workshop Series: Clinical and Performance Program*, 2001, vol. 5, pp. 1–18.
18. Zhao X., Xiao J., Liao X. [et al.]. Vitamin D Status among Young Children Aged 1–3 Years: A Cross-Sectional Study in Wuxi, China. *PLoS ONE*, 2015, vol. 10, no. 10, pp. 1–11.
19. Hu Y., Chen J., Wang R. [et al.]. Vitamin D Nutritional Status and Its Related Factors for Chinese Children and Adolescents in 2010–2012. *Nutrients*, 2017, vol. 9, no. 9, pp. 1024.
20. García O.P., Ronquillo D., Caamaño M. del C. [et al.]. Zinc, vitamin A, and vitamin C status are associated with leptin concentrations and obesity in Mexican women: results from a cross-sectional study. *Nutrition and Metabolism*, 2012, vol. 9, no. 1, pp. 59.
21. García O.P., Ronquillo D., Caamaño M. del C. [et al.]. Zinc, Iron and Vitamins A, C and E Are Associated with Obesity, Inflammation, Lipid Profile and Insulin Resistance in Mexican School-Aged Children. *Nutrients*, 2013, vol. 5, no. 12, pp. 5012–5030.
22. Maggini S., Pierre A., Calder P.C. Immune Function and Micronutrient Requirements Change over the Life Course. *Nutrients*, 2018, vol. 10, no. 10, pp. 1531.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Мингазова Эльмира Нурисламовна – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: elmira_mingazova@mail.ru
ORCID: 0000-0002-8558-8928

Гуреев Сергей Александрович – аспирант, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: gur.serg@gmail.com
ORCID: 0000-0003-0976-5539

AUTHORS

Elmira Mingazova – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: elmira_mingazova@mail.ru
ORCID: 0000-0002-8558-8928

Sergey Gureev – PhD Student, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: gur.serg@gmail.com
ORCID: 0000-0003-0976-5539

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.03.004

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ И ПРОБЛЕМАХ С ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Тельнова Е.А.¹, Плесовских А.В.², Загоруйченко А.А.¹

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

² *Межотраслевое объединение «Фармпробег», Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова:

лекарственные средства, лекарственные препараты, эффективность и безопасность, лекарственные формы, педиатрия, дети, новорожденные, клинические исследования, фармакокинетика, фармакодинамика, метаболизм.

Аннотация

Современная педиатрия в последние годы получила интенсивное развитие. Однако, существующие успехи и прогресс в изучении этиологии, патогенеза, клинических проявлений, особенностей диагностики многих заболеваний у детей достаточно умеренны, что приводит не всегда к положительному отношению как у пациентов, так и у врачей. Объективных и субъективных причин много. Среди них наиболее важными являются такие как: фармакокинетика (всасывание, адсорбция, распределение, биотрансформация, выведение и др.), фармакодинамика (механизм действия лекарственных средств, фармакологическое действие и др.), фармакогенетика (влияние генетических факторов на действие лекарств) в данной возрастной группе. При определении патогенеза болезни и ее клинических проявлений непосредственно учитываются анатомические и физиологические особенности детского организма, при этом специфика действия лекарственных форм, применяемых в детской практике, зачастую не принимается во внимание. В сущности, педиатр учитывает в основном возрастные характеристики детей, хотя направленность и характер изменяющихся процессов обмена в организме особенно важны при назначении препаратов. Ведь у детей многие фармакологические препараты метаболизируются медленнее, чем у взрослых. В статье затронуты вопросы, касающиеся доступности лекарственных средств для детей, а также сильных и слабых сторон действующей системы медикаментозного обеспечения, требований, предъявляемых к препаратам, применяемым в педиатрии.

ABOUT FEATURES AND CHALLENGES WITH MEDICINES FOR CHILDREN

Telnova E.A.¹, Plesovskih A.V.², Zagoruychenko A.A.¹

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

² *Intersectoral Association "Farmprobeg", Moscow, Russian Federation*

Keywords:

medicinal products (drugs), medicinal products, efficacy and safety, medicinal forms, pediatrics, children, newborns, clinical studies, pharmacokinetics, pharmacodynamics, metabolism.

Abstract

Modern Pediatrics has received intensive development in recent years. Existing successes and progress in the study of the etiology, pathogenesis, clinical manifestations, and features of the diagnosis of many diseases in children are quite moderate, which leads to not always a positive attitude, both in patients and doctors. There are many objective and subjective reasons. Among them, the most important are the unexplored characteristics such as pharmacokinetic properties (absorption, adsorption, distribution, biotransformation, excretion, etc.), pharmacodynamics (the mechanism of action of drugs, pharmacological action, etc.), pharmacogenetics (the influence of genetic factors on the effect of drugs) in this age group. When determining the pathogenesis of the disease and its clinical manifestations, anatomical and physiological features are directly taken into account, while the specifics of the action of medicinal forms used in children's practice are often not taken into account. In fact, Pediatrics takes into account mainly the age characteristics of children, although the direction and nature of changing metabolic processes in the body are especially important when prescribing drugs. After all, children's drugs of many pharmacological groups are metabolized slowly. The article deals with issues related to the availability of medicines for children, as well as the strengths and weaknesses of the existing drug supply system, the requirements for medicines used in Pediatrics.

Вопрос лекарственного обеспечения детей, в особенности новорожденных и первого года жизни, является весьма актуальным [1, с. 74–81; 2; 3, с. 6–11; 4, с. 7]. Данное исследование посвящено отдельным аспектам применения лекарственных препаратов (далее – ЛП) в детской практике. Проблема использования медикаментов для детей не нова [5; 6, с. 350–355; 7, с. 84–88]. Назначая определенный препарат, врач должен учитывать множество факторов, от метаболизма в организме ребенка до его генетической предрасположенности.

С целью изучения отношения граждан, в том числе льготных категорий, к действующей системе обеспечения лекарственными препаратами в России, а также выявления её сильных и слабых сторон, в 2019 году Национальным НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко и Межотраслевым объединением «Фармпробег» было проведено социологическое исследование, в котором приняли участие около 1237 респондентов из разных регионов страны [1, с. 74–81]. Результаты этого исследования позволили выявить самые важные потребности и отношение маленьких граждан к обеспечению медикаментами в России, в частности, к таким основным критериям как качество и доступность лекарственных средств (далее – ЛС). В результате опроса выяснилось, что

почти половина (46%) респондентов имеют разные проблемы и трудности с покупкой лекарств. Это говорит о том, что вопросы медикаментозного обеспечения, применяемого для детей, имеют большое значение [1, с. 74–81].

В опроснике «Фармпробега» были вопросы, касающиеся доступности обеспечения лекарствами детей, а результаты проведенного исследования подтвердили актуальность данной темы.

По результатам опроса были получены следующие ответы:

- 44% респондентов испытывали потребность в доступных препаратах для детей;
- 58% респондентов указали на высокую стоимость лекарств для детей;
- 19% респондентов указали на отсутствие необходимых препаратов для детей;
- 20% указали на доступность детских дозировок (рис.1).

Методы.

В данной работе использовались следующие методы исследования: библиографический, информационно-аналитический, метод сравнительного анализа, социологический. Теоретической основой являлись различные литературные источники; материалы из информационной системы Гарант; данные статистической информации.

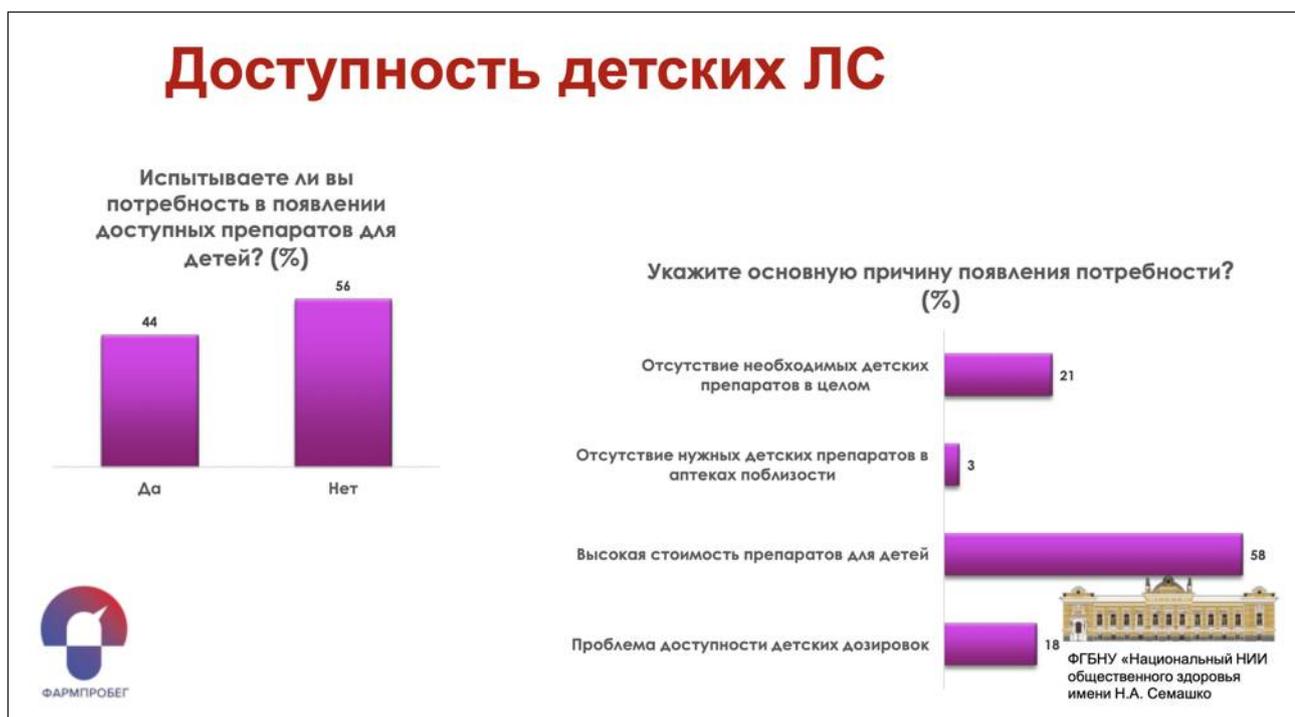


Рис. 1 Доступность медикаментозного обеспечения для детей

Результаты.

Актуальность темы в том, что вопрос детской фармакологии мало изучен и вызывает много споров. Специалистам-педиатрам предоставляются, как правило, только варианты изменения доз ЛС в зависимости от возраста и врач при этом как бы рискует, не учитывая направленность и характер процессов обмена в детском организме и замедленный метаболизм препаратов. Отсутствие медикаментов для детей вынуждает врачей выполнять свои медицинские обязанности с использованием лекарств, которые практически не подходят для несовершеннолетних [3, с. 6–11]. Наука о медикаментозном обеспечении развивалась по пути создания ЛС для взрослых. Реакция организма ребенка на прием препарата заметно отличается от реакции старших возрастных групп из-за наличия определенных особенностей, при этом педиатрические лекарственные средства также должны иметь свои отличия:

- значительно большая скорость выведения препарата из организма;
- максимальная эффективность при сохранении лечебного эффекта в течении длительного действия;
- удобство для ребенка.

Таким образом, к медикаментам, рекомендованным для применения в педиатрии, добавляются особые требования – это эффективность и безопасность; минимум побочных действий; высокие показатели терапевтической эффективности; микробиологическая чистота; удобство применения и точность дозирования.

В ходе анализа были проанализированы некоторые описанные характеристики детского организма, которые могут в той или иной степени меняться при применении определенных лекарственных препаратов и лекарственных форм [2].

Неравномерное распределение в организме детей и взрослых ЛС, особенно водорастворимых, связано, прежде всего, с определенными различиями в гидратации тканей, частоте дыхания, сердцебиения и др.

Кроме того, детский организм имеет неполное развитие или даже отсутствие ряда ферментных систем, играющих особую роль в биотрансформации лекарственных веществ, имеющих иной уровень адсорбции, метаболизма и выведения.

В ходе настоящего исследования были выделены некоторые функциональные особенности

ребенка, которые нельзя не учитывать врачу при выписке препаратов, так, например: кожа и подкожная клетчатка новорожденных, грудничков, детей ясельного и дошкольного возраста, эластичная, упругая, розовая, имеет множество сосудов и капилляров. Наблюдается незначительное развитие потовых желез, активная работа сальных желез, несовершенная терморегуляция, что часто приводит к быстрому перегреву или переохлаждению у младенцев, при этом всасывающая способность очень высокая и требуется особая осторожность при использовании педиатрических лекарственных форм в виде мазей.

Свои особенности имеют также другие органы и системы детского организма. Так, костная система у новорожденных непрочная, кости легко искривляются. Дыхание у младенцев поверхностное, преимущественно диафрагмальное. Оно легко расстраивается при запорах, скоплении газов или тугом пеленании. Легкие ещё недостаточно развиты.

У новорожденного возникают определенные изменения в системе кровообращения (прекращается кровообращение в пупочных сосудах и венах). После первого вдоха начинает функционировать малый круг кровообращения.

Пищеварительная система младенцев функционально незрелая. Поэтому незначительные погрешности в диете кормящей грудью матери и режиме питания ребенка могут привести к диспепсии. Мышцы кишечника еще плохо тренированы (замедлено продвижение пищи).

В статье, безусловно, указаны не все функциональные характеристики организма детей, однако, наша задача была показать, что данные особенности нельзя не учитывать при назначении препаратов, а также, что эти факторы могут влиять на действие лекарств в организме ребенка.

Проблемы применения медикаментов для ребенка характерны не только для России. Изучение зарубежного опыта показало, что, например, в Германии, где введены очень строгие правила врачебного предписания ЛП, из них примерно 13% проводятся не в соответствии с утвержденными показаниями конкретного препарата для определенной возрастной группы; доля таких предписаний в больницах на территории стран Европейского союза составляет 50%, а в отделениях интенсивной терапии новорожденных, недоношенных – 65%. По данным Всемирной ор-

ганизации здравоохранения, для лечения около 75% детских болезней сегодня нет специализированного лекарственного обеспечения. Сравнительный анализ показал, что в 2006 году, European Medicines Agency (далее – ЕМЕА) зарегистрировало 2593 лекарственных препарата для взрослых и лишь 21 препарат для детей [3, с. 6–11]. При этом было утверждено Постановление ЕС № 1901/2006 Европейского Парламента и Совета от 12 декабря 2006 г. «О лекарственных средствах для применения в педиатрии и об изменениях в Постановлении № 1768/92, Директив 2001/20/ЕС и 2001/83/ЕС, а также Постановления № 726/2004» и размещено в официальном издании бюллетеня от 27.12.2006 L 378/1, в дополнение было принято Постановление ЕС¹ [3, с. 6–11]. Данный документ определял новейшие принципы разработки и внедрения педиатрических лекарств, устанавливал необычную систему взаимоотношений субъектов фармацевтического рынка ЕС в сегменте применения препаратов для детей и был направлен на решение соответствующих задач: «1) побудить фарминдустрию инвестировать в исследования и разработки препаратов, специально предназначенных для детей; 2) активизировать исследования II и III фаз с участием несовершеннолетних в рамках этических норм и при высококачественной обработке данных; 3) способствовать получению новых научных данных, при этом не допустить каких-либо задержек в процессе регистрации ЛС для старших возрастных групп населения, а в перспективе снизить расходы здравоохранения за счет более эффективной и безопасной лекарственной помощи педиатрической популяции» [3, с. 6–11; 4, с. 7; 6, с. 350–355].

Таким образом, разработка лекарственных форм, применяемых в детской практике, основывается на инициативе ученых фармацевтической промышленности и ее спонсорстве, т.е. разработка педиатрических лекарств была и пока остается делом добровольным. Роль государства в создании таких ЛС как в нашей стране, так и за рубежом сводится к роли регулятора и контролера. Создание лекарственных препаратов для детей в части клинических исследований стало возможным только после проведения соответствующих испытаний на взрослом контингенте, что соответству-

¹ Regulation (EC) 1901/2006 of the European Parliament and of the Council of 12 December 2006 on medicinal products for pediatric use and amending Regulation (EEC) No 1768/92, Directive 2001/20/EC, Directive 2001/83/EC and Regulation (EC) No 726/2004. – *Offic. J. Eur. Union.* – 2006. – № 378. – P. 1–18.

ет современным, как научным, так и этическим стандартам. Основываясь на данных Европейской комиссии, 50-90% (в зависимости от области педиатрии) лекарств, назначаемых детям, никогда не тестировались на данной возрастной группе и специально не проверялись на эффективность и безопасность этого препарата для ребенка.

Постановление по детским ЛС давно уже действует в ЕС, при этом хотелось бы отметить, что это нормативный акт прямого действия, то есть для его выполнения не требуется введения соответствующих норм в законы. Кроме того, в Постановлении содержатся необходимые положения, совместно с ним действующие документы, такие как Директивы 2001/20/ЕС по GCP и 2001/83/ЕС (о фармкодексе).

К сожалению, существует ряд факторов, которые будут сдерживать проведение клинических исследований в России. В первую очередь, это законодательный барьер. Как известно, Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств»² гласит: «не допускаются клинические исследования ЛС на несовершеннолетних, за исключением тех случаев, когда исследуемый лекарственный препарат предназначается исключительно для лечения детских болезней или когда целью данных исследований является получение информации о наилучшей дозировке ЛС для лечения детей. В последнем случае клиническим исследованиям лекарственной формы, применяемой для детей, должны предшествовать такие же исследования данного препарата на совершеннолетних».

Обсуждение.

В результате определены следующие условия, необходимые для развития и проведения исследований по использованию ЛП в детской практике в России:

- дополнительное обеспечение безопасности и защиты для участников соответствующих исследований;
- проведение неформальной этической экспертизы перед началом и в ходе проводимого исследования;
- внесение ясности, предсказуемости и стабильности регуляторных норм, чтобы не было инцидентов, подобных недавнему бездумному запрету на вывоз биоматериалов, поставившему под удар пациентов и врачей в России.

² Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» // *Российская газета.* – 2010. – № 78 (5157).

Другая, не менее значимая проблема применения медикаментов в педиатрии, – удобная для приема ребенку лекарственная форма и придание лекарству определенного вида. При этом используются различные вспомогательные вещества, позволяющие получать нужную форму, сохранять ее, изменять неприятный вкус, а также пролонгировать действие препарата и так далее [4, с. 7; 5; 7, с. 84–88].

Под «лекарственной формой» (далее – ЛФ) понимается форма, которую придают веществу изготовители ЛС. Существует множество лекарственных форм, которые условно можно разделить на 4 укрупненные группы (твердые, жидкие, мягкие и газообразные).

Тем не менее самыми эффективными из существующих на данный момент являются жидкие ЛФ, в особенности, растворы, если они вводятся внутривенно, то есть непосредственно в кровь, в этом случае эффект достигается максимально быстро. Лекарственные формы, применяемые в детской практике, нельзя отнести к самостоятельной группе препаратов, но при этом они требуют особого внимания. Дозирование ЛС для детей в обязательном порядке должно проходить под контролем врачей, учитывая при этом все характеристики, что присуще для детского организма [4, с. 7; 7, с. 84–88; 8].

Для лечения ребенка могут использоваться такие лекарственные формы как таблетки, капсулы, растворы, свечи. Капли, сиропы и порошки для детей в основном производятся за рубежом. В России практически не используются специальные детские ЛФ, применяемые за рубежом глосеты (небольшие таблетки для сублингвального применения), карамели, пастилки, бальзамы, кахеты (спрессованные лекарственные формы). В лучшем случае, используются в настоящее время суспензии, свечи и др. Преимущество в детской практике отдается пероральным жидким и ректальным ЛФ. Жидкие формы ЛС, взаимодействуя со слизистой оболочкой желудка, всасываются гораздо лучше, что безусловно влияет на скорость действия медикаментов. В связи с этим наиболее удобными для приема препаратами для детей являются сиропы, либо суспензии.

Для детских пероральных ЛС большое значение имеют вкус и запах. Любой из органолептических показателей может привести у маленького пациента к отказу от приема ЛП.

Немаловажным аспектом является то, что фармакокинетические и фармакодинамические свойства многих препаратов в процессе роста детского организма могут чередоваться периодами снижения и повышения.

Многие нерешенные вопросы касаются применения стандартов или формуляров по ведению детей. Рекомендуемые схемы лечения для взрослых и последующего наблюдения у ребенка не всегда оказываются эффективными и обоснованными. При назначении конкретного лекарства, педиатр старается учитывать совокупность всех факторов, которые сопутствуют проводимому лечению. Однако, часто не берутся во внимание свойства самого медикамента, его фармакологические особенности, что зачастую снижает эффективность и повышает риск побочных эффектов. Педиатры недостаточно знают о побочных действиях препаратов, которые возникают из-за отмены лекарств.

Еще одной серьезной проблемой лекарственной терапии у детей является полипрагмазия [5; 9, с. 63–69; 10, с. 43–52]. Врач, как правило, ориентирован на возможные проявления как антагонизма, так и синергизма препаратов, в то же время взаимодействия лекарств непосредственно у самих детей мало изучены. Так, например, некоторые медикаменты влияют на усвоение и метаболизм витаминов, особенно жирорастворимых, что не всегда своевременно корректируется у больных детей. Если говорить о слабительных, холестираминах и подобных ему липидо-снижающих препаратах, то они нарушают абсорбцию витаминов А, Д, Е. Противосудорожные средства, некоторые антибиотики существенно изменяют метаболизм витамина К. Одновременно снижается усвоение водорастворимых витаминов.

Наблюдается иной метаболизм препаратов в детском возрасте, чем у взрослых, поэтому многие ферментные системы детоксикации созревают постепенно в процессе развития ребенка. К ним, в частности, относится система микросомального окисления в печени и другие. С возрастом изменяется чувствительность тканевых рецепторов к гормонам, гормоноподобным и другим лекарствам с выраженным биологически активным действием.

Необходимо отметить, что медикаменты, применяемые детьми, не должны быть токсичными, содержать вспомогательных или действующих

веществ, которые могут влиять на рост и развитие тканей организма ребенка, снижать его иммунитет. Например, тетрациклины портят зубную эмаль у ребенка и влияют на рост костей; стрептомицин и гентамицин могут вызывать глухоту. В возрасте до 1 года новорожденным запрещено использовать лекарства, которые содержат спирт. Особенности применения медицинских препаратов у несовершеннолетних, следующие: дозировка ЛС зависит от возраста и массы тела ребенка; необходимо соблюдать адекватность путей введения лекарств; соответствующие формы препаратов должны иметь приятные органолептические качества (вкус, запах).

Заключение.

На основе проведенного анализа хотелось бы отметить, что для медикаментозного лечения детей необходимы новые эффективные лекарства, при этом создание таких лекарственных форм требует решения поставленных медико-биологических, физико-химических и биофармацевтических задач.

Тем не менее, к детским лекарствам непосредственно предъявляются особые требования, что связано с физиологическими особенностями организма ребенка, которые в значительной степени отличаются от организма взрослого. К основным требованиям к медикаментам для детей относится эффективность и безопасность, что отражено в специальных доклинических и клинических исследованиях и принимается решение относительно возможности использования определенного препарата у детей разных возрастов.

При определении патогенеза болезни и ее клинических проявлений непосредственно учитываются анатомические и физиологические особенности, при этом специфика действия лекарственных форм, применяемых в детской практике, зачастую не принимается во внимание.

В сущности, педиатрия учитывает в основном возрастные характеристики детского организма, хотя направленность и характер изменяющихся процессов обмена в организме особенно важны при назначении препаратов. Ведь у детей препараты многих фармакологических групп метаболизируются медленно, а ситуация усугубляется при использовании одновременно нескольких лекарств.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тельнова Е.А. О лекарственном обеспечении населения – от острых проблем к эффективным решениям / Е.А. Тельнова, А.В. Плесовских // Вестник Росздравнадзора. – 2019. – № 6. – С. 74–81.
2. Каркищенко Н.Н. Фармакологические основы терапии: Руководство и справочник для врачей и студентов / Н.Н. Каркищенко. – М.: ИМП-Медицина, 1996. – 560 с.
3. Вольская Е.А. Новые перспективы для детских лекарств / Е.А. Вольская // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской техники. – 2007. – № 8. – С. 6–11.
4. Классификация лекарственных форм. – Киев: Еженедельник «Аптека», 2002. – № 31. – С. 7.
5. Катцунг Б.Г. Базисная и клиническая фармакология: в 2-х томах / перевод с английского / Б.Г. Катцунг. – М.-СПб.: Бином-Невский Диалект, 1998. – 774 с.
6. Михайлова О.А. Проблемы дозирования лекарственных средств у детей: известные факты и нерешенные вопросы / О.А. Михайлова, В.Н. Дроздов, Н.Б. Лазарева, Е.В. Ших // Вопросы современной педиатрии. – 2018. – № 17 (4). – С. 350–355.
7. Вольская Е.А. Развитие правовых и этических норм проведения клинических исследований с участием детей / Е.А. Вольская // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2011. – № 2. – С. 84–88.
8. Joseph D.P. Registered pediatric clinical trials: a global context / D.P. Joseph, P.H. Caldwell, J.C. Craig // Poster presentation at the International Congress of Pediatrics. The 27th Congress of International Pediatric Association. – Melbourne, 2013.
9. Мардганиева Э.А. Оценка состояния проблемы нерегламентированных назначений в педиатрии: результаты опроса педиатров и родителей / Э.А. Мардганиева, В.А. Рябченко, Е.В. Малышева, Е.А. Фетисова, А.К. Кривогубец, Р.Э. Абишев, К. Раманатан // Качественная клиническая практика. – 2016. – № 4 – С. 63–69.
10. Титова А.Р. Фармакоэпидемиологическое исследование безопасности применения лекарственных препаратов у детей на основе анализа российской базы спонтанных сообщений / А.Р. Титова, И.Л. Асецкая, В.А. Поливанов, С.К. Зырянов // Качественная клиническая практика. – 2017. – № 3 – С. 43–52.

REFERENCES

1. Telnova E.A., Plesovskikh A.V. On drug provision of the population - from acute problems to effective solutions. *Bulletin of Roszdravnadzor*, 2019, no. 6, pp. 74–81. (In Russian).
2. Karkishchenko N.N. *Pharmacological bases of therapy: Guide and reference for doctors and students*. Moscow, IMP-Medicine, 1996. 560 p. (In Russian).
3. Volskaya E.A. New perspectives for children's medicines. *Remedium. Journal of the Russian market of medicines and medical equipment*, 2007, no. 8, pp. 6–11. (In Russian).
4. *Classification of medicinal forms*. Kiev, Weekly Newspaper "Apteka", 2002, no. 31, p. 7. (In Russian).
5. Katzung B.G. *Basic and clinical pharmacology*. in 2 volumes / translated from English. Moscow, Sankt-Ptb., Binom, Nevskiy Dialect, 1998, 774 p. (In Russian).
6. Mikhailova O.A., Drozdov V.N., Lazareva N.B., Shikh E.V. Problems of dosage of medicines in children: known facts and unresolved issues. *Issues of modern Pediatrics*, 2018, no. 17 (4), pp. 350–355. (In Russian).
7. Volskaya E.A. Development of legal and ethical norms for conducting clinical trials with children. *Medical technologies. Assessment and selection*, 2011, no. 2, pp. 84–88. (In Russian).
8. Joseph D.P., Caldwell P.H., Craig J.C. Registered pediatric clinical trials: a global context. *Poster presentation at the International Congress of Pediatrics 2013 (ICP), the 27th Congress of International Pediatric Association*. Melbourne, 2013.
9. Mardganieva E.A., Ryabchenko V.A., Malysheva E. V., Fetisova E.A., Krivokapic A.K., Abishev R.E., Ramanathan K. Assessment of the problem of irregular appointments in Pediatrics: results of a survey of pediatricians and parents. *Qualitative clinical practice*, 2016, no. 4, pp. 63–69. (In Russian).
10. Titova A.R., Asetsckaya I.L., Polivanov V.A., Zyryanov S.K. Pharmacoepidemiological study of the safety of drug use in children based on the analysis of the Russian database of spontaneous messages. *Good clinical practice*, 2017, no. 3, pp. 43–52. (In Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Тельнова Елена Алексеевна – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор фармацевтических наук; e-mail: telnovaea@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-8893-1

Плесовских Анна Владимировна – генеральный директор ООО «Межотраслевое объединение «Фармпробег», бизнес-тренер; e-mail: a.plesovskih@pharmprobeg.ru

Загоруйченко Анна Анатольевна – научный сотрудник Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко»; e-mail: zagoranna@mail.ru
ORCID: 0000-0002-4040-2800

AUTHORS

Elena Telnova – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Pharmaceutical Sciences, Moscow, Russian Federation; e-mail: telnovaea@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-8893-1

Anna Plesovskikh – General Director of LLC "Inter-Industry Association "Farmprobeg", business coach; e-mail: a.plesovskih@pharmprobeg.ru

Anna Zagoruychenko – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: zagoranna@mail.ru
ORCID: 0000-0002-4040-2800

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.03.005

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Коновалов О.Е.¹, Златкина Н.Е.¹, Старцев Д.А.¹, Мироманова Е.А.², Анисимова М.М.²

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

² *Всероссийский научно-исследовательский институт железнодорожной гигиены, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова:

пожилой возраст, стационарное обслуживание, организация, оказание медицинской помощи.

Аннотация

В статье обоснована необходимость разработки оптимальных нормативов потребности и перспективные направления развития стационарной помощи для лиц пожилого и старческого возраста. Медицинская помощь пожилым – важная проблема, существующая уже много лет. Она становится все острее. Во многих странах она будет усиливаться по мере того, как все больше людей начнут переходить в старшие возрастные группы. Особенностью процесса старения населения является растущая распространенность хронических болезней и инвалидности. Результаты исследования показали, что за последние двадцать лет в Москве отмечаются изменения в возрастном составе населения с заметным увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста, которое достоверно ($t = 4,06$) увеличилось к концу изучаемого периода (2015-2019) на 62,0%. При этом наибольшие темпы прироста отмечены в 2019 году. Исследуемый шестилетний период времени (2015-2019) характеризуется увеличением уровня госпитализации лиц пожилого и старческого возраста почти на 30%. Изучена потребность лиц пожилого и старческого возраста в стационарных койках, которая составляет 6,9 койки гериатрических отделений на 10000 населения; 3,3 койки больниц сестринского ухода на 10000 населения. В основе оказания стационарной помощи пожилым лежит рациональная организация её с учетом статистических характеристик госпитализированных лиц этого возраста.

PROBLEMS OF ORGANIZATION OF STATIONARY MEDICAL CARE FOR ELDERLY AND SENIOR PERSONS

Kononov O.E.¹, Zlatkina N.E.¹, Starzev D.A.¹, Miromanova E.A.², Anisimova M.M.²

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

² *Russian Research Institute of Railway Hygiene, Moscow, Russian Federation*

Keywords:

elderly age, inpatient care, organization, medical care.

Abstract

The purpose of the study: to justify the need to develop optimal standards of needs and promising directions for the development of inpatient care for the elderly and senile. Medical care for the elderly is a major problem that has existed for many years. She's getting sharper. In many countries, it will increase as more people begin to move into older age groups. A feature of the aging process is the growing prevalence of chronic diseases and disabilities. The results of the study showed that over the past twenty years in Moscow there have been changes in the age composition of the population with a noticeable increase in the proportion of elderly and senile people, which significantly ($t = 4.06$) increased by 62.0% by the end of the study period (2015-2019), with the highest growth rates recorded in 2019. The study six-year time period (2015-2019) is characterized by an increase in the level of hospitalization of elderly and senile persons by almost 30%. We studied the need of elderly and senile people in inpatient beds, which is 6.9 beds in geriatric departments per 10,000 population, 3.3 beds in nursing hospitals per 10,000 population. The basis for providing inpatient care to the elderly is a rational organization of it, taking into account the statistical characteristics of hospitalized persons of this age.

Основные цели социального развития современной России можно сформулировать следующим образом:

- повышение уровня жизни людей;
- улучшение состояния здоровья российской нации, снижение уровня инвалидности и смертности, увеличение продолжительности жизни людей, преодоление демографического спада.

В развитие указанных стратегических направлений сформулированы такие приоритетные задачи социальной политики, как совершенствование оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста, в частности, реорганизация стационарного коечного фонда в свете изменившейся демографической политики.

Данная проблема касается и многих стран мира, поскольку процесс постарения населения, а, следовательно, связанное с этим увеличение распространённости хронической патологии и инвалидности, затронул не только Российскую Федерацию. Медицинская помощь пожилым – важнейшая проблема, существующая уже много лет, причем она становится все острее. Во многих странах в течение ряда предстоящих лет проблема будет и далее обостряться по мере того, как все больше и больше людей будут вступать в самые старшие возрастные группы. Особенностью процесса постарения населения является растущая распространённость хронических болезней и инвалидности.

Анализ данных отечественной и зарубежной литературы показывает, что вопросы изучения особенностей организации и поиска путей совершенствования медико-социальной помощи, особенно стационарного этапа её оказания, населению пожилого и старческого возраста не теряют своей актуальности. Кроме того, анализ многих публикаций [1, с. 4–6; 2, с. 127–128; 3, с. 3–5] показал, что авторы, хотя и изучали вопросы объема стационарной медицинской помощи лицам данной категории граждан, вопросы потребности в ней пожилого населения исследованы не в полном объёме, а именно этот факт влияет на [4, с. 20; 5, с. 10; 6, с. 108–110] всю деятельность лечебно-профилактических учреждений.

Проблему полного удовлетворения потребности населения данной возрастной группы в стационарной медицинской помощи в настоящее время нельзя решить без разработки вопросов ее организации, в первую очередь, не изучив нуждаемо-

сти пожилого населения в специализированных видах помощи и уровня ее удовлетворения, научно обосновав пути дальнейшего развития и совершенствования сети стационарных учреждений, их профилизации и специализации, наиболее рационального использования коечного фонда и повышения качества стационарной помощи с учетом экономических возможностей здравоохранения [7, с. 71–72; 8, с. 82; 9, с. 88–89; 10, с. 10–12; 11, с. 113–120; 12, с. 587–593]. Поэтому вопросы, связанные с организацией и оказанием стационарной помощи лицам пожилого и старческого возраста в больницах города Москвы, остаются весьма актуальными.

Цель исследования: обосновать необходимость разработки оптимальных нормативов потребности и перспективные направления развития стационарной помощи для лиц пожилого и старческого возраста.

Методы.

Для достижения поставленной цели исследования были использованы данные официальной статистики Мосгорстата, Росстата, а также данные отчёта отделений медицинской статистики стационаров ГКБ им. А.К. Ерамишанцева, ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого и ГКБ № 86 ФМБА России.

С целью определения уровня указанной потребности нами, с помощью сотрудников ФНКЦ Академии последипломного образования ФМБА России, проведена экспертиза 267 историй болезни лиц в возрасте 60 лет и старше, пролеченных в трех стационарах города.

Результаты.

Данные нашего исследования позволили установить, что изменения коечного Фонда были обусловлены, прежде всего, изменением числа стационарных учреждений города (таблица 1). Период с 2000 по 2019 год характеризовался интенсивными темпами больничного строительства – количество стационаров увеличилось с 15 до 22. В последующие 5 лет была построена лишь одна больница. Максимальное число стационарных учреждений было отмечено в 2010 году – в городе насчитывалось 27 больниц, подчиненных Министерству здравоохранения. Последние пять лет характеризовались расформированием 3 стационаров и, таким образом, к концу изучаемого периода в городе Москве насчитывалось 24 стационара.

Таблица 1

Число больничных учреждений Москвы и доля стационаров
с коечным фондом свыше 500 коек

Год	Число стационаров (абс.)	Доля больниц с коечным фондом свыше 500 коек (в % от общего числа)
2000	15	46,8
2005	22	40,9
2010	23	43,5
2015	27	40,7
2019	24	45,8

Из таблицы 1 видно, что основу учреждений больничного типа в Москве составляют относительно крупные и средние по мощности стационары. За весь изучаемый период их доля не была меньше 40%. Легко заметить, что в первое пятилетие совокупная доля крупных больниц (свыше 800 коек) и стационаров средней мощности (500-800 коек) уменьшилась к 2005 году практически на 6%. Напомним, в этот период наблюдались наиболее высокие темпы больничного строительства и резкое увеличение коечного фонда. Следовательно, вторая половина восьмидесятых годов в Москве характеризовалась формированием стационаров относительно небольшой мощности.

Неблагоприятная социально-экономическая обстановка в стране и начавшееся реформирование системы здравоохранения на фоне резкого снижения уровня жизни привели к ухудшению состояния здоровья населения как молодого, так и пожилого возраста. Стало отмечаться снижение среднегодовой занятости койки городских стационаров (2013-2015). При определении показателей работы деятельности стационаров было установлено, что за период с 2015 по 2019 гг. темп убыли составил 10%, а средняя длительность работы койки в среднем по годам исследования по стационарам (имеются ввиду базы исследования) составила лишь 297, 295 и 293 дня соответственно в ГКБ им. А.К. Ерамишанцева, ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого и ГКБ № 86 ФМБА России.

Такая низкая средняя длительность работы койки в году, по-нашему мнению, связана с несколькими причинами:

- отсутствие чётких данных о потребностях в стационарной помощи в зависимости от наиболее распространённых форм заболеваемости;

- неудовлетворительная организация работы в аспекте преемственности амбулаторно-поликлинической и стационарной служб;

- активное внедрение новых форм взаиморасчетов между медицинскими учреждениями города и страховыми организациями;

- недоучёт больных, нуждающихся в стационарной помощи среди лиц пожилого и старческого возраста.

Лишь начиная с 2017 года в стране и в исследуемых многопрофильных стационарах стала отмечаться тенденция интенсификации деятельности, что привело к увеличению средней длительности работы койки в году на 11%.

Одним из важных показателей при анализе и оценке деятельности стационаров является также средняя длительность пребывания больного на койке. При проведении анализа работы многопрофильных стационаров, баз данных за двадцатилетний период, установлено, что с 2000 по 2005 гг. данный показатель вырос на 13% (с 13,2 до 14,9 дней соответственно), хотя в последующий период, начиная с 2010 года средняя длительность стационарного лечения стала снижаться (темп убыли составил 0,7-3,4% соответственно на начало и конец исследуемого периода) (таблица 2).

Исследованием установлено, что среди причин изменения данного показателя одной из основных является возрастное-половое перераспределение стационарных пациентов, то есть увеличение доли лиц старшего возраста с преобладанием женщин в возрасте от 58 до 76 лет (в среднем их больше чем мужчин в 2,1 раза независимо от года наблюдения).

Таблица 2

Динамика показателей использования коечного фонда городских больниц
Москвы в период с 2000 по 2019 год

Показатель	Годы				
	2000	2005	2010	2015	2019
Средняя длительность работы койки в году (в днях)	314,0	324,0	330,0	297,0	324,0
Показатель наглядности (в %)	100,0	103,2	105,11	94,61	104,9
Коэффициент роста убыли (в %)	-	103,2	101,91	90,0	110,9
Средняя длительность пребывания больного на койке (в днях)	13,2	14,9	14,61	14,51	14,0
Показатель наглядности (в %)	100,0	112,9	110,6	109,9	106,1
Коэффициент роста убыли (в %)	-	112,9	98,01	99,31	96,6
Оборот койки	23,5	21,7	22,61	20,51	23,5
Показатель наглядности (в %)	100,0	92,3	96,2	87,2	100,0
Коэффициент роста убыли (в %)	-	92,3	104,21	90,71	114,61

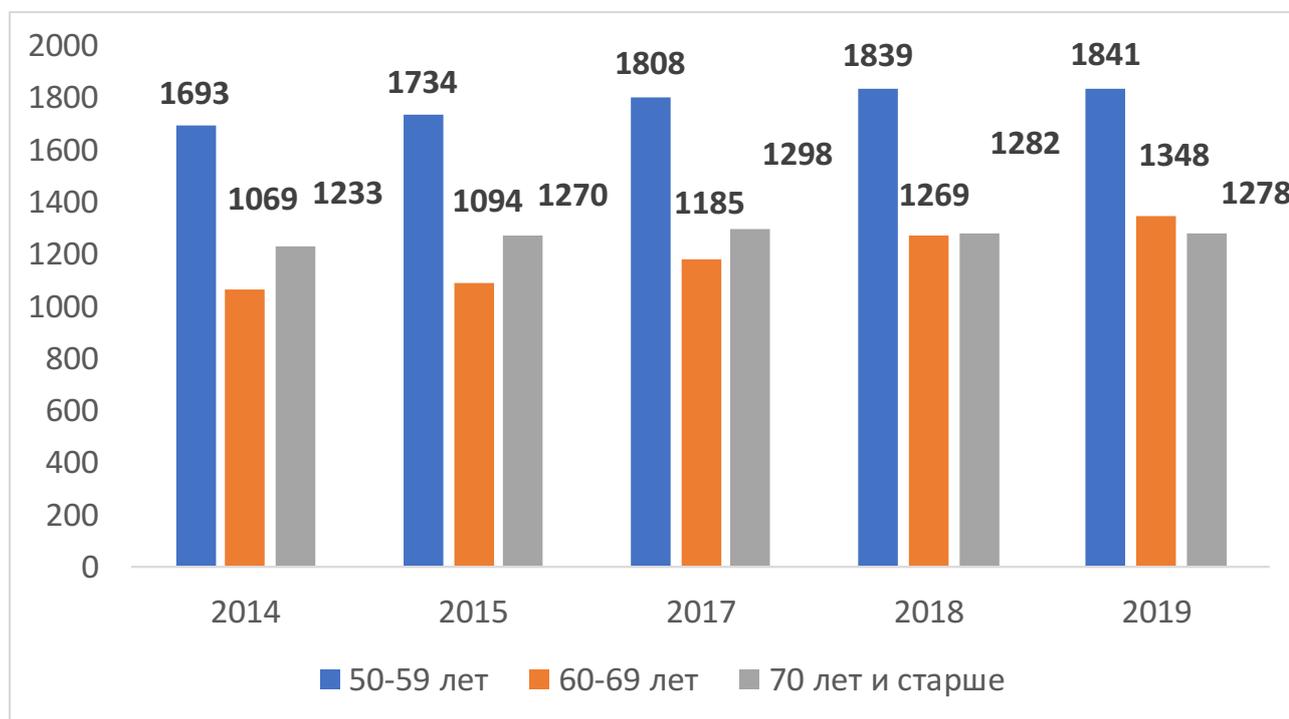


Рис. 1. Распределение численности постоянного населения по возрастным группам в Москве (по данным Мосгорстата)

Таким образом, развитие сети стационарных учреждений Москвы характеризовалось ростом числа больничных коек в первые 15 лет изучаемого периода. Рост был обусловлен строительством больниц малой мощности. Однако использование коек в этот период было нерациональным. К 2000 году средняя длительность работы койки составила лишь 297 дней. Мероприятия по интенсификации работы стационарных учреждений привели к положительной динамике показателей использования коечного Фонда, а амбулаторных учреждений – к снижению уровня госпитализации, об этом же свидетельствуют стоимостные показатели. В конечном счете это позволило расформировать ряд старых больниц небольшой мощности. Сохранившиеся стационары в условиях нового хозяйственного механизма увеличили доли активных расходов и стремились оптимально использовать имеющиеся ресурсы.

Рассматривая вопрос о развитии стационарной помощи в городе, нельзя не упомянуть о сложившейся демографической ситуации. За последние двадцать лет в Москве отмечаются изменения в возрастном составе населения. Заметно увеличилась доля лиц пожилого и старческого возраста – в 2,4 раза, а число жителей 80 лет и старше – в 2,7 раза. Доля жителей 60 лет и старше в общей структуре населения города Москвы достоверно ($t = 4,06$) увеличилась к концу изучаемого периода на 62,0%, при этом наибольшие темпы прироста отмечены в 2019 году (рисунок 1).

Изменения демографической ситуации в Москве, как и в целом по России, ставят и определенные проблемы перед здравоохранением, поскольку нарастающий процесс старения приводит к дополнительному росту числа больных с возраст-ассоциированной патологией. Кроме того, организация медицинской помощи лицам старшего возраста должна быть основана на учёте имеющейся не только сопутствующей патологии у пациентов, но и на особенностях её оказания в плане привлечения многопрофильных бригад из различных специалистов: врачей-гериатров, терапевтов, неврологов и т.д., что, несомненно, сказывается на экономической составляющей при оценке затратного механизма её оказания. Следует иметь в виду, что госпитализация лиц пожилого и старческого возраста может быть связана не только с лечебными и профилактическими целями, но и с социальными аспектами. Людям этой воз-

растной группы, по данным ряда исследований, требуется в 3 раза больше объема медицинской помощи на душу населения, чем для населения в целом, поэтому рост численности лиц пожилого и старческого возраста будет оказывать значительное влияние на расходы в сфере охраны здоровья и развития медицинской помощи и, в частности, стационарной помощи.

В исследовании отражен устойчивый рост доли лиц пожилого и старческого возраста среди госпитализированных в стационары (базы исследования) в период с 2015 по 2019 годы, увеличение которого составило соответственно по больницам: 70,9% в ГКБ им. А.К. Ерамишанцева, 65,9% в ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого и 68,8% в ГКБ № 86 ФМБА России.

Этот же промежуток времени характеризуется увеличением уровня госпитализации лиц пожилого и старческого возраста почти на 30%.

Таким образом, рациональная организация оказания стационарной помощи пожилым должна строиться с учетом статистических характеристик госпитализированных лиц этого возраста.

Данные исследования позволили установить, что большинство лиц пожилого и старческого возраста (64,2%) было госпитализировано в многопрофильные стационары, а в специализированные стационары при диспансерах и инфекционную больницу поступил каждый третий больной (35,8%) этой возрастной группы.

Анализ структуры госпитализированной заболеваемости лиц пожилого и старческого возраста показал, что на долю заболеваний сердечно-сосудистой системы приходится 50,5% всех госпитализированных в отделения терапевтического профиля (рисунок 2). Второе место занимают болезни органов дыхания (17,2%), третье – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (10,1%), четвертое – болезни пищеварительной системы (9,8%), пятое – новообразования (6,5%), на шестом месте – болезни нервной системы и органов чувств (2,6%).

По отдельным нозологическим патологиям в структуре госпитализированной заболеваемости первое место занимает ишемическая болезнь сердца (24,7%), второе место – воспалительные болезни бронхов и легких (13,0%), третье место – цереброваскулярные болезни (10,4%).



Рис. 2. Структура госпитализированной заболеваемости среди лиц пожилого и старческого возраста (в % к итогу)

Следует отметить, что среди мужчин преобладают: цереброваскулярная патология, воспалительные заболевания бронхов и легких, болезни желудка и 12-перстной кишки, новообразования. Ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, патология желчного пузыря, суставов чаще встречаются среди госпитализированных женщин, чем среди мужчин ($p < 0,05$).

Обсуждение.

Важным условием успешного лечения госпитализированных больных пожилого и старческого возраста является постоянный контроль за проводимым лечением со стороны наиболее опытных врачей – заведующих специализированными отделениями. Нами было установлено, что в среднем заведующий отделением консультирует больного 1,2 раза, что при средних сроках лечения (22,5 дня) свидетельствует о недостаточно полном контроле со стороны заведующего отделением за динамикой заболевания и организацией лечебно-диагностического процесса. Необходимо учитывать и тот факт, что почти половина больных пожилого и старческого возраста поступают в отделения в тяжелом состоянии или средней тяжести, 86,7% больных имеют сопутствующую патологию. До-

вольно высоким оказался удельный вес больных, которые, судя по отсутствию записей в историях болезней, ни разу не были осмотрены заведующими отделениями (23,3%). Заведующие отделениями должны осматривать и консультировать всех больных, независимо от возраста больного, тяжести состояния, вида патологии, выраженности клинических проявлений заболеваний. Столь высокий процент неосмотренных больных можно объяснить тем, что значительная часть этих больных нуждается в уходе, а не в стационарном лечении, но, несмотря на это, такое отношение и небрежное оформление и ведение историй болезней этой категории больных, не снижает значения отмеченного недостатка.

Проблема реорганизации стационарной помощи лицам старшего возраста является на сегодняшний день значимой. Восемь из десяти опрошенных врачей внесли те или иные предложения по совершенствованию организации стационарной помощи пожилым, среди которых наиболее значимые:

- более активное внедрение стационарзамещающих форм медицинской помощи (стационаров на дому, дневных стационаров и т.д.);

- формирование в структуре здравоохранения города гериатрических отделений, больниц сестринского ухода;

- разработка методических рекомендаций по совершенствованию догоспитального этапа лечения пожилых больных;

- повышение квалификации врачей догоспитального этапа по вопросам гериатрии и геронтологии.

В статье показано, что в столице Российской Федерации сформировалась острая потребность в организации оказания стационарной помощи лицам пожилого и старческого возраста, учитывающая все особенности обеспечения этого вида помощи. С целью определения уровня указанной потребности нами, с помощью сотрудников ФНКЦ Академии последипломного образования ФМБА России, проведена экспертиза 267 историй болезни лиц в возрасте 60 лет и старше, пролеченных в трех стационарах города.

Анализ результатов экспертной оценки позволяет утверждать, что среди обоснованно госпитализированных пациентов только у 82,9% длительность стационарного лечения была обоснована. Представленные данные в совокупности свидетельствуют о наличии серьезных проблем в обеспечении стационарной медицинской помощи пожилым. Необходимость скорейшего создания рациональной организации оказания стационарной помощи пожилым подчеркивает и тот факт, что почти каждый десятый (9,1%) госпитализированный больной, по мнению экспертов, мог бы наблюдаться в стационарах на дому, каждый четвертый (25,0%) – в специализированных гериатрических отделениях многопрофильных больниц, 2,6% – в психоневрологических диспансерах и домах престарелых, а 1,4% – в хосписах. Таким образом, только 25,5% больных пожилого возраста, лечившихся стационарно, при должной системе оказания медицинской помощи остались бы пациентами различных отделений многопрофильных больниц.

Проведенный анализ деятельности стационаров по оказанию медицинской помощи пожилым пациентам показал, что существующая система организации оказания стационарной помощи лицам пожилого и старческого возраста в целом справлялась с поддержанием известного уровня диагностики заболеваний у пожилых, однако она не обеспечивает учета всех особенностей для ку-

рации указанных контингентов.

В соответствии с целью исследования мы определили потребность населения в гериатрических койках и койках больниц сестринского ухода. При расчетах необходимого числа коек того и другого профиля в качестве основы использовалась формула:

$$N1 = \frac{n \times T1}{340}, \text{ где}$$

где N1 – необходимое число коек 1 профиля;

n – количество больных, нуждающихся в лечении на отделениях 1 профиля;

T1 – средняя длительность лечения больных в стационарах 1 профиля;

340 – нормативная длительность работы койки в году.

Количество больных, нуждающихся в госпитализации в соответствующие отделения, мы определили как отношение произведения числа госпитализированных больных изученного возраста и процента нуждающихся, по мнению экспертов, в лечении в соответствующем ЛПУ среди всех стационарно лечившихся пожилых к 100%.

$$N1 = \frac{h \times d1}{100}$$

где h – число госпитализированных пожилых;

d1 – доля нуждающихся в госпитализации в отделение соответствующего профиля.

Аналогично определяется величина h. Только в качестве числителя определялось произведение численности населения в возрасте 60 лет и старше и процента направляемых из их числа на стационарное лечение.

Величина T1 определялась как средняя в группах больных, нуждающихся в том или ином виде помощи, с обоснованной, по мнению экспертов, длительностью стационарного лечения. Учитывая, что численность пожилого населения составляет 172038 человек, из них доля госпитализированных – 37,8%, удельный вес, нуждающихся в лечении в гериатрических отделениях – 25,0%, и больных в стационарах на дому – 9,1% из числа всех стационарно лечившихся. Обоснованная длительность лечения той и другой группы – 24,2 дня и 31,7 дня соответственно. В итоге были получены следующие значения:

- необходимое число коек гериатрических отделений в Москве – 1160;

- необходимое число коек больниц сестринского ухода – 553.

Выводы.

Таким образом, уровень госпитализации лиц пожилого и старческого возраста в Москве (в расчёте на выбранные базы исследования) составил 379 на 1000 человек. В структуре госпитализированной заболеваемости преобладают болезни сердечно-сосудистой системы (50,5%), органов дыхания (17,2%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (10,1%).

По предложенной методике была рассчитана потребность пожилого населения в этом виде помощи, которая составляет 6,9 койки гериатрических отделений на 10000 населения; 3,3 койки при использовании стационаров на дому на 10000 населения. Напомним, что за последние 5 лет число сокращённых коек составило около 2000. Этого вполне достаточно для скорейшей реорганизации стационарной помощи лицам пожилого и старческого возраста.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бурцев А.К. Обоснование применения медико-образовательных программ для пациентов пожилого возраста с неонкологической патологией / А.К. Бурцев, В.В. Уйба, Н.Ю. Стасевич // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. – Т. 59. – № 1.
2. Ганьшин И.Б. Система контроля качества специализированной медицинской помощи / И.Б. Ганьшин // Естественные и технические науки. – 2013. – № 1. – С. 126–128.
3. Габриелян А.Р. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. Спрос, предложение и рыночные структуры в здравоохранении / А.Р. Габриелян // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – Т. 34. – № 6.
4. Ганьшин И.Б. Изучение доминирования во взаимоотношениях врач-пациент / И.Б. Ганьшин, Л.В. Шеленберг // Медицинские науки. – 2013. – № 6. – С. 19–20.
5. Максимова Т.М. Особенности восприятия пациентами разных стран условий оказания медицинской помощи / Т.М. Максимова, Н.П. Лушкина // Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения. – 2012. – № 2. – С. 8–11.
6. Медведев Д.С. К вопросу эффективности применения миллиметровой терапии в реабилитации пожилых людей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / Д.С. Медведев, А.Н. Ильницкий, Т.В. Дмитриева, Н.М. Куницына // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 7. – С. 108–110.
7. Орлов Е.М. Категория эффективности в системе здравоохранения / Е.М. Орлов, О.Н. Соколова // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 4. – С. 70–75.
8. Павлова Т.В. Рак предстательной железы в структуре возрастной патологии / Т.В. Павлова, Д.В. Бессмертный, А.А. Комисов, А.Н. Ильницкий, Н.М. Куницына, И.А. Павлов // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 1. – С. 81–84.
9. Перельгин К.В. О факторах, определяющих удовлетворенность пожилых пациентов оториноларингологической помощью / К.В. Перельгин, Л.Ю. Варавина, Н.М. Куницына // Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича. – 2010. – № 2. – С. 87–90.
10. Стасевич Н.Ю. Организационные основы совершенствования гериатрической помощи в медицинских учреждениях разной формы собственности / Н.Ю. Стасевич, И.Н. Смыслов, Э.Я. Немсцверидзе // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. – Т. 42. – № 2.
11. Черкасов С.Н. Влияние уровня дохода на величину затрат на покупку лекарственных средств населением старших возрастных групп / С.Н. Черкасов, Д.О. Мешков, А.В. Федяева, Л.Ю. Безмельницына, Т.Д. Макаренко, М.Г. Спасенникова // Известия Байкальского государственного университета. – 2020. – Т. 30. – № 1. – С. 113–120.
12. Черкасов С.Н. Влияние материального благополучия населения старших возрастных групп на самооценку здоровья / С.Н. Черкасов, В.В. Тюньков, И.Д. Киртадзе, Ю.О. Камаев, А.В. Федяева, Б.А. Спасенников // Известия Байкальского государственного университета. – 2019. – Т. 29, № 4. – С. 587–593.

REFERENCES

1. Burtsev A.K., Uiba V.V., Stasevich N.Yu. Substantiation of application of medical and educational programs for elderly patients with non-oncological pathology. *Social aspects of public health*, 2018, vol. 59, no. 1. (In Russian).
2. Ganshin I.B. Quality control System of specialized medical care. *Natural and technical Sciences*, 2013, no. 1, pp. 126–128. (In Russian).
3. Gabrielyan A.R. Health Care in a market economy. Demand, supply and market structures in health care. *Social aspects of public health*, 2013, vol. 34, no. 6. (In Russian).
4. Hanshin I.B., Gelenberg L.V. The Study of domination in the relationship doctor – patient. *Medical Sciences*, 2013, no. 6, pp. 19–20. (In Russian).
5. Maximova T.M., Lushkina N.P. Peculiarities of perception of medical care conditions by patients from different countries. *Problems of social hygiene, health organization*, 2012, no. 2, pp. 8–11. (In Russian).
6. Medvedev D.S., Ilnitsky A.N., Dmitrieva T.V., Kunitsyna N.M. On the effectiveness of millimeter therapy in the rehabilitation of elderly people with duodenal ulcer. *Basic research*, 2011, no. 7, pp. 108–110. (In Russian).
7. Orlov E.M., Sokolova O.N. Category of efficiency in the health care system. *Basic research*, 2010, no. 4, pp. 70–75. (In Russian).
8. Pavlova T.V., Bessmertnyj D.V., Komis A.A., Ilnitsky A.N., Kunitsyna N.M. Prostate Cancer in the structure of age-related diseases. *Basic research*, 2012, no. 1, pp. 81–84. (In Russian).
9. Perelygin K.V., Varavina L.Yu., Kunitsyna N.M. On the factors determining the satisfaction of elderly patients with otorhinolaryngological care. *Kuprevich Journal of gerontology*, 2010, no. 2, pp. 87–90. (In Russian).
10. Stasevich N.Yu., Smyslov I.N., Nemsitsveridze E.J. The Organizational bases of improvement of geriatric care in medical institutions of different ownership forms. *Social aspects of public health*, 2015, vol. 42, no. 2. (In Russian).
11. Cherkasov S.N., Meshkov D.O., Fedyaeva A.V., Bezmelnitsyna L.Y., Makarenko T.D., Spasennikova M.G. The Influence of the Income Level on the Amount of Expenses for Purchase of Medicines by the Population in Older Age Groups. *Bulletin of Baikal State University*, 2020, vol. 30, no. 1, pp. 113–120. (In Russian).
12. Cherkasov S.N., Tyunkov V.V., Kirtadze I.D., Kamaev Yu.O., Fedyaeva A.V., Spasennikov B.A. Influence of Material Well-Being on Self-Assessment of Health of the Population of Older Age Groups. *Bulletin of Baikal State University*, 2019, vol. 29, no. 4, pp. 587–593. (In Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Коновалов Олег Евгеньевич – ведущий научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: konovalov_oe@mail.ru
ORCID: 0000-0003-1974-9882

Старцев Дмитрий Анатольевич – научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация;
e-mail: ssaidov@yandex.ru
ORCID: 0000-0003-3389-6248

Златкина Нана Елизаровна – научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко;
e-mail: yul181281@yandex.ru
ORCID: 0000-0001-9587-2335

Миromanова Екатерина Александровна – ассистент Учебно-методического центра, Всероссийский научно-исследовательский институт железнодорожной гигиены, Москва, Российская Федерация; e-mail: emiromanova@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-3336-5925

Анисимова Мария Михайловна – ассистент Учебно-методического центра, Всероссийский научно-исследовательский институт железнодорожной гигиены, Москва, Российская Федерация;
e-mail: makeeva@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-6417-0389

AUTHORS

Oleg Konovalov – Leading Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: konovalov_oe@mail.ru
ORCID: 0000-0003-1974-9882

Dmitry Startsev – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: ssaidov@yandex.ru
ORCID: 0000-0003-3389-6248

Nana Zlatkina – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: yul181281@yandex.ru
ORCID: 0000-0001-9587-2335

Ekaterina Miromanova – Assistant of the Training and Methodological Center, Russian Research Institute of Railway Hygiene, Moscow, Russian Federation; e-mail: emiromanova@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-3336-5925

Maria Anisimova – Assistant of the Training and Methodological Center, Russian Research Institute of Railway Hygiene, Moscow, Russian Federation; e-mail: makeeva@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-6417-0389

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.03.006

КРИТЕРИИ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ

Коломийченко М.Е.¹

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова:

качество медицинской деятельности, качество организации медицинской помощи, качество медицинской помощи, критерии, показатели, нормативное регулирование.

Аннотация

Повышение доступности и качества медицинской помощи – одна из основных стратегических задач развития здравоохранения в нашей стране. Критерии оценки и контроля качества закреплены в нескольких нормативных правовых документах, действующих на всей территории Российской Федерации. В настоящей публикации представлено моделирование классификации приведенных критериев в соответствии с принципами, описанными в научных источниках. В результате проведенного исследования установлено, что кроме критериев непосредственно медицинской помощи, в нормативном поле закреплены и критерии ее организации, и критерии медицинской деятельности, и критерии, позволяющие оценивать результат оказания медицинской помощи. Целый ряд критериев является показателями, поскольку предполагают точное значение, выраженное в различных единицах измерения. Ряд критериев качества не нашли свое отражение в нормативных документах (в частности, «преемственность и непрерывность», «безопасность»).

THE AFFORDABILITY AND QUALITY CRITERIA OF MEDICAL CARE: LEGISLATIVE FRAMEWORK

Kolomiychenko M.E.¹

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

Keywords:

quality of medical practice, quality of medical care organization, quality of medical care, criteria, indicators, legislative framework

Abstract

To elevate an affordability and quality of medical care is the one the main strategic mission of healthcare development in our country. Criteria for quality evaluation and monitoring are enshrined in some legal and regulatory acts on the territory of Russian Federation. In this publication, classification modelling of mentioned standards was presented due to principles that were described in scientific sources. As a result of this research, it was established that, besides directly the medical care criteria, criteria of medical care organization, of medical practice and criteria for evaluating the results of medical assistance were enshrined in legal framework. A number of criteria are indicators, because they are exact values expressed in units of measurement. Some of the criteria weren't reflected in regulations (un particular, «the succession and continuity», «the safety»).

В научной литературе описан ряд подходов к классификации критериев качества медицинской деятельности [1; 2; 3; 4, с. 20–23; 5, с. 74–78; 6, с. 44–47; 7, с. 3–5; 8; 9] (рисунок 1).

Важным представляется отметить, что под качеством оказания медицинской помощи (далее – ОМП) понимается надлежащее качество взаимодействия медицинского персонала и пациента при оказании ему медицинской помощи [10, с. 3–5].

В настоящее время критерии качества медицинской помощи (далее – КМП) встречаются в двух нормативных документах – приказе № 203н¹ и в Программе государственных гарантий (далее – Программа)².

Цель исследования: анализ содержания нормативных правовых актов, регламентирующих критерии качества и доступности медицинской помощи в Российской Федерации.

Материалы и методы.

Настоящее исследование осуществлялось в рамках плановой темы НИР «Организационно-экономические основы разработки системы управления качеством и эффективностью медицинской деятельности». Источниками информации являлись нормативные правовые акты, а также научные публикации. Использован комплекс методов, включающий: изучение и обобщение опыта, методы монографического описания и моделирования, группу аналитических методов (контент-анализ, сравнительный анализ).

Результаты исследования.

Основной нормативный документ, регламентирующий перечень критериев оказанной медицинской помощи, – приказ № 203н.

Однако, в нем содержатся как критерии, оценивающие непосредственно ОМП (например, формирование плана обследования и плана лечения), так и критерии качества организации медицинской помощи (например, выдача выписки пациенту в день выписки). Целый ряд критериев характеризует и КМП, и качество ее организации (далее – КОМП), в зависимости от выбранных показателей. Например, невыполнение критерия «установление клинического диагноза в течение

¹ Приказ Министерства здравоохранения России от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>. 17.05.2017.

² Постановление Правительства РФ от 07 декабря 2019 г. № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2019. – № 51 (часть I). – Ст. 7606.



Рис. 1. Варианты классификации критериев качества медицинской деятельности

10 дней с момента обращения» при оказании помощи амбулаторно может быть обусловлен как нарушениями технологий лечебного процесса или неадекватностью выбора методов (характеристики КМП), так и особенностями организации медицинской помощи в данной медицинской организации – отсутствием необходимой аппаратуры для исследования, недостаточным кадровым обеспечением для проведения необходимых диагностических исследований и др. (характеристики КОМП).

Классификация приведенных в Приказе критериев в соответствии с описанными в литературе принципами методом моделирования приведена в таблице 1.

В данном нормативном документе к медицинской помощи отнесены экспертиза временной нетрудоспособности и медицинские осмотры, являющиеся компонентами медицинской деятельности, а критерии оценки результата приведены только для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

Кроме того, только для ряда критериев указана обязательность отражения в медицинской документации (например, критерий «проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей с внесением соответствующей записи...» содержит в том числе и обязательность качества документооборота, в то время как критерий «проведение коррекции плана обследования и плана лечения...» не включает обязательность соответствующих записей в медицинскую документацию).

Таблица 1

Классификация критериев оценки качества медицинской помощи
в приказе № 203н

Критерии оценки качества медицинской помощи	
I. Структура (КОМП)	II. Процесс (КМП)
1. Своевременность	1. Своевременность
установление предварительного диагноза в ходе первичного приема пациента (амб.)	установление предварительного диагноза в ходе первичного приема пациента (амб.)
установление предварительного диагноза не позднее 2 часов с момента поступления пациента (стац.)	установление предварительного диагноза не позднее 2 часов с момента поступления пациента (стац.)
назначение лекарственных препаратов	назначение лекарственных препаратов
установление клинического диагноза:	установление клинического диагноза:
установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения (амб.)	установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения (амб.)
проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей	проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей
установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления в профильное отделение (стац.)	установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления в профильное отделение (стац.)
установление клинического диагноза при поступлении по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления (стац.)	установление клинического диагноза при поступлении по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления (стац.)
проведение осмотра заведующим профильным отделением в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления, но не реже 1 раза в неделю (стац.)	проведение осмотра заведующим профильным отделением в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления, но не реже 1 раза в неделю (стац.)
осуществление перевода пациента в другое профильное отделение, в другую медицинскую организацию (стац.)	осуществление перевода пациента в другое профильное отделение, в другую медицинскую организацию (стац.)
проведение экспертизы временной нетрудоспособности	проведение экспертизы временной нетрудоспособности
осуществление диспансерного наблюдения с соблюдением периодичности обследования и длительности (амб.)	осуществление диспансерного наблюдения с соблюдением периодичности обследования и длительности (амб.)
проведение медицинских осмотров, диспансеризации, назначение по их результатам дополнительных медицинских мероприятий (амб.)	проведение медицинских осмотров, диспансеризации, назначение по их результатам дополнительных медицинских мероприятий (амб.)
назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень ЖНЗЛП врачебной комиссией	
проведение при летальном исходе патолого-анатомического вскрытия в установленном порядке (стац.)	
выдача выписки пациенту в день выписки (стац.)	
	2. Адекватность выбора методов
	формирование плана обследования пациента при первичном осмотре
	формирование плана лечения при первичном осмотре
	назначение лекарственных препаратов
	установление клинического диагноза:
	проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей
	проведение коррекции плана обследования и плана лечения (амб., стац.):
	после установления клинического диагноза (стац.)
	при изменении степени тяжести состояния пациента (стац.)
	осуществление диспансерного наблюдения с соблюдением периодичности обследования и длительности (амб.)
	проведение медицинских осмотров, диспансеризации, назначение по их результатам дополнительных медицинских мероприятий (амб.)
	указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства (стац.)
	3. Соблюдение технологии лечебного процесса
	установление предварительного диагноза в ходе первичного приема пациента (амб.)
	установление предварительного диагноза не позднее 2 часов с момента поступления пациента (стац.)
	формирование плана обследования пациента при первичном осмотре
	назначение лекарственных препаратов
	установление клинического диагноза:
	проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей
	проведение коррекции плана обследования и плана лечения:
	после установления клинического диагноза (стац.)
	при изменении степени тяжести состояния пациента (стац.)
	проведение экспертизы временной нетрудоспособности
	осуществление диспансерного наблюдения с соблюдением периодичности обследования и длительности (амб.)
	проведение медицинских осмотров, диспансеризации, назначение по их результатам дополнительных медицинских мероприятий (амб.)
	указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства (стац.)
	осуществление перевода пациента в другое профильное отделение, в другую медицинскую организацию (стац.)

Качество документооборота	
ведение медицинской документации.	
	заполнение всех разделов
	наличие информированного добровольного согласия
	первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи.
	оформление результатов первичного осмотра
	установление клинического диагноза
	оформление обоснования клинического диагноза (амб.)
	внесение записи о проведении консилиума врачей
	внесение соответствующей записи и оформление направления при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме (амб.)
	назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком.
	оформление протокола решения врачебной комиссии
	внесение записи при назначении лекарственных препаратов и применении медицинских изделий по решению врачебной комиссии
	проведение экспертизы временной нетрудоспособности
	осуществление диспансерного наблюдения с соблюдением периодичности обследования и длительности
	указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства (стац.)
	внесение в стационарную карту записей в случае особенностей течения заболеваний, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований (стац.);
	принятие врачебной комиссией решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации
	принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей
	оформление обоснования клинического диагноза
	запись о проведении осмотра заведующим профильным отделением (стац.)
	оформление решения врачебной комиссии о назначении лекарственных препаратов, не включенных в перечень ЖНВЛП (стац.)
	запись, оформление решения врачебной комиссии о переводе в другое профильное отделение, в другую медицинскую организацию (стац.)
	оформление выписки (стац.)
III. Результаты	
ответствие расхождению клинического и патолого-анатомического диагноза (стац.)	

Примечание: (амб.) – критерии оценки КМП в амбулаторных условиях,
(стац.) – критерии оценки КМП в стационарных условиях и условиях дневного стационара,
ЖНВЛП – жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты

Еще один нормативный документ, в котором приведен перечень критериев доступности и качества медицинской помощи, – Программа, – в котором критерии распределены на 2 группы: критерии доступности медицинской помощи и критерии КМП. Следует отметить, что в данном нормативном документе определены не критерии, а непосредственно показатели (индикаторы). Кроме того, приведенная классификация вызывает целый ряд вопросов. Например:

1) критерий «число лиц, проживающих в сельской местности, которым оказана скорая медицинская помощь» рассчитывается на 1000 человек сельского населения, а критерий «число пациентов, получивших паллиативную медицинскую помощь по месту жительства, в том числе на дому», без указаний для расчета. Следовательно, значение данного критерия будет выражаться в абсолютных числах. Оценка значения и сравнение со значением в других территориальных образованиях представляется затруднительной;

2) целый ряд показателей смертности различных групп населения отнесен к критериям качества медицинской помощи. Но ведь летальный исход может наступить не только в случае оказания пациенту медицинской помощи ненадлежащего качества, но и в силу целого ряда других причин,

в том числе и некорректной организации этой помощи, поздним обращением пациента за помощью и др.;

3) в литературе [10, с. 3–5] отмечено, что «удовлетворенность населения медицинской помощью» может отражать организацию оказания медицинской помощи (внимательность, вежливость персонала, комфортность, отсутствие ожидания приема и др.), но не является свидетельством качества непосредственно медицинской помощи в силу ряда причин (невозможность пациента оценить ни соответствие оказанной помощи порядкам, стандартам, клиническим рекомендациям, ни тяжесть собственного состояния в начале лечения и имеющиеся в наличии сопутствующие заболевания. Кроме того, часто неудовлетворенность оказанной медицинской помощью у пациентов возникает вследствие отсутствия состояния полного выздоровления в результате лечения).

Необходимо также учитывать, что показатели, рассчитанные на популяционном уровне, могут отражать не только качество медицинской помощи, оказанной пациентам, но и качество ее организации.

С учетом всего вышесказанного, в ходе настоящего исследования предпринята попытка

распределения показателей (а не критериев), приведенных в Программе, методом моделирования (таблица 2).

Закключение.

Таким образом, проведенное исследование показало, что критерии КМП, регламентированные нормативными правовыми документами на всей территории Российской Федерации, требуют ряда уточнений:

1) приведенные критерии отражают не только КМП, а характеризуют мероприятия, относящиеся к медицинской деятельности (медицинские осмотры, экспертиза временной нетрудоспособности);

2) разделение критериев на критерии качества медицинской помощи и качество ее организации с разработкой соответствующих показателей;

3) критерии качества документооборота не полностью соответствуют критериям КМП (в приказе № 203н);

4) критерии доступности и качества медицинской помощи, приведенные в Программе, по сути являются показателями (индикаторами) качества, поскольку предполагают определенное количественное выражение. Кроме того, характеризуют не только качество оказания медицинской помощи, но и ее организацию, а также могут использоваться для оценки результативности оказания медицинской помощи;

5) не нашли отражение такие критерии как «безопасность», «преемственность и непрерывность», «научно-технический уровень».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Donabedian A. The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring / A. Donabedian. – Michigan: Health Administration Press, 1985. – 900 p.
2. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. – Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, The World Bank, 2018. – 100 p.
3. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. – Geneva: World Health Organization; 2018. – 74 p.
4. Линденбрaten А.Л. Качество организации медицинской помощи и критерии его оценки / А.Л. Линденбрaten // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 2. – С. 20–23.
5. Линденбрaten А.Л. Методические подходы к оценке качества организации медицинской помощи / А.Л. Линденбрaten // Здравоохранение. – 2015. – № 1. – С. 74–78.
6. Кицул И.С. Оценка результативности медицинской помощи с позиции новых требований по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности / И.С. Кицул, Д.В. Пивень // Заместитель главного врача. – 2013. – № 4. – С. 44–47.
7. Линденбрaten А.Л. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и проблемы управления качеством медицинской помощи / А.Л. Линденбрaten // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 4. – С. 3–5.
8. Щепин О.П. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбрaten, Г.И. Галанова. – М.: Медицина, 2002. – 176 с.
9. Щепин О.П. Оценка качества и эффективности медицинской помощи / О.П. Щепин, А.Л. Линденбрaten, Т.М. Шаровар, В.С. Васюкова. – М.: РАМН, НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко, 1992. – 91 с.
10. Линденбрaten А.Л. Некоторые рассуждения о качестве медицинской помощи / А.Л. Линденбрaten // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 10. – С. 3–5.

REFERENCES

1. Donabedian A. *The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring*. Michigan, Health Administration Press, 1985. 900 p.
2. *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. Geneva, World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, The World Bank, 2018. 100 p.
3. *Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. Geneva, World Health Organization, 2018. 74 p.

4. Lindenbraten A.L. Quality of medical care organization and criteria for its evaluation. *Russian Academy of Medical Sciences. Bulletin of the National Research Institute of Public Health*. 2013, no. 2, pp. 20–23. (In Russian).
5. Lindenbraten A.L. Methodological approaches to assessing the quality of medical care. *Health care*, 2015, no. 1, pp. 74–78. (In Russian).
6. Kicul I.S., Piven' D.V. Evaluation of the effectiveness of medical care from the position of new requirements for ensuring the quality and safety of medical activities. *Deputy chief physician*, 2013, no. 4, pp. 44–47. (In Russian).
7. Lindenbraten A.L. Federal law "On the basics of public health protection in the Russian Federation" and problems of quality management of medical care. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*, 2012, no. 4, pp. 3–5. (In Russian).
8. Shchepin O.P., Starodubov V.I., Lindenbraten A.L., Galanova G.I. Methodological foundations and mechanisms for ensuring the quality of medical care. Moscow, Medicine, 2002. 176 p. (In Russian).
9. Shchepin O.P., Lindenbraten A.L., Sharovar T.M., Vasyukova V.S. *Evaluation of the quality and effectiveness of medical care*. Russian Academy of medical Sciences, Research Institute of social hygiene, economics and health management named after N. A. Semashko, 1992. 91 p. (In Russian).
10. Lindenbraten A.L. Some arguments about the quality of medical care. *Problems of standardization in healthcare*, 2007, no. 10, pp. 3–5. (In Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Коломийченко Мария Евгеньевна – младший научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: niiskni@mail.ru

AUTHOR

Mariya Kolomiychenko – Junior Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: niiskni@mail.ru

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.03.007

АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ О ПРОВЕДЕНИИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Горенков Р.В.¹, Карташов К.В.², Замуруева О.В.³, Васильева Т.П.^{1,4}

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

² *Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Российская Федерация*

³ *Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация*

⁴ *Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова, г. Иваново, Российская Федерация*

Ключевые слова:

функция внешнего дыхания, спирометрия, пикфлоуметрия, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, первичное звено здравоохранения, врач общей практики, участковый терапевт.

Аннотация

В статье представлены результаты исследования информированности участковых терапевтов и врачей общей практики о значении, показателях и частоте проведения функции внешнего дыхания при бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких в амбулаторных условиях. В исследовании приняло участие 73 врача первичного звена здравоохранения: 41 участковый терапевт и 32 врача общей практики из Москвы и Московской области. Всем участникам исследования проводилось анкетирование по вопросам на знание основных показателей спирометрии; правилам проведения спирометрии и частоты использования пикфлоуметрии в амбулаторных условиях. Выявлено, что врачи первичного звена здравоохранения не в полной мере владеют интерпретацией показателей функции внешнего дыхания и, особенно, методикой проведения спирометрии и пикфлоуметрии в амбулаторных условиях. Осведомленность врачей общей практики по интерпретации показателей и правилам проведения спирометрии лучше, чем у участковых терапевтов. Большинство врачей первичного звена здравоохранения не проводят пикфлоуметрию на приеме (85,0%) и не назначают пациентам для самоконтроля в амбулаторных условиях (82,2%). Объективной причиной, по которой пикфлоуметрия не проводится на приеме у врача, является отсутствие оснащенности кабинетов пикфлоуметрами. Субъективными причинами, по которым пикфлоуметрия не проводится на приеме и не назначается пациентам в качестве метода самоконтроля, являются неосведомленность врачей и их ошибочные мнения о значении этого метода.

ANALYSIS OF INFORMATION OF DOCTORS OF GENERAL PRACTICE AND LOCAL THERAPEUTS ON CARRYING OUT THE FUNCTION OF EXTERNAL RESPIRATION IN CHRONIC OBSTRUCTIVE DISEASE OF LUNG AND BRONCHIAL ASTHMA

Gorenkov R.V.¹, Kartashov K.V.², Zamurueva O.V.³, Vasilyeva T.P.^{1,4}

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

² *Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, Russian Federation*

³ *Sechenov University, Moscow, Russian Federation*

⁴ *V.N. Gorodkov Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood, Ivanovo, Russian Federation*

Keywords:

external respiration function, spirometry, peakflowmetry, bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease, primary health care, general practitioner, district therapists.

Abstract

The purpose of the study: to study the awareness of district therapists and general practitioners about the significance, indicators and frequency of the function of external respiration in bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease on an outpatient basis. The study involved 73 primary care physicians: 41 district therapists and 32 general practitioners from the Moscow and Moscow region. All participants in the study were questioned on the knowledge of the main indicators of spirometry; rules for spirometry and the frequency of use of peakflowmetry on an outpatient basis. Primary care physicians do not fully understand the interpretation of indicators of the function of external respiration, and especially the technique of performing spirometry and peakflowmetry on an outpatient basis. Awareness of general practitioners on the interpretation of indicators and the rules for spirometry is better than that of district therapists. Most primary care physicians do not perform peakflowmetry at the reception (85.0%) and do not appoint patients for self-monitoring on an outpatient basis (82.2%). The objective reason why peak flow metering is not performed at a doctor's appointment is the lack of equipment for doctor's offices with peakflowmeters. The subjective reasons why peak flow measurement is not performed at the reception and is not prescribed to patients as a method of self-monitoring are the lack of knowledge of doctors and their erroneous opinions.

Показатели функции внешнего дыхания (далее – ФВД) являются важнейшими в оценке состояния органов дыхания, особенно при наличии обструктивных заболеваний: бронхиальной астмы (далее – БА) и хронической обструктивной болезни легких (далее – ХОБЛ) [1, с. 101–110; 2, с. 19–24; 3, с. 319–338].

БА и ХОБЛ являются самыми распространенными хроническими заболеваниями органов дыхания и определяют высокую инвалидность, снижение продолжительности жизни [4, с. 83–84; 5, с. 11–32].

Ранняя диагностика этих заболеваний позволяет предупредить их прогрессирование и добиться стойкой ремиссии. Однако, в клинической практике часто эти заболевания диагностируют на поздней стадии с развитием перестройки бронхов и альвеол, выраженной необратимой дыхательной недостаточностью [6, с. 89–96; 7, с. e20–e27].

Одной из причин несвоевременной диагностики ХОБЛ и БА является неправильная оценка показателей ФВД или не проведение этих исследований (спирометрии и пикфлоуметрии) в амбулаторных условиях [8, с. 249–254; 9, с. 37–43].

В связи с вышеизложенным, в настоящей работе проведено исследование информированности врачей первичного звена здравоохранения о значении проведения исследований ФВД для диагностики ХОБЛ и БА, а также частоте исполь-

зование спирометрии и пикфлоуметрии в клинической практике.

Цель исследования: изучить информированность участковых терапевтов и врачей общей практики о значении, показателях и частоте проведения функции внешнего дыхания при бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких в амбулаторных условиях.

Методы.

В исследовании приняло участие 73 врача первичного звена здравоохранения (67 человек из Московской области и 6 человек из Москвы).

Из этого числа 41 человек (56,2%) – участковые терапевты и 32 (43,8%) – врачи общей практики.

Исследование проводилось на базе Института лидерства и управления здравоохранением Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского.

Для проведения анкетирования нами была разработана анкета, состоящая из нескольких частей:

- 1) паспортная часть, в которую входили стандартные вопросы: возраст, стаж, пол, специальность;
- 2) теоретические вопросы на знание интерпретации основных показателей ФВД при ХОБЛ и БА;

3) вопросы, направленные на оценку знаний врачей по правилам проведения спирометрии и пикфлоуметрии;

4) вопросы, направленные на изучение частоты использования пикфлоуметрии как скринингового метода на приеме и как метода самоконтроля ФВД для пациента в домашних условиях.

Оценка знаний врачей осуществлялась по следующим критериям: высокий уровень знаний – число правильных ответов на вопросы составил $\geq 90\%$; средний уровень знаний – 80-89%; низкий уровень знаний – 70-79%; неудовлетворительный – ниже 70% правильных ответов.

Вопросы были нацелены на изучение использования врачом на приеме пикфлоуметрии как скринингового метода, и вопросы, направленные на изучение использования пикфлоуметрии курируемым пациентом в домашних условиях. Далее изучались причины, по которым этот метод не используется врачом на приеме или курируемым пациентом в домашних условиях.

Для формирования первичной базы данных и статистической обработки использовался редактор электронных таблиц MS Excel 2016 для Windows 10. Описание качественных признаков производилось с помощью абсолютных и относительных (%) показателей. Количественные признаки в таблицах представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее арифметическое значение, m – стандартная ошибка среднего арифметического значения. Достоверность результатов оценивалась по критерию Стьюдента t .

Результаты исследования.

Основную массу составили респонденты женского пола – 57 человек (78,1%) и 16 человек (21,9%) – мужского пола.

В таблице 1 представлено распределение респондентов по возрасту.

Самыми большими по численности были возрастные группы следующих диапазонов: 30-39 лет (20,5%), 40-49 лет (26,0%), 50-59 лет (27,4%). Малочисленными были возрастные группы 26-29 лет (12,3%) и старше 60 (13,7%). Средний возраст респондентов составил $43,8 \pm 2,1$ лет.

Данная возрастная структура соответствует демографической ситуации по возрасту среди врачей первичного звена здравоохранения, сложившейся в настоящее время в практическом здравоохранении.

Распределение респондентов по стажу рабо-

ты по основной специальности представлено в таблице 2.

Стаж работы по специальности респондентов колебался от 1 года до 49 лет, со средним значением $22,1 \pm 1,9$ года. Распределение респондентов по стажу работы следующее: от 1 года до 9 лет – 14,3%, от 10 до 19 лет – 21,4%, от 20 до 29 лет – 28,6%, от 30 до 39 лет – 21,4%, от 40 до 49 лет – 14,7%. Менее всего участвовало специалистов со стажем работы более 50 лет – 1 человек (1,6%).

Оценка уровня знаний по показателям ФВД и правилам проведения спирометрии у врачей первичного звена здравоохранения в группе участковых терапевтов и врачей общей практики представлена в таблице 3.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что не все врачи владеют знаниями по оценке ФВД для диагностики БА и ХОБЛ.

Средний оценочный уровень знаний по вопросам, направленным на знание основных показателей для оценки ФВД при ХОБЛ и БА, составил $81,4 \pm 1,5\%$; по вопросам, направленным на оценку знаний по правилам проведения спирометрии – $77,1 \pm 1,6\%$ в целом по всей группе респондентов. То есть, в первом случае, знания оценены как «хорошие», а во втором – на уровне «удовлетворительно».

Следует отметить, что осведомленность врачей общей практики по интерпретации показателей ФВД и правилам проведения спирометрии достоверно лучше, чем у терапевтов: средние показатели уровня знаний составили соответственно $89,5 \pm 2,9\%$; $81,5 \pm 2,6\%$ и $79,7 \pm 2,7\%$; $74,4 \pm 2,4\%$ (данные достоверны при $p < 0,05$).

В таблице 4 представлены данные о частоте использования пикфлоуметрии в клинической практике.

Как видно из таблицы 4, пикфлоуметрия среди врачей первичного звена здравоохранения используется на приеме в качестве скринингового метода только в 15,0% случаев и назначается курируемому пациенту для самоконтроля только в 17,8% случаев. При этом врачи общей практики примерно в три раза чаще проводят пикфлоуметрию на приеме (25,0%) и в три раза чаще назначают ее проведение курируемым пациентам в домашних условиях (28,1%) по сравнению с участковыми терапевтами (соответственно 7,3% и 9,8%).

Таблица 1

Распределение респондентов по возрасту

Возраст	Количество человек n=73	Соотношение между группами в %
26-29 лет	9	12,3
30-39 лет	15	20,5
40-49 лет	19	26,0
50-59 лет	20	27,4
60-78 лет	10	13,7

Таблица 2

Распределение респондентов по стажу работы по основной специальности

Стаж	Количество человек n=73	% соотношение между группами
1-9 лет	10	13,7
10-19 лет	16	21,9
20-29 лет	21	28,8
30-39 лет	15	20,5
40-49 лет	10	13,7
50 лет и более	1	1,4

Таблица 3

Оценка уровня знаний по показателям ФВД и правилам проведения спирометрии у врачей первичного звена здравоохранения (в % от общей численности опрошенных в каждой группе и в целом по всем группам)

Показатель	Оценочный уровень знаний*	Участковые терапевты, n=41 чел., %	Врачи общей практики, n=32 чел., %	Все группы, n=73 чел., %
Теоретические вопросы на знание основных показателей для оценки ФВД	высокий	9,8	21,9	15,1
	хороший	29,3	43,8	35,6
	средний	46,3	28,1	38,4
	неудовлетворительный	14,6	6,2	10,9
	средняя оценка M±m	79,7±2,7**	89,5±2,9**	81,4±2,5
Вопросы, направленные на оценку знаний врачей по правилам проведения спирометрии	высокий	4,9	9,4	6,8
	хороший	21,9	43,8	28,8
	средний	48,8	37,4	46,6
	неудовлетворительный	24,4	9,4	17,8
	средняя оценка M±m	74,4±2,4**	81,5±2,6**	77,1±2,2

* высокий уровень знаний – число правильных ответов на вопросы составил $\geq 90\%$; средний уровень знаний – 80-89%; низкий уровень знаний – 70-79%; неудовлетворительный – ниже 70% правильных ответов.

** разница показателей между группой участковых врачей и врачей общей практики достоверные при $p < 0,05$.

Таблица 4

Частота использования пикфлоуметрии в клинической практике среди
участковых терапевтов и врачей общей практики в %

Параметры	Участковые терапевты, n=41 чел., %	Врачи общей практики, n=32 чел., %	Все врачи, n=73 чел., %
Частота использования пикфлоуметрии в качестве скринингового метода исследования на приеме	7,3	25,0	15,0
Частота назначения курируемому пациенту пикфлоуметрии для самоконтроля	9,8	28,1	17,8

Таблица 5

Причины (в %), по которым пикфлоуметрия не проводится на приеме
у врача первичного звена здравоохранения

Наименования причин (со слов опрошенных врачей)	Всего n=62 чел., %	Примечание
Кабинеты не оснащены пикфлоуметрами	87,1	В соответствии с приказом № 543н от 15.05.2012 Минздрава России пикфлоуметр входит в стандарт оснащения кабинета
Пикфлоуметрия не входит в стандарты обследования на приеме	62,9	Входит в стандарты по ведению больных БА и ХОБЛ в амбулаторных условиях
Нет времени для обследования	51,6	Время для обследования методом пикфлоуметрии обученного пациента занимает не более 2-3 минут
Пикфлоуметр предназначен только для индивидуального пользования	21,6	Ошибочное мнение – на приеме используется прибор со сменными мундштуками
Не владею методом	43,5	Методика входит в перечень практических навыков ФГОС для участковых терапевтов и врачей общей практики
Затрудняется ответить	3,2	-

Таблица 6

Причины (в %), по которым пикфлоуметрия не назначается курируемыми пациентам
в качестве метода самоконтроля врачами первичного звена здравоохранения

Наименования причин (со слов опрошенных врачей)	Всего n=60 чел., %	Примечание
Нет времени для объяснения пациенту как пользоваться пикфлоуметрами	86,7	Можно направить пациента в кабинет профилактики; центр здоровья; школу для больных бронхолегочными заболеваниями.
Не входит в обязанности участкового врача	68,3	Входит в стандарты по ведению больных БА и ХОБЛ в амбулаторных условиях
Пациент никогда не купит пикфлоуметр	45,0	Нельзя решать данные вопросы за пациентов. Врач должен информировать пациента о заболевании в соответствии с ФЗ-323.
Не владею методом	28,3	Методика входит в перечень практических навыков ФГОС для участковых терапевтов
Затрудняется ответить	6,6	-

По данным анкетирования были изучены причины, по которым врачи не проводили пикфлоуметрию на приеме в кабинете (данные представлены в таблице 5) и причины, по которым пикфлоуметрия не назначалась курируемым пациентам в качестве метода самоконтроля (данные представлены в таблице 6).

Объективной причиной, по которой пикфлоуметрия не проводится на приеме у врача, является отсутствие оснащенности кабинетов пикфлоуметрами (названа в 87,1% случаев). Остальные причины были субъективными и часто связаны с ошибочными мнениями врачей.

При анализе причин, по которым пикфлоуметрия не назначается в амбулаторных условиях пациентам в качестве метода самоконтроля установлено, что практически все из них связаны с неосведомленностью врачей или их ошибочными мнениями.

Обсуждение.

Диагностика ХОБЛ и БА на ранних стадиях в первичном звене здравоохранения вызывает большие трудности. Еще больше трудностей вызывает дифференциальный диагноз между БА и ХОБЛ [6, с. 89–86; 7, с. e20–e27]. Актуальность дифференциальной диагностики обусловлена тем, что это два разных заболевания по этиологии, патогенезу и тактике лечения.

Несмотря на имеющееся четкое определение болезни, достаточно яркие симптомы и большие возможности функциональных методов исследования, нередко БА ошибочно диагностируют как различные формы бронхита. У большинства пациентов диагноз БА устанавливают лишь при выраженных симптомах заболевания.

Анализ информированности врачей по теоретическим вопросам на знание основных показателей для оценки ФВД при БА и ХОБЛ показал у 15,1% врачей высокий уровень знаний; у 35,6% – хороший уровень; у 38,4% – средний и у 10,9% – неудовлетворительный.

Анализ информированности врачей по вопросам, направленным на оценку знаний врачей по правилам проведения спирометрии, показал несколько худшие результаты: у 6,8% врачей – высокий уровень знаний, у 28,8% – хороший уровень, у 46,6% – средний и у 17,8% – неудовлетворительный.

Следует отметить, что осведомленность врачей общей практики по интерпретации по-

казателей и правилам проведения спирометрии лучше, чем у участковых терапевтов: средние показатели уровня знания составили соответственно 89,5±2,9%; 81,5±2,6% и 79,7±2,7%; 74,4±2,4% (данные достоверны при $p < 0,05$).

По результатам анкетирования установлено, что пикфлоуметрия используется на приеме в качестве скринингового метода только в 15,0% случаев и назначается курируемому пациенту для самоконтроля только в 17,8% случаев. При этом врачи общей практики примерно в три раза чаще проводят пикфлоуметрию на приеме (25,0%) и в три раза чаще назначают курируемым пациентам для самоконтроля (28,1%) по сравнению с терапевтами – соответственно 7,3% и 9,8%.

Основными причинами, по которым не проводится пикфлоуметрия на приеме, являются: отсутствие в кабинетах пикфлоуметров (87,1%); пикфлоуметрия не входит в стандарты обследования на приеме участкового врача (62,9%); нет времени для обследования этим методом (51,6%); пикфлоуметр предназначен только для индивидуального пользования (21,6%); не владеют методом (43,5%) и затрудняются ответить на данный вопрос (3,2%).

Таким образом, объективной причиной, по которой пикфлоуметрия не проводится на приеме у врача, является отсутствие оснащенности кабинетов пикфлоуметрами. Остальные причины были субъективными и часто связаны с ошибочными мнениями врачей или их неосведомленностью.

Основными причинами, по которым пикфлоуметрия не назначается пациентам в качестве метода самоконтроля, являются: отсутствие времени для объяснения пациенту правил пользования пикфлоуметрами (86,7%); назначение пикфлоуметрии не входит в обязанности участкового врача (68,3,9%); пациент никогда не купит пикфлоуметр (45,0%); не владеют методом (28,3%); затрудняются ответить на данный вопрос (6,6%). Таким образом, при анализе причин, по которым пикфлоуметрия не назначается в амбулаторных условиях пациентам в качестве метода самоконтроля установлено, что практически все из них также связаны с неосведомленностью врачей или их ошибочными мнениями.

Так, в соответствии с приказом № 543н от 15 мая 2012 г. Министерства здравоохранения России, пикфлоуметр входит в стандарт оснащения кабинета; пикфлоуметрия входит в стандарты по

ведению больных БА и ХОБЛ в амбулаторных условиях; время для обследования методом пикфлоуметрии обученного пациента занимает не более 2-3 минут. Ошибочным является мнение, что пикфлоуметр предназначен только для индивидуального пользования и не предназначен для скрининга на приеме, так как на приеме используется пикфлоуметр со сменными мундштуками. Не оправданным является не владение методикой врачом, так как пикфлоуметрия входит в перечень практических навыков ФГОС для участковых терапевтов и врачей общей практики.

Выводы.

1. Врачи первичного звена здравоохранения не в полной мере владеют интерпретацией показателей функции внешнего дыхания и особенно методикой проведения спирометрии и пикфлоуметрии в амбулаторных условиях.

2. Осведомленность врачей общей практики по интерпретации показателей функции внешнего дыхания и правилам проведения спирометрии лучше, чем у терапевтов.

3. Большинство врачей первичного звена здравоохранения не проводят пикфлоуметрию на приеме (85,0%) и не назначают пациентам для самоконтроля в амбулаторных условиях (в 82,2%).

4. Объективной причиной, по которой пикфлоуметрия не проводится на приеме у врача, является отсутствие оснащенности кабинетов пикфлоуметрами.

5. При анализе субъективных причин, по которым пикфлоуметрия не проводится на приеме и не назначается пациентам в качестве метода самоконтроля, можно заключить, что большинство из них связаны с неосведомленностью врачей и их ошибочными мнениями.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айсанов З.Р. Спирометрия в диагностике и оценке терапии хронической обструктивной болезни легких в общеврачебной практике / З.Р. Айсанов, А.В. Черняк, Е.Н. Калманова // Пульмонология. – 2014. – № 5. – С. 101–110.
2. Лунина М.Д. Актуальные вопросы клинического применения спирометрии / М.Д. Лунина, В.С. Никифоров, Н.Г. Яковлева, Н.С. Балясина // Архивъ внутренней медицины. – 2016. – № 6. – С. 19–24.
3. Miller M.R. ATS/ERS Task Force. Standardization of spirometry / M.R. Miller, J. Hankinson, V. Brusasco [и др.] // Eur. Respir. J. – 2005. – Vol. 26. – № 2. – P. 319–338.
4. Антонов Н.С. Эпидемиология бронхолегочных заболеваний в России / Н.С. Антонов // Пульмонология. – 2006. – № 4. – С. 83–88.
5. Чучалин А.Г. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы / А.Г. Чучалин, З.Р. Айсанов, А.С. Белевский [и др.] // Пульмонология. – 2014. – № 2. – С. 11–32.
6. Кароли Н.А. Ошибки диагностики, ведения и лечения больных бронхиальной астмой / Н.А. Кароли, А.П. Ребров // Бюллетень сибирской медицины. – 2002. – № 1. – С. 89–96.
7. Kavanagh J. Over- and under-diagnosis in asthma / J. Kavanagh, D.J. Jackson, B.D. Kent // Breathe. – 2019. – Vol. 15. – № 1. – P. e20–e27.
8. Licskai C.J. Spirometry in primary care: an analysis of spirometry test quality in a regional primary care asthma program. / C.J. Licskai, T.W. Sands, L. Paolatto [и др.] // Can. Respir. J. – 2012. – Vol. 19. – № 4. – P. 249–254.
9. Похазникова М.А. Оценка качества спирометрии, выполненной врачами общей практики в Санкт-Петербурге в исследовании RESPECT. Часть I / М.А. Похазникова, Е.А. Андреева, О.Ю. Кузнецова [и др.] // Российский семейный врач. – 2014. – Т. 18. – № 1. – С. 37–43.

REFERENCES

1. Aisanov Z.R., Chernyak A.V., Kalmanova E.N. Spirometry in the diagnosis and evaluation of treatment of chronic obstructive pulmonary disease in general practice. *Pulmonology*, 2014, no. 5, pp. 101–110. (In Russian).
2. Lunina M.D., Nikiforov V.S., Yakovleva N.G., Baluster N.S. Actual issues of the clinical use of spirometry. *Archive of Internal Medicine*, 2016, no. 6, pp. 19–24. (In Russian).
3. Miller M.R. Hankinson J., Brusasco V., [et al.] ATS/ERS Task Force. Standardization of spirometry. *Eur. Respir. J.*, 2005, vol. 26, no 2, pp. 319–338.
4. Antonov N.S. Epidemiology of bronchopulmonary diseases in Russia. *Pulmonology*, 2006, no. 4, pp. 83–88. (In Russian).
5. Chuchalin A.G., Aisanov Z.R., Belevsky A.S. [et al.] Federal clinical guidelines for the diagnosis and treatment of bronchial asthma. *Pulmonology*, 2014, no. 2, pp. 11–32. (In Russian).

6. Caroli N.A., Rebrov A.P. Errors of diagnosis, management and treatment of patients with bronchial asthma. *Bulletin of Siberian medicine*, 2002, no. 1, pp. 89–96. (In Russian).
7. Kavanagh J., Jackson D.J., Kent B.D. Over- and under-diagnosis in asthma. *Breathe*, 2019, vol. 15, no. 1, pp. e20–e27.
8. Licskai C.J., Sands T.W., Paolatto L. [et al.] Spirometry in primary care: an analysis of spirometry test quality in a regional primary care asthma program. *Can. Respir. J.*, 2012, vol. 19, no. 4, pp. 249–254.
9. Pokhaznikova M.A., Andreeva E.A., Kuznetsova O.Yu. [et al.] Quality assessment of spirometry performed by general practitioners in St. Petersburg in the respect study. Part I. *Russian Family Doctor*, 2014, vol. 18, no 1, pp. 37–43. (In Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Горенков Роман Викторович – ведущий научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», доктор медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: rogoorenkov@mail.ru
ORCID: 0000-0003-3483-7928

Карташов Константин Валентинович – аспирант кафедры общей врачебной практики (семейной медицины), Московский областной научно-исследовательский институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Российская Федерация; e-mail: k_kartashov@mail.ru

Замуруева Ольга Вячеславовна – магистрант института лидерства и управления здравоохранением, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация; e-mail: alexzamura2013@yandex.ru

Васильева Татьяна Павловна – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: vasileva_tp@mail.ru
ORCID: 0000-0002-3605-8592

AUTHORS

Roman Gorenkov – Leading Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: rogoorenkov@mail.ru
ORCID: 0000-0003-3483-7928

Konstantin Kartashov – PhD student, Department of General Medical Practice, Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, Russian Federation; e-mail: k_kartashov@mail.ru

Olga Zamurueva – graduate student of the of the Institute of Public Health and Healthcare Management, Sechenov University; e-mail: alexzamura2013@yandex.ru

Tatiana Vasilyeva – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: vasileva_tp@mail.ru
ORCID: 0000-0002-3605-8592

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.03.008

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Линденбратен А.Л.¹

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова:

управление здравоохранением, качество медицинской деятельности.

Аннотация

Лекция посвящена актуальным проблемам российского здравоохранения. Рассматриваются вопросы состояния здоровья населения Российской Федерации, ресурсного обеспечения здравоохранения, качества медицинской помощи и управления здравоохранением.

TOPICAL PROBLEMS OF RUSSIAN HEALTHCARE

Lindenbrathen A.L.¹

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

Keywords:

healthcare management, quality of medical activity

Abstract

The article is devoted to topical problems of Russian health care. The questions of the state of health of the population of the Russian Federation, resource support of health care, the quality of medical care and healthcare management are considered.

1. Состояние здоровья населения Российской Федерации.

Когда мы говорим о здоровье, то надо определиться, идет речь о здоровье конкретного человека или о здоровье населения вообще, то есть о том, что называют «общественным здоровьем». Если исходить из известного определения здоровья, принятого Всемирной организацией здравоохранения (а там не уточняется, о здоровье индивидуума или общества идет речь): «Состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических нарушений» или близкого к нему, содержащегося в Федеральном законе № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «Состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма», – то можно сделать вывод, что здорового общества вообще не существует. И болезней всегда достаточно. Я уж не говорю про те или иные функциональные нарушения, когда до полного благополучия далеко.

И вот ведь какой парадокс: чем дальше развивается медицина, тем больше становятся наши диагностические возможности, доходя уже до генного уровня и позволяя выявлять все новые и новые отклонения от нормы (хотя кто знает, где она, эта норма?). Далеко не всегда мы при этом успеваем вовремя находить панацею и поддерживать то самое пресловутое здоровье. А если даже мы и начинаем справляться с самыми серьезными и тяжелыми заболеваниями, природа подбрасывает нам все новые и новые проблемы, и на смену, допустим, чуме приходит синдром приобретенного иммунодефицита. Выясняется, что «хрен редьки не слаще». А уж про коронавирус говорят теперь все, даже ленивые. Так не является ли болезнь проверенным инструментом природы в деле естественного отбора, регулирования численности населения и, в конечном итоге, сохранения рода человеческого?

Кстати, не случайно, пытаясь охарактеризовать состояние здоровья населения, мы пользуемся привычным набором показателей, отражающих рождаемость, смертность, младенческую смертность, продолжительность жизни, заболе-

ваемость, инвалидность и т.д., то есть свидетельствующих скорее о нездоровье, чем наоборот.

Тут есть и еще проблемы, связанные с достоверностью имеющейся статистики.

Первое. Несовершенство сама технология сбора информации. Так, данные заболеваемости рассчитываются на основе регистрации обращений. Есть обращения – есть заболевания. То, что мы называем заболеваемостью, это на самом деле обращаемость. Естественно, цифры не отражают истинной картины. Ведь сегодня большой процент населения не обращается за медицинской помощью. Но это не значит, что люди здоровы.

Второе. Неточность кодировки заболеваний. Человек во время эпидемии гриппа обратился к врачу. Ему ставят грипп, хотя у него, возможно, что-то другое. К тому же кодировкой занимается не врач, а медицинский статистик. Один не совсем правильно записал, другой не совсем правильно закодировал. Так возникают ошибки во время обработки информации.

Третье. Умышленное искажение статистики в силу каких-либо соображений. Вступил в силу, например, Указ Президента России о снижении смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Если есть возможность вписать в свидетельство о смерти другой диагноз, то почему бы это не сделать? Нашелся замечательный вариант — безобидный, ничего про него Президент не сказал. Это смерть от старости. Конечно, человек может умереть от старости. В официальной международной классификации это предусмотрено. Но парадокс заключается в том, что при средней продолжительности жизни в России чуть за 70 лет умирать от старости у нас стали, не дожив до нее. Все в порядке, можно отчитаться о выполнении поставленных задач. Еще одна важная причина искажений статистики: раньше в случае летального исхода дело обязательно заканчивалось патологоанатомическим вскрытием. Во-первых, тогда выяснялся точный диагноз как причина смерти – отсюда статистика смертности. Во-вторых, если выявлялось расхождение с прижизненно установленным клиническим диагнозом, фиксировалась врачебная ошибка. Это должно было повлиять на статистику заболеваемости. Сейчас процент патологоанатомических вскрытий стремительно сокращается.

Хотелось бы обратить внимание и на то, что рассчитываются эти показатели, как правило, на

1000 населения и представляют, таким образом, некоторые усредненные цифры, которые могут быть сродни пресловутой «средней температуре по больнице», отражая условное достаточно однородное общество. Население можно разделить как минимум на две совокупности. Одна, которая является практически здоровой и в медицинской помощи по существу не нуждается или пользуется ею в основном по принципу само- и взаимопомощи. Другая же группа населения обременена в основном хроническими заболеваниями, которые достаточно регулярно доставляют беспокойство и требуют внимания. При этом с обострениями, даже зная свой диагноз, самим справиться удается не всегда и приходится обращаться к врачам.

К этому разделению, существовавшему всегда и обусловленному, прежде всего, биологическими или генетическими факторами, скорректированными образом жизни, можно добавить и дифференциацию, связанную с расслоением общества, основанном на принадлежности к различным социально-экономическим группам.

Имеющиеся публикации свидетельствуют о существующих различиях в структуре и распространенности заболеваний в тех или иных группах населения в зависимости от характера их занятости.

От социально-экономического положения зависит здоровье не только взрослых, но и их детей. В семьях с низким уровнем жизни число хронически больных детей в несколько раз выше, чем в благополучных семьях.

Таким образом, более правильным было бы говорить не столько о здоровье общества как такового, сколько о здоровье отдельных сообществ: здоровых и больных, богатых и бедных, предпринимателей и служащих. Но если изучение общественного здоровья населения лежит в основе разработки мер по его сохранению и укреплению, в том числе и системы здравоохранения, то наличие различных сообществ со своим состоянием здоровья могут требовать дифференциации этих мер. И если система здравоохранения в государстве должна быть, наверное, все-таки одна, то подсистемы или системы оказания медицинской помощи могут и должны на данном этапе развития общества быть разными. Эти различия лежат в основе того, что называется сегментированным рынком медицинских услуг, который, хотим мы того или нет, де-факто уже существует.

Если говорить о конкретных показателях состояния здоровья в стране, то ожидаемая продолжительность жизни граждан России (оба пола) значительно меньше, чем в странах Евросоюза. В ближайшие годы может произойти сокращение числа рождений из-за резкого снижения, начиная с 2017 года, числа лиц детородного возраста (малочисленное поколение родившихся в 1990-е годы). А наблюдавшийся еще недавно рост рождаемости был обусловлен, прежде всего, значительно большим числом женщин, чем в предыдущие годы, находившихся в детородном возрасте.

Отчетливо выражен процесс демографического старения населения, причем вследствие высокого уровня смертности мужчин в трудоспособном возрасте, в гораздо большей степени он характерен для женщин. В свою очередь старение населения может привести к росту смертности. Следует особо отметить смертность населения от предотвратимых причин, которая в России почти в два раза выше, чем в странах Евросоюза, и которая зависит как от социальных факторов (условия жизни людей, их благосостояние и др.), так и от эффективности деятельности системы здравоохранения. Поэтому продвинуться в снижении преждевременной смертности (хотя кто скажет, что такое своевременная смертность) быстрее и реальнее, чем в увеличении рождаемости.

Да и хорошо известные факторы риска связаны далеко не только с деятельностью системы здравоохранения.

Распространенность табакокурения среди населения России гораздо выше, чем во многих странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). Примерно та же ситуация и с потреблением алкоголя. Ежегодно в стране происходит значительное количество убийств и самоубийств, в том числе среди детей и подростков, что говорит об имеющихся серьезных социальных проблемах. В Российской Федерации по-прежнему высокий уровень аварийности на дорогах, причиной которой зачастую становятся нетрезвые водители. Все это проблемы, не связанные напрямую с деятельностью системы здравоохранения и требующие разработки стратегии охраны здоровья населения как одного из важнейших направлений государственной политики, основанного на межведомственном подходе к его реализации.

Справедливости ради надо сказать, что за последние годы в стране принимаются самые се-

рьезные меры для исправления сложившейся ситуации.

В течение нескольких лет осуществлялся приоритетный национальный проект «Здоровье», в рамках которого были начаты целевые программы, направленные на снижение смертности от болезней системы кровообращения, новообразований и внешних причин.

На программу модернизации здравоохранения было выделено 629 млрд. руб., в том числе 460 млрд. – на два года (2011-2012).

Приняты федеральные законы «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Разработана и утверждена Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации.

Утверждена государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», цель которой – обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям науки.

Нетрудно заметить, что подавляющее большинство этих документов относится, прежде всего, к развитию системы здравоохранения, то есть той важнейшей отрасли, основным предметом деятельности которой является оказание медицинской помощи, направленной на восстановление утраченного здоровья, и которая практически в одиночестве противостоит множеству негативных факторов, отрицательно влияющих на состояние здоровья населения.

Как уже говорилось выше, деятельность системы здравоохранения – лишь один из факторов, определяющих уровень состояния здоровья населения.

И хотя справедливости ради надо отметить, что в государственной программе «Развитие здравоохранения» и ряде Указов Президента содержится большой раздел, посвященный профилактике и формированию здорового образа жизни, представляется все-таки необходимым уделить первостепенное внимание вопросам охраны здоровья населения в целом с разработкой соответствующей стратегии и программы ее реализации.

Основными принципами такой стратегии

должны быть векторы движения от оказания медицинской помощи к системе охраны здоровья; от отраслевой ответственности за охрану здоровья – к государственной и от акцента на лечение болезней – к профилактике, причем не только медицинской, но и, в первую очередь, социальной.

При этом надо помнить, что практически каждый фактор, за исключением разве что вредных привычек, может оказывать на здоровье как позитивное, так и негативное влияние.

Важнейшая роль в охране здоровья принадлежит самому населению, его ответственному отношению к своему здоровью. Поэтому нельзя не согласиться с приоритетностью создания условий, возможностей и мотивации населения Российской Федерации для ведения здорового образа жизни. И тут очень многое зависит от самого человека, от его внутренних установок, от сложившегося менталитета. Поэтому, на мой взгляд, важнейшая часть профилактики – социальная профилактика, а ее важнейшая часть, в свою очередь, – ментальная профилактика, представляющая собой комплекс мероприятий, направленных на мотивацию поведенческих установок, связанных с сохранением здоровья

Важная роль в этом может принадлежать и экономическим механизмам стимулирования населения, таким, например, как частичная возвратность средств, не израсходованных на восстановление здоровья, увеличение доли средств, расходуемых пациентом на лечение, при несоблюдении требований к образу жизни и мерам профилактики и др.

Трудно переоценить в этом плане и роль семьи, где закладываются первые навыки самосохранительного поведения. Усвоенные в ней традиции, образ жизни, отношение к своему здоровью и здоровью окружающих переносятся затем во взрослую жизнь, а по достижении детородного возраста – во вновь создаваемые семьи.

Есть и еще один аспект, связанный со стимулированием охраны здоровья, – правовой.

В Федеральном законе № 323-ФЗ есть статья «Обязанности граждан в сфере охраны здоровья», где говорится об обязанности граждан заботиться о своем здоровье, проходить медицинские осмотры, выполнять врачебные назначения и т.д.

Кстати, и в Федеральном законе № 326-ФЗ тоже говорится об обязанностях застрахованных. Но, и в том, и в другом законе обязанности есть

у всех субъектов, соответственно, системы здравоохранения и ОМС, а ответственность – у всех, кроме граждан, или застрахованных. Но ведь без ответственности любая обязанность становится пустой декларацией. Если нет ответственности, то нет и никаких обязанностей.

Подводя итоги размышлениям о проблеме охраны здоровья населения, являющегося одной из ключевых составляющих качества жизни, мне кажется, что, с одной стороны, это задача государственная, но, с другой стороны, государство, по известной формулировке, это мы: и врачи, и пациенты, и чиновники, и ученые, и журналисты, и политики. Поэтому нам необходимо создать такую систему, когда всем будет выгодно заботиться о здоровье человека, а само здоровье станет категорией не только медицинской, социальной или экономической, но и нравственной, когда человек по собственной инициативе будет следить за собственным здоровьем и чувствовать моральную ответственность за его состояние. А о связи духовного и физического говорили еще древние: «Mens sana in corpore sano» – «В здоровом теле – здоровый дух».

2. Ресурсное обеспечение здравоохранения.

Конечно, и совершенствование охраны здоровья, и развитие системы здравоохранения требуют соответствующего ресурсного обеспечения. Мы же уже в течение многих лет говорим о недофинансировании российского здравоохранения. Отмечается, что доля ВВП, расходуемая на здравоохранение у нас, значительно ниже, чем в развитых странах. Кстати, этот показатель – «доля внутреннего валового продукта», являясь показателем относительным, больше говорит не о достаточности финансирования, а о месте здравоохранения в структуре расходов любого государства, да к тому же существенно зависит и от самого размера внутреннего валового продукта в данной стране. Учитывая это, более предпочтительно использование показателя «общие расходы на здравоохранение в расчете на душу населения», что позволяет увидеть эти расходы в значительно более дифференцированном виде.

В частности, если по доле внутреннего валового продукта, расходуемой на здравоохранение, максимальная разница между странами составляет примерно пять раз, то по расходам на душу населения только в Европе она достигает 100-кратного размера.

А есть ли связь между показателями ресурсного обеспечения здравоохранения и состояния общественного здоровья?

Анализ показывает, что на определенном уровне эта взаимосвязь проявляется достаточно четко.

Так, в странах, где на душу населения расходуется примерно 1 тыс. долларов и выше в течение года, основные медико-демографические показатели достаточно устойчивые и высокие. Ниже данного порога эти показатели начинают резко ухудшаться. Снижается ожидаемая продолжительность жизни, показатели смертности и у женщин, и у мужчин возрастают в среднем в 2–3 раза, еще более чувствительный скачок (в 3–4 раза и более) на этом уровне происходит с младенческой смертностью, что и понятно, так как здесь отсутствуют некоторые объективные причины смерти, в том числе и старость. Надо отметить, что дело не только в расходах на здравоохранение, но и в более высоком уровне благосостояния в экономически развитых странах, что также влияет на состояние здоровья населения.

К сожалению, следует констатировать, что Россия находится за пределами этого своеобразного «прожиточного минимума». Те средства, которые государство выделяет с 1998 года в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам России бесплатной медицинской помощи, никак не достигнут требуемой величины, а имеющийся, казалось бы, рост выделяемых средств в абсолютных цифрах с учетом инфляционных процессов таковым на самом деле не является.

Уже сегодня, на основании изучения мирового опыта и проведенных исследований, можно говорить, что необходимость решения сложных задач, стоящих перед здравоохранением по снижению уровня инвалидизации и смертности населения, увеличение объемов медицинской помощи, дальнейшее развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи требуют увеличения объемов финансирования как минимум в полтора-два раза и более, рационального использования выделяемых средств.

Следует обязательно учитывать при этом и прогноз развития демографической ситуации. Так, отмечающийся в ближайшие годы рост числа детей и подростков и особенно пожилых людей, с одной стороны, может потребовать дополнитель-

ных вложений в развитие педиатрии, геронтологии, кардиологии, онкологии, медико-социальной помощи, а с другой – будет сопровождаться снижением платежеспособности населения, в том числе за счет выбытия с рынка труда пенсионеров из-за низкого уровня их здоровья.

Поиск необходимого объема средств для здравоохранения начался у нас в стране еще в 70–80-е годы прошлого столетия, когда проводились крупномасштабные эксперименты по расширению прав главного врача, более интенсивному использованию коечного фонда, новому хозяйственному механизму.

Наконец, сутью проведенного в 1990-е годы реформирования экономической модели отечественного здравоохранения был переход от преимущественно централизованной одноканальной системы финансирования к децентрализованной многоканальной. В основе этого лежало вполне естественное и, казалось бы, логичное предположение, что чем больше источников финансовых средств будет использовано, тем больше будет самих средств. Вот тут-то, очевидно, и «оказалась зарыта собака»!

Дело в том, что при любой модели источник финансирования на самом деле всегда один: тот, кто создает эти средства своим трудом – население (причем не все, а лишь работающее). А то, что мы стали называть источниками (бюджет, обязательное или добровольное медицинское страхование, договоры и т.д.), на самом деле не источники, а каналы, по которым средства передаются от потребителей медицинских услуг (населения) к их поставщикам (медицинские организации).

Следовательно, увеличилось количество не источников и финансовых средств, а каналов, по которым эти средства передаются.

При этом декларировалась задача сохранения бесплатной медицинской помощи для населения, хотя, сама постановка вопроса не совсем корректна.

Действительно, может ли медицинская помощь вообще быть бесплатной? Естественно, нет. Платить надо за все. Осуществление медицинской помощи обязательно связано с затратами или расходами. Следовательно, все эти затраты должны быть возмещены или, иначе говоря, кем-нибудь оплачены.

Таким образом, речь идет уже не о бесплатной медицинской помощи, а о том, кто выполняет

функции плательщика. Но и этот вопрос, несмотря на кажущееся многообразие моделей финансирования здравоохранения, во многом риторичен, поскольку на самом деле платит за медицинскую помощь, как и за все остальное, трудоспособное, работающее население.

Администрации же различного уровня, выделяющие средства из бюджета, и страховщики, оплачивающие счета медицинских организаций, выполняют функции покупателей медицинских услуг или, по существу, посредников, которым население поручило распорядиться переданными средствами, для того чтобы обеспечить ему возможность удовлетворить свои потребности в медицинской помощи.

Помимо потребности в росте ассигнований, выделяемых на здравоохранение, приоритетными на данном этапе становятся задачи упрощения механизмов финансирования с сокращением количества финансовых потоков в отрасли и максимального использования экономических методов управления, направленных на мотивацию повышения эффективности деятельности всех субъектов системы.

В этом плане не утихают дебаты по поводу оптимальной модели финансирования системы здравоохранения: то ли вернуться к менее затратной государственно-бюджетной модели, то ли совершенствовать страховую модель (которая таковой у нас, правда, не является), где предложения в основном сводятся к переходу на одноканальную страховую модель и к отказу от страховых медицинских организаций.

В принципе переход на одноканальную систему финансирования верен. Любая одноканальная система более защищена и контролируема в правовом плане и более эффективна в экономическом плане, чем многоканальная. При этом не важно, по какому каналу будут поступать средства – через систему ОМС или другим путем. Главное, чтобы она обеспечивала, во-первых, соответствие объема выплачиваемых финансовых средств объему работ по оказанию медицинской помощи; во-вторых, мотивацию повышения эффективности деятельности всех субъектов системы здравоохранения; в-третьих, – ответственность за нарушения.

К сожалению, система ОМС, на которую мы возлагали определенные надежды, страховой в чистом виде не стала. Скорее, она похожа на систему бюджетного финансирования. В основе

системы страхования должны лежать страховой риск и актуарные расчеты, показывающие, сколько нужно собрать денег, чтобы в итоге не прогадать. У нас все иначе: мы устанавливаем размер взноса, собираем определенную сумму денег, и затем передаем ее через фонды и страховые организации в медицинские. Заметьте, передаем не столько, сколько надо, а сколько есть. И еще один момент: в любой другой системе страхования, когда возникает страховой случай, выплату получает застрахованный. Здесь же ее получает медицинская организация. Выходит, что мы страхуем не население, а медицинские организации: если они будут оказывать помощь и тратить средства, страховщик будет возмещать им расходы.

Это и приводит к тому, что возникший дефицит приходится покрывать за счет все того же единственного истинного плательщика – населения, точнее, той его части, которая в виде пациентов обращается за медицинской помощью. Покрывать как легально, так и нелегально. Кстати, не объясняется ли развитие теневой экономики вольным или невольным желанием медиков обеспечить все-таки соблюдение закона воспроизводства (не только в отношении себя) и тем самым сохранить здравоохранение, по существу, как саморегулирующуюся систему?

Проводимые периодически социологические опросы свидетельствуют, что население все более лояльно относится к развитию платных медицинских услуг, справедливо отмечая, что если плата будет гарантией медицинской помощи высокого качества, то почему бы и не заплатить.

Таким образом, можно говорить о том, что в стране сложилась многоканальная система финансирования здравоохранения, основанная на сочетании принципов общественной солидарности, реализующейся через бюджетные ассигнования и механизмы медицинского страхования, и личной ответственности за состояние собственного здоровья, проявляющейся в необходимости дополнительных затрат при обращении за медицинской помощью.

Помимо потребности в росте ассигнований, выделяемых на здравоохранение, приоритетными на данном этапе становятся задачи сокращения количества финансовых потоков в отрасли и максимального использования экономических методов управления, направленных на мотивацию повышения эффективности деятельности всех

субъектов системы.

В основу системы ОМС положен вроде бы гонорарный способ оплаты, то есть провозглашен переход от получения денег медицинскими организациями к их зарабатыванию в зависимости от объема и качества оказываемых медицинских услуг.

Каждый из применяемых в нашей стране способов оплаты имеет свои положительные и отрицательные стороны. При этом большинству из них присущ один общий недостаток – валовый характер и практически полное отсутствие взаимосвязи с качеством и эффективностью оказываемой медицинской помощи, что приводит нередко к простому способу повышения доходов (увеличивать количество услуг, в том числе и по принципу «назначим, а не назначим, так припишем»), то есть, по существу, стимулируется не ресурсосберегающий, а затратный тип функционирования системы здравоохранения). Оплата медицинских услуг производится не за достижение медицинского результата в форме восстановления утраченного здоровья, а за их количество в соответствии с нормативной технологией.

При этом могут крайне нерационально использоваться имеющиеся ресурсы, страдать материально-техническая база, а органы управления здравоохранением и страховые структуры вынуждены создавать защитные механизмы в виде государственного заказа, систем контроля и др.

Не случайно все большее внимание уделяется переходу на подушевое финансирование, которое по идее должно способствовать более рациональному использованию выделяемых средств. Для этого очень важно корректное определение подушевого норматива, который должен рассчитываться не по принципу деления имеющихся средств на численность населения, а как расчет для оказания необходимого объема медицинской помощи соответствующего уровня, обусловленного состоянием здоровья населения и его потребностью в медицинской помощи.

Несомненно, важна также не только система финансирования, но и способ оплаты труда медицинских работников, который может основываться как на традиционном подходе, при котором оплата производится за выполненную работу или отработанное время, так и на принципе, в соответствии с которым вознаграждение врача зависит от состояния здоровья его пациентов. Последнее же,

с одной стороны, связано с качеством медицинской помощи, ибо, чем лучше будет оказана пациенту медицинская помощь, тем дольше у него будет ремиссия, восстановление нарушенных функций и т.д. А с другой стороны – соответствующими экономическими стимулами подкрепляются идеи профилактической работы, диспансеризации и др. При этом не следует забывать и про соответствующую мотивацию населения, о чем уже говорилось выше.

Лишь проведение соответствующей реформы системы финансирования здравоохранения, внедрение наиболее прогрессивных способов оплаты медицинских услуг может создать условия для развития приемлемого в социальном плане и отвечающего задачам государства сектора платной медицинской помощи, ориентированного на сегментированный рынок потребителей и не снижающего степень доступности и качество медицинской помощи населению.

3. Качество медицинской деятельности.

В государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294, говорится о необходимости создания системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также эффективной системы управления качеством в здравоохранении.

Как показывает анализ отечественного и зарубежного опыта, существует множество дефиниций «качества медицинской помощи» (КМП), а отсюда и большое количество подходов к его оценке.

Определенную роль в этом сыграли работы известного американского специалиста А. Донабедиана (А. Donabedian), который отмечал разное понимание КМП различными субъектами ее оказания (пациенты, врачи, администраторы) и предлагал три подхода к его оценке (структурный, процессный и результативный), считая, что:

- качество структуры отражает организационно-техническое качество применяющихся ресурсов: материально-технической базы, оснащения, обеспеченность кадрами и т.д.;
- качество процесса свидетельствует о правильности диагностики, выборе адекватной технологии лечения, соблюдении норм и стандартов, верной принятой тактике лечения;
- качество результата говорит о степени при-

ближения к максимально возможному результату лечения.

Однако, если внимательно посмотреть на эти составляющие, то нетрудно заметить, что объект оценки и, соответственно, управления следует рассматривать несколько шире и говорить о качестве не только медицинской помощи, но и о медицинской деятельности в целом, включающей как сам процесс оказания медицинской помощи, представляющий собой комплекс лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, проводимых по определенной технологии с целью достижения конкретных результатов, так и ее организацию, обеспечивающую соответствующие условия.

В какой-то мере это нашло свое отражение в законе № 323-ФЗ, где уже в самом начале (статья 2) даются определения понятий «медицинская деятельность», которая включает оказание медицинской помощи, и «качество медицинской помощи», которое звучит как «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата».

На мой взгляд, можно полностью согласиться с такой характеристикой, как правильность выбора соответствующих методов. Что касается своевременности оказания медицинской помощи, то это относится к вопросам ее организации и медицинской активности населения, так как несвоевременное оказание помощи может быть связано, например, с поздним обращением больного, хотя при этом претензии к медицинским работникам, оказывающим помощь, могут отсутствовать, как и дефекты в их работе, нарушения каких-либо стандартов и т.д.

Не совсем однозначна и такая характеристика, как степень достижения запланированного результата. Во-первых, этот критерий относится прежде всего к эффективности медицинской помощи, то есть к характеристике, отражающей обычно соотношение достигнутых результатов и произведенных затрат, и считается лишь опосредованной оценкой ее качества, поскольку результат может быть достигнут, несмотря на наличие дефектов оказания медицинской помощи, а во-вторых, он может быть и неправильно запланирован. К этому можно добавить и тот факт, что пока в существующей

медицинской документации планируемый результат не фиксируется.

Таким образом, можно выделить несколько внешне схожих, но, тем не менее, отличающихся понятий, таких как «качество медицинской помощи» и «качество организации медицинской помощи», которые можно объединить в понятие «качество медицинской деятельности». При этом КМП основывается на двух главных критериях: адекватности и максимальном выполнении всех требований технологии медицинского процесса, его соответствии определенным технологическим стандартам.

Все другие характеристики КМП, предлагаемые различными авторами, такие как доступность, экономичность, преемственность, своевременность, научно-технический уровень и т.д., говорят о качестве организации медицинской помощи. В то же время именно эти критерии отражаются на субъективной оценке пациентом качества оказанной медицинской помощи, его удовлетворенности или неудовлетворенности.

Впрочем, некоторые критерии могут отражать как качество организации медицинской помощи, так и непосредственно ее оказания. К ним можно отнести такой критерий, как безопасность, привлекающий в последнее время все большее внимание, обусловленное внедрением в практику здравоохранения новых, все более сложных медицинских технологий, ростом ятрогенных болезней, высоким уровнем больничных инфекций, приводящих к осложнению заболеваний и наносящих большой как социальный, так и экономический ущерб.

При создании системы оценки качества медицинской деятельности, задачей которой является обеспечение необходимой информацией процесса управления в организации, нужен выбор соответствующих критериев и показателей. Об этом говорится в статье 87 закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где указано, что «контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем <...> определения показателей качества деятельности медицинских организаций».

Необходимо подчеркнуть, что как бы ни совершенствовались контрольные функции, они сами по себе не могут принципиально повлиять на повышение КМП.

Задача обеспечения надлежащего качества медицинской деятельности требует не только реализации целого комплекса мероприятий, направленных на улучшение материально-технической базы медицинских организаций, повышение квалификации медицинского персонала, внедрение новых методов диагностики и лечения, но и создания соответствующей нормативно-правовой базы – системы взаимоувязанных нормативно-правовых актов от закона до нормативно-технических документов, обязательных к исполнению всеми медицинскими организациями независимо от формы собственности и регламентирующих правовые основы оказания медицинской помощи и управления ее качеством.

Имеющийся опыт создания систем управления качеством медицинской деятельности включает следующие основные организационные задачи:

- межведомственное взаимодействие структур управления, медицинских организаций и субъектов системы медицинского страхования, медицинских ассоциаций, общественных организаций и пациентов;
- разработка системы критериев и показателей (индикаторов) качества медицинской деятельности и методов оценки этих показателей;
- разработка и внедрение систем мониторинга в здравоохранении, направленных на сбор информации с последующим анализом и принятием управленческих решений по совершенствованию долгосрочного планирования;
- развитие системы стандартизации, лицензирования, сертификации, аккредитации в здравоохранении;
- обучение персонала по вопросам повышения качества и обеспечение вовлеченности их в работу организации;
- реализация мер по повышению качества путем изменения существующих и внедрения новых технологий и процессов;
- разработка и внедрение системы мотивации и экономических механизмов стимулирования медицинских работников в зависимости от объема проделанной работы, качества и результатов оказанной медицинской помощи.

Отдельно следует сказать о роли стандартизации в обеспечении качества медицинской деятельности. После стремления, в соответствии с законом № ФЗ-323, разработать и утвердить стан-

дарты медицинской помощи, пришло определенное разочарование в этом направлении, поскольку идея оказывать помощь всем больным с конкретной патологией по единому алгоритму явно противоречила принципу персонификации и индивидуальному подходу к каждому пациенту. Хотя на самом деле проблема заключалась, на мой взгляд, в порочности не предлагаемого инструмента, а в цели его использования. Разработка таких стандартов может оказать неоценимую помощь в определении усредненных объемов медицинской помощи, а соответственно и планировании необходимого объема ресурсов. Сегодня же привлекает внимание другой подход к стандартизации – разработка стандартов операционных процедур, то есть единых правил выполнения тех или иных мероприятий, процедур. В общем, для обеспечения качества надо, прежде всего, делать правильные вещи правильными способами.

Следует помнить и о том, что оказание медицинской помощи осуществляется только во взаимодействии медицинского работника и пациента, причем роль пациента нередко не менее важна, чем врача. Средневековый врач и поэт Абу-ль-Фарадж аль-Исфахани обращался к своим пациентам со словами: «Смотри, нас трое: я, ты и болезнь. Поэтому, если ты будешь на моей стороне, нам будет легче одолеть ее одну. Но если ты перейдешь на ее сторону, я один не в состоянии буду одолеть вас обоих».

Замечательно, на мой взгляд, обращая внимание еще на один аспект взаимодействия, говорил о нем и известный русский инфекционист А.Ф. Билибин: «Процесс врачевания... требует взаимодействия врача и пациента... Лечение – процесс двусторонний. Надо уметь лечить и надо уметь лечиться».

А ведь умение лечиться – это не просто выполнение врачебных назначений. Это еще и понимание ответственности за свое здоровье хотя бы перед родными и близкими, ведь «мы в ответе за тех, кого приручили». А с экономических позиций и перед другими людьми.

В общем, надо взаимодействовать. Есть даже инструмент такого взаимодействия – протокол информированного согласия пациента. К сожалению, зачастую он рассматривается, как документ, который надо без особых комментариев дать на всякий случай подписать больному. Мало ли что случится, глядишь, и пригодится.

Важнейшее значение для повышения качества и эффективности медицинской деятельности имеет квалификация медицинских работников, что должно обеспечиваться как их первичным образованием, а может быть, и профотбором, так и последипломным усовершенствованием. Это же в полной мере относится и к руководящим кадрам, о чем речь пойдет ниже.

4. Управление здравоохранением.

В решении проблем управления любой отраслью трудно переоценить роль субъекта управления. Не случайно многие крупнейшие специалисты в области управления, например Э. Деминг, считали, что эффективность деятельности организации минимум на 90% зависит от руководителя и лишь на 10% от работников.

И если мы говорим о низкой эффективности отечественного здравоохранения, то это вопрос к органам управления. По моему мнению, тут есть несколько проблем. Прежде всего, недостаточный уровень компетентности тех или иных руководителей именно в управленческом аспекте. Во многом это может объясняться тем фактом, что как бывшие, так и вновь назначаемые руководители далеко не всегда являются профессионально подготовленными специалистами в области управления. Большинство из них вынуждено опираться или на свой собственный, иногда весьма незначительный опыт, или на знания, приобретенные как из специальной литературы, так и на различных курсах и циклах усовершенствования и повышения квалификации.

Если говорить о циклах по повышению квалификации, то следует учесть, что, хотя недостатка в различных структурах, проводящих их, сегодня не испытывается, уровень преподавания зачастую оставляет желать лучшего. Ибо не секрет, что далеко не всегда преподавание ведут настоящие специалисты в области управления, разработчики тех или иных его методов и механизмов, а сплошь и рядом люди, лишь изучившие и пересказывающие опыт других.

Есть и еще одна проблема. Это текучесть кадров. Не успевает вновь назначенный руководитель осмотреться, приобрести какой-то опыт, пройти соответствующее обучение, не говоря уже о возможности внедрения каких-то новых организационных и управленческих технологий и оценки их эффективности, как его уже освобождают от должности в связи с очередной выборной кам-

панией, сменой главы местной администрации и его команды.

Можно использовать и экспертное сообщение, но его мнение у нас, как правило, не очень учитывается. А ведь есть международный опыт, когда без визы соответствующего общественного органа не принимается ни один правительственный документ или существует развитая система аудита, фактически общественного надзора, которая, используя лучших специалистов для анализа ситуации, выдает рекомендации своему правительству, а правительство их обязано исполнять.

Большое значение для нашей страны, учитывая многообразие территорий, особенности расселения населения, различное социально-экономическое положение и другие факторы, имела бы определенная децентрализация управления, когда на федеральном уровне определяются, прежде всего, цели и задачи, а способы их решения являются прерогативой местных органов управления.

Особое место в управлении занимает управление инновационной деятельностью. Перспективы развития отечественного здравоохранения неразрывно связаны с инновационными процессами, направленными на осуществление необходимых реформ, внедрение новых организационных форм, современных методов диагностики и лечения, эффективных лекарственных препаратов, способствующих повышению доступности и качества медицинской помощи населению и более рациональному использованию имеющихся ресурсов.

С учетом сложившейся ситуации, при внедрении новшеств в сфере здравоохранения, должно быть предусмотрено использование системы управления инновационной деятельностью, включающей следующие основные этапы:

- отбор новаций (оценка их значимости и приоритетности, прогноз эффективности внедрения);
- обеспечение внедрения (планирование необходимого ресурсного и правового обеспечения, определение инвестиционных источников, обучение, информированность);
- оценка эффективности (информационное обеспечение, разработка индикаторов).

Совершенствование управления здравоохранением в современных условиях невозможно без надлежащего информационного обеспечения, позволяющего органам управления здравоохранением оперативно получать и целенаправленно

использовать научно обоснованную информацию по различным вопросам организации оказания медицинской помощи населению.

Все бы ничего, если бы на основании заведомо ложных данных мы не планировали работу системы здравоохранения. Как строятся планы? Люди болеют вот чем, умирают вот от чего, значит, надо иметь соответствующие службы, специалистов, ресурсы... А если в реальности умирают совсем от другого? Появляются ошибки в планировании медицинской помощи, проводится сравнение с другими странами на основании недостоверных данных, делаются ложные выводы.

При перспективном планировании необходимо учитывать имеющиеся прогнозы изменения возрастно-половой структуры населения страны с учетом его расселения, а также коэффициенты потребления медицинской помощи в различных группах населения, которые заставляют предполагать определенные изменения объемов основных видов медицинской помощи, предусмотренных Программой государственных гарантий.

Так, расчеты показывают, что к 2025 г. объемы амбулаторно-поликлинической помощи могут возрасти у мужчин примерно на 9%, у женщин – на 11%, стационарной помощи соответственно на 11% и 14%, стационарозамещающих видов помощи – на 21% и 20%, скорой медицинской помощи – на 16% и 33%. Это увеличение примерно в равной степени коснется как городского, так и сельского населения.

Определенные особенности могут иметь и изменения объемов отдельных специализированных видов помощи. Так, возможные изменения возрастной структуры женского населения к этому же периоду позволяют прогнозировать снижение объемов медицинской помощи в отделениях для беременных и рожениц и патологии беременности примерно на 30%.

И еще один аспект, связанный с управлением. Мне представляется, что хорошим инструментом для оптимизации управленческой модели в здравоохранении могут быть договорные отношения, которые, в частности, получили развитие в системе ОМС, хотя не могут обойтись без ложки дегтя и тут. Если проанализировать систему договорных отношений, регламентированных законом № ФЗ-326, то выясняется, что главный субъект системы ОМС — страховая медицинская организация, связанная этими отношениями со страхователями,

фондами ОМС и медицинскими организациями. А что застрахованный, тот самый системообразующий элемент и основной источник финансирования? И на память приходит финал «Вишневого сада» А.П. Чехова: «Человека забыли».

Наверное, хорошо бы подумать юристам о заключении договора между пациентом (лицом, представляющим его интересы) и медицинской организацией (врачом) с правами и обязанностями обеих сторон и ответственностью за нарушение договорных обязательств.

Свои особенности есть и в сельской местности, где демографическая ситуация в отсутствии серьезных надежд на ее положительную динамику, постоянное увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста, недостаточный объем медицинской помощи, прежде всего первичной медико-санитарной, – все это ставит вопросы необходимости коренных изменений в организации медицинской помощи населению регионов.

Эти изменения должны быть направлены:

- на приближение общих видов медицинской помощи к населению, особенно менее мобильным лицам пожилого и старческого возраста, проживающим в небольших городах и сельской местности;
- обеспечение доступности специализированной медицинской помощи, прежде всего для сельского населения;
- планирование сети медицинских организаций, соответствующей демографическим ожиданиям;
- улучшение материального обеспечения медицинского персонала;
- повышение качества оказываемой медицинской помощи.

Во многом решение этих вопросов связано с кадровым обеспечением на селе, развитием выездных форм помощи, использованием современных научно-технических достижений (дистанционная диагностика, телемедицина и др.). Не потеряло своей актуальности и создание межмуниципальных (межтерриториальных) центров оказания медицинской помощи, что требует четкого планирования с учетом медико-демографической ситуации на каждой территории и надлежащего ресурсного, прежде всего финансового, обеспечения.

Таким образом, для совершенствования региональных систем здравоохранения необходимо максимальное использование экономических ме-

тодов управления, направленных на улучшение планирования объемов медицинской помощи населению конкретных территорий и соответствующих финансовых средств, усиление мотивации всех субъектов системы здравоохранения и медицинского страхования в отношении оптимального использования имеющихся ресурсов, повышение доступности и качества оказываемых медицинских услуг.

* * *

Реформы, концепции, реструктуризация, модернизация... и так уже почти 30 лет. А положение дел в здравоохранении по-прежнему многих не удовлетворяет. В чем же причина? Рискну высказать предположение, что во многом это связано с игнорированием существующего диалектического противоречия между макро- и микроэкономическими интересами различных субъектов, имеющих отношение к здравоохранению. Иначе говоря, дело в том, что задумываются и готовятся реформы на федеральном уровне с учетом, прежде всего, макроэкономических интересов, а реализовываться они должны на уровне отдельных территорий и организаций, где интересы нередко прямо противоположные, то есть реформы, в которых заинтересовано государство или система здравоохранения в целом, оказываются невыгодны тем, от кого зависит их внедрение.

За примерами опять-таки далеко ходить не надо. После введения ОМС знаменитое профилактическое направление отечественного здравоохранения стало сходить на нет. Но это и не удивительно. С позиций макроэкономики профилактика выгодна – ведь предупредить болезнь

вроде бы дешевле, чем лечить, с позиций медицинской организации – напротив, причем по той же причине, дешевле. А какому же производителю выгодно торговать дешевым (а то и бесплатным) товаром? Другое дело – лечение, за которое страховщик тоже не ахти сколько, но все-таки заплатит больше. Кстати, можно вспомнить еще одно расхожее после введения ОМС выражение: «Деньги следуют за пациентом». Значит, нужен пациент, а не здоровый человек. Заниматься профилактикой – себе в убыток.

Учитывая роль пациента в нашей жизни и то, что каждый из нас рано или поздно им станет, следует стремиться к тому, чтобы он занял в ней соответствующее место. Планируя те или иные реформы, не лишним было бы поинтересоваться и мнением тех, ради кого в конечном итоге эти реформы и проводятся. Один из возможных вариантов – развитие систем социального мониторинга, которые, как показывает наш опыт, помогают оперативно получать необходимую для управления информацию от различных субъектов системы здравоохранения и медицинского страхования, в том числе и от населения вообще, и от той его части, которая представлена пациентами.

Таким образом, интересы конкретных людей, к которым относятся и медицинские работники, и члены их семей, неизбежно находят отражение в их поведении, отношении к любым предлагаемым новациям и реформам, а попытки сделать страну с развитой экономикой силами незаинтересованных людей относятся, на мой взгляд, к разряду утопий.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Линденбратен Александр Леонидович – руководитель научного направления, главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: otdel-77@mail.ru
ORCID: 0000-0003-3152-9292

AUTHOR

Alexander Lindenbraten – Head of scientific direction, Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: lindenbraten13@rambler.ru
ORCID: 0000-0003-3152-9292

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.03.009

О ПОДГОТОВКЕ СТАТЬИ В НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Спасенников Б.А.¹

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова:

научная статья, требования,
медицинский журнал.

Аннотация

Автор представил лекцию о подготовке публикации в научный медицинский журнал.

ABOUT PREPARING A PUBLICATION IN THE SCIENTIFIC MEDICAL JOURNAL

Spasennikov B.A.¹

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

Keywords:

research article, requirements,
medical journal.

Abstract

The author presented a lecture on the preparation of publication in a scientific medical journal.

Направляя статью в научный журнал, автор гарантирует редакции журнала, читателям, что информация, представленная в статье, достоверна и непредвзята, а также, что автор соблюдает международные этические нормы медико-биологических научных исследований и законодательство Российской Федерации.

При подготовке научной статьи необходимо руководствоваться «Едиными требованиями к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» Международного комитета редакторов медицинских журналов [1] (далее – ICMJE), положениями Международной инициативной группы по повышению качества и прозрачности медицинских исследований ЭКВАТОР (Enhancing the Quality and Transparency of Health Research (EQUATOR) Network), Хельсинкской декларации об этических принципах медицинских исследований, утвержденной Всемирной медицинской ассоциацией (далее – ВМА) в 1964 году и пересмотренной на 64 съезде Генеральной ассамблеи ВМА в 2013 году [2], принципами Committee on Publication Ethics [3] (далее – COPE), требованиями Ассоциации научных редакторов и издателей [4] (далее – АНРИ), Комитета научных редакторов [5] (далее – CSE), Организации информационных стандартов [6] (далее – NISO), «Едиными стандартами представления результатов и испытаний

Экспертной группы CONSORT» [7], учитывать рекомендации Высшей аттестационной комиссии Министерства науки и высшего образования России.

Поэтому автору следует заранее ознакомиться с этими требованиями, чтобы подготовить рукопись статьи надлежащим образом. Фактом подачи статьи он подтверждает, что согласен с вышеуказанными принципами, требованиями и положениями¹.

В своей научно-исследовательской работе автор должен соблюдать этические принципы с учетом не только своих авторских интересов, но и учитывать этические интересы объектов исследований, организаций, спонсирующих исследования и публикации, членов редакционной коллегии (редакционного совета), читателей журнала.

В необходимых случаях статья направляется одновременно с заключением этического комитета на проведение публикуемого исследования.

Автор направляет статью в журнал, подготовленную в соответствии с требованиями журнала к оформлению статей. Поэтому, прежде чем начать подготовку статьи для определенного научного журнала, он должен внимательно ознакомиться с

¹ Проректор по научной работе высшего учебного заведения (или заместитель по научной работе директора научно-исследовательского института), иного учебного или научного учреждения обязаны предоставить возможность авторам ознакомиться с этими принципами и положениями надлежащим образом.

его тематической направленностью и рубриками, требованиями к оформлению, которые представлены на соответствующем официальном сайте.

В статье читателям должна быть предоставлена информация об авторе и об учреждении, в котором было проведено исследование. Если статья написана на русском языке, то обязательен перевод метаданных статьи на английский язык (название статьи; Ф.И.О. автора; название учреждения, где выполнено исследование; аннотация статьи; ключевые слова; информация о финансовой поддержке исследования; информация о наличии/отсутствии конфликта интересов; информация об участии авторов в подготовке статьи; список использованной литературы; сведения об авторах).

Авторами статьи может быть одно лицо или группа лиц, внесших существенный вклад в работу, ее доработку или исправление, окончательное утверждение для публикации, а также ответственные за целостность всех частей рукописи. Число авторов статьи должно быть разумным: в оригинальных статьях без ограничений, в обзорах – 3-4 автора, в описаниях отдельных клинических случаев – 2-3 автора. Если авторов несколько, необходимо указывать (на русском и английском языках) их роль (Contribution) в написании статьи: в каком из этапов создания статьи принимал участие каждый из ее авторов (концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, статистическая обработка данных, написание текста, редактирование, утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи). Лица, выполнявшие иную роль в подготовке статьи (специалисты по статистике, языку, технический персонал и др.), могут быть указаны в разделе статьи «Благодарность/Acknowledgments» на русском и английском языках.

Автор должен представить информацию о коммерческих организациях, поддержавших исследование или публикацию. Читатель должен быть информирован об участии коммерческих организаций и их роли в проведении исследований или подготовке публикаций и о любых других конфликтах интересов, которые могут оказать влияние на результаты исследований. Автор обязан сделать все возможное для предотвращения компрометации интеллектуальных и этических стандартов бизнес-интересами.

В случае, если проведение исследования и/

или подготовка статьи имели финансовую поддержку, то необходимо указать источник финансирования. Если финансовой поддержки не было, нужно указать на ее отсутствие. Данная информация должна быть представлена на русском и английском языках после текста статьи в разделе «Благодарность/Acknowledgments» (если такой раздел присутствует). Если авторы пользовались услугами редакционных агентств, нужно выразить им благодарность за этическое участие в этом же разделе [8].

Авторы обязаны сообщать о любых имеющихся или потенциальных конфликтах интересов. Конфликтом интересов может считаться любая ситуация, способная повлиять на автора рукописи и привести к сокрытию, искажению данных, или изменению их трактовки (например, если проводится клиническое испытание лекарственного средства, обязательно указать отношения исследователя и фармацевтической компании, производящей изучаемый препарат). Наличие конфликта интересов у одного или нескольких авторов не является поводом для отказа в публикации статьи, однако выявленное редакцией сокрытие потенциальных и явных конфликтов интересов со стороны авторов может стать причиной отказа в рассмотрении и публикации рукописи. Информация о конфликтах интересов или их отсутствии должна быть приведена в статье в разделе «Конфликт интересов/Conflict of interest» на русском и английском языках. Если конфликт интересов отсутствует, нужно указать: «Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов».

Статья должна быть оригинальной. Проверить статью на оригинальность можно при помощи сервисов <https://www.antiplagiat.ru/> (для русскоязычных текстов) и <http://www.plagiarism.org/> (для англоязычных текстов). Текстовое сходство в объеме более 20% считается неприемлемым. Обычно в научном или учебном учреждении есть ответственное лицо, которое централизованно проверяет на оригинальность научные статьи, подготовленные штатными сотрудниками вуза или научно-исследовательского института.

Использование недобросовестного заимствования текста, либо заимствования идей, графических или табличных элементов, присвоение результатов исследований, не принадлежащих авторам подаваемой рукописи, является неэтичным и недопустимым. При обнаружении плагиата в

уже опубликованной статье, она подлежит ретракции (изъятию).

Упоминания результатов работ других авторов должны сопровождаться ссылками с их нумерацией арабскими цифрами в квадратных скобках (например, [1, с. 5–7] или [2, с. 26–28; 3, с. 15–18]) на первоисточники, которые подлежат включению в список использованной литературы по мере встречаемости в тексте, а не по алфавиту. Цитирование ранее опубликованного текста должно быть оформлено кавычками с указанием первоисточника.

Если автором упоминается нормативный правовой акт, то он должен быть представлен в постраничной сноске (пример оформления нормативного акта²). Нормативные правовые акты не включаются в список использованной литературы, так как не являются научной литературой. В список использованной литературы могут включаться научные комментарии законодательства.

Подробнее о списке использованной литературы см. ниже.

Титульная часть статьи должна начинаться с метаданных статьи, приведенных сначала на русском, потом на английском языках:

1) название статьи (рекомендуется не давать в названии статьи географических указаний);

2) фамилия, инициалы автора.

Если авторов несколько, то проставляется цифровой индекс у каждой фамилии¹ и соответствующего¹ учреждения. Фамилию автора рекомендуется транслитерировать [9] так же, как в предыдущих публикациях, при их отсутствии, – в соответствии с заграничным паспортом;

3) полное наименование учреждения, в котором работает каждый автор, в именительном падеже. При переводе на английский язык важно, чтобы был указан официально принятый английский вариант наименования.

Если все авторы статьи работают в одном учреждении, достаточно указать учреждение один раз. Если у автора несколько мест работы, каждое обозначается отдельным цифровым индексом;

4) город, страна;

5) аннотация. Аннотация должна излагать только существенные факты работы, не содержать общих слов. Для оригинальных статей обязательна структура аннотации, повторяющая структуру

статьи и включающая подразделы статьи (введение, материал и методы, результаты, заключение). В аннотации предмет, цель работы указываются в том случае, если они не ясны из заглавия статьи; метод или методологию проведения работы целесообразно описывать в том случае, если они отличаются новизной или представляют интерес с точки зрения данной работы. Объем текста аннотации должен быть от 150 до 250 слов.

6) ключевые слова (5-9 слов). Аннотация сопровождается несколькими ключевыми словами или словосочетаниями, отражающими основную тематику статьи и облегчающими классификацию работы в компьютерных поисковых системах. Ключевые слова перечисляются через запятую. Ключевые слова на английском языке должны быть взяты из организованного словаря Medline.

7) информация о финансовой поддержке статьи;

8) информация о наличии/отсутствии конфликта интересов;

9) информация об участии авторов в подготовке статьи (на русском и английском языках).

Пример титульной части статьи

УДК < ... >

DOI < ... >

ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ РОССИИ

Спасенников Б.А.¹, Воробей С.В.²

¹ Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний, Москва, Российская Федерация

² Управление организации медико-санитарного обеспечения Федеральной службы исполнения наказаний, Москва, Российская Федерация

Аннотация

< ... >.

Ключевые слова:

< ... >.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Участие авторов в подготовке статьи. Спасенников Б.А. – концепция и дизайн исследования, сбор литературных данных, сбор и обработка материала, написание текста, редактирование. Воробей С.В. – сбор и обработка материала, статистическая обработка. Все соав-

² Федеральный закон от 4 декабря 2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2007. – № 50. – Ст. 6242.

торы – утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

PROTECTION OF MOTHERHOOD AND CHILDHOOD IN THE FEDERAL PENITENTIARY SERVICE OF RUSSIA

Spasennikov B.A.¹, Vorobej S.V.²

¹ *Research Institute of the Federal Penitentiary Service, Moscow, Russian Federation*

² *Department of the organization of health care of the Federal Penitentiary Service, Moscow, Russian Federation*

Annotation

< ... >.

Keywords:

< ... >.

Financing. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Contribution. Spasennikov B.A. – the concept and design of the study, collection of literature data, collection and processing of material, writing a text, editing. Vorobej S.V. – collection and processing of material, statistical processing. All authors are responsible for the integrity of all parts of the manuscript and approval of the manuscript final version.

Структура оригинальных статей должна соответствовать формату IMRAD (Introduction, Methods, Results, Discussion), то есть план построения текста статьи должен быть следующим: введение, материалы и методы, результаты, обсуждение, заключение (выводы), список использованной литературы, сведения об авторе(ах).

Во введении дается краткий обзор релевантных данных, критическая оценка опубликованной литературы, имеющей отношение к рассматриваемой проблеме, обоснование новизны и значимости исследования в глобальном плане (не только в плане данного города или страны), определяются нерешенные вопросы и ставятся четко сформулированные цели и задачи, поясняющие дальнейшее исследование. Каждое ключевое слово статьи должно найти отражение во введении. Рекомендуется избегать длинных анализов и длинных исторических экскурсов. Раздел «Введение» обычно включает в себя 500-700 слов. Этого достаточно для того, чтобы убедить рецензента и читателя в необходимости данного исследования.

Автору нужно понимать, что член редакционной коллегии, рецензирующий статью, должен в своей рецензии ответить на следующие вопро-

сы: определена ли изучаемая проблема? Даны ли определения основных понятий? Представлен ли краткий литературный обзор по изучаемой теме? Определены ли (кратко) достоинства и недостатки предшествующих исследований? Достаточен ли обзор для понимания темы исследования? Обозначены ли основные пробелы в знаниях по изучаемой теме, которые исследование авторов может заполнить? Соблюдается ли принцип «от общего к частному» и «от глобального к локальному»? Четко ли обозначена цель исследования? Цель исследования должна коррелировать с заглавием статьи и выводами. Недопустимо формулировать цели «доказать», «подтвердить» и прочие, которые изначально невыполнимы³.

Раздел «Материалы и методы» должен содержать сведения: где и когда проведено исследование; критерии включения и исключения пациентов, опытных животных; описание метода исследования (когортное, проспективное, ретроспективное, рандомизированное испытание лекарств, серия наблюдений); детальное описание нового лекарства, метода, модификации, эксперимента, хирургического вмешательства в определенной последовательности; краткое описание протокола (Standard Operating Protocol — SOP).

Следует использовать современные методы статистической обработки данных. Обязательное в статистическом анализе: расчет размера выборки на основе статистической мощности; определение нормальности распределения по Колмогорову-Смирнову или Шапиро-Уилку; детальное представление моделей логистического или линейного регрессионного анализа (детерминанты и коварианты); статистический пакет и версия.

Методы, опубликованные ранее, должны сопровождаться ссылками (автором подробно описываются только относящиеся к теме изменения).

Раздел «Материалы и методы» не должен быть кратким. Обычно его объем – 700-1000 слов. Этого достаточно для детального описания, по которому читатель может воспроизвести исследование.

Рецензент, читающий статью, должен будет ответить на следующие вопросы: верно ли указан и указан ли вообще тип исследования? Представлено ли обоснование размера выборки? Представлен ли расчет размера выборки? Верно ли

³ К сожалению, в нашей стране «двойное слепое» рецензирование стало преобразовываться в систему безответственности рецензента, что требует отдельной публикации по этике рецензирования.

представлен способ отбора участников исследования из генеральной совокупности? Например, простой случайный, систематический, стратифицированный, кластерный, многоуровневый и т.д. Достаточно ли подробно описан способ сбора информации по всем результативным и факторным признакам (зависимым и независимым переменным), представленным в разделе «Результаты»? Указано ли, как представляли количественные и категориальные данные? Описаны ли все категории категориальных признаков? Достаточно ли подробно описаны статистические методы обработки данных? (центральные тенденции, меры рассеяния, критерии для проверки статистических гипотез, критический уровень значимости). Указаны ли ссылки на производителей оборудования и программного обеспечения, используемого в исследовании? Возможно ли другому ученому полностью повторить исследование авторов, если в распоряжении будет только информация, представленная в разделе «Методы»? Если «Нет», то раздел нуждается в доработке (более детальном описании отбора участников исследования, сбора и анализа данных). Указан ли номер и дата протокола этического комитета при исследованиях с участием людей и лабораторных животных? Получено ли информированное согласие участников исследования?

Изложение результатов и обсуждение результатов в одном разделе не допускается.

Результаты исследования, представленные в статье, должны быть ясными и лаконичными. Данные следует представлять в абсолютных числах и в процентах, должны быть указаны 95% доверительный интервал (CI 95%) и достоверность, статистическая значимость (P – уровень). Планки погрешностей требуются на всех точках экспериментальных и расчетных данных с объяснением в тексте того, каким образом эти погрешности были установлены.

Рецензент, читающий статью, должен будет ответить на следующие вопросы: представлены ли общие характеристики выборки по основным результативным и факторным признакам (зависимым и независимым переменным)? Указано ли количество пропущенных (отсутствующих) значений по каждому из признаков? Указано ли, как проводился анализ, с исключением или без исключения участников с пропущенными значениями по одному или нескольким признакам?

Представлены ли доверительные интервалы для частот и долей, где это необходимо? Представлено ли абсолютное значение достигнутого уровня значимости (P)⁴? Представлены ли результаты проверки всех статистических гипотез, обозначенных в целях исследования и представленных в разделе «Методы»? Представлены ли результаты использования всех статистических критериев, указанных в разделе «Методы»? Корректно ли составлены таблицы? Корректно ли составлены заголовки таблиц? Таблица должна быть понятна читателю без обращения к тексту статьи. Понятна ли графическая информация? Не перегружены ли рисунки (например, в линейных диаграммах не рекомендуется представление более 5 линий)?

В разделе «Результаты» не должно быть обсуждения и ссылок. Для этого существует раздел «Обсуждение результатов».

Требования к рисункам. Рисунок (изображение) помещается в документ статьи в требуемое место, а также дублируется отдельным файлом. Файлы рисунков должны иметь логические имена (например, Spasennikov_Fig1.jpg). Следует последовательно нумеровать изображения в тексте. В изображении следует применять шрифты Times New Roman, Arial или схожие с ними распространенные шрифты.

Надписи в рисунках следует, по возможности, заменять цифровыми или буквенными обозначениями, объясняемыми в тексте статьи или в подписях к рисункам. Ссылки на рисунки (и таблицы) даются в тексте статьи.

Форматы рисунков (изображений) могут быть любые, как растровые, так и векторные. Разрешение растровых рисунков (.jpg, .png, .tiff и прочих) не менее 300 dpi.

Векторная графика может быть создана в любом векторном графическом редакторе. Тексты в векторных рисунках должны быть переведены в кривые, либо следует приложить использованные шрифты.

Если электронное графическое изображение создано в приложениях пакета Microsoft Office (Word, PowerPoint, Excel), то его следует представлять по принципу «как есть» в том же формате.

Не следует направлять:

- файлы с очень низким разрешением;
- трехмерные изображения и модели;

⁴ Выражения «P<0,05» и «P>0,05» являются малоинформативными и не приветствуются рецензентами.

- рисунки, опубликованные ранее в других работах авторов.

Рисунки должны быть проверены на плагиат через Google Images.

Рисунки не должны быть предметом защиты авторских прав кого-либо, кроме автора статьи.

Подписи к рисункам и фотографиям. Каждый рисунок должен иметь общий заголовок (на русском и английском языках). В подписях к графикам указываются обозначения по осям абсцисс, ординат и единицы измерения, приводятся пояснения по каждой кривой.

В подписях к микрофотографиям указываются метод окраски и увеличение.

Оформление таблиц. Сверху справа необходимо обозначить номер таблицы (если таблиц больше, чем одна), ниже дается ее название на русском и английском языках. Сокращения слов в таблицах не рекомендуется. Все цифры в таблицах должны соответствовать цифрам в тексте. Таблицы желательно давать в тексте, не вынося на отдельные страницы. Нежелательно применять к таблицам стили оформления, кроме стандартного, а также сложные заливки и границы.

В таблицах последовательность изложения информации должна соответствовать последовательности описания процедур в разделе «Методы» и последовательности представления материала в разделе «Результаты».

Графики не должны быть «переполненными». Например, не рекомендуется на линейных диаграммах представлять более 5 линий.

Не рекомендуется использовать более 5 таблиц и иллюстраций.

Математические формулы следует представлять как редактируемый текст, а не в виде изображений. Переменные следует обозначать курсивом, уравнения – нумеровать по порядку.

Рецензент, при ознакомлении со статьей, отмечает следующее: информативны ли заглавия таблиц, иллюстраций и рисунков? Понятно ли содержание таблицы без обращения к основному тексту статьи? Представлены ли результаты проверки статистических гипотез (абсолютное значение достигнутого уровня значимости P)⁵?

⁵ Рекомендуется избегать выражений « $P < 0,05$ и $P > 0,05$ ». Вместо них лучше представлять либо 95% доверительные интервалы, либо абсолютные значения P .

Присутствует ли проблема множественных сравнений⁶? Понятны ли иллюстрации? Не сливаются ли цвета в черно-белом исполнении цветных графиков?

В обсуждении дается убедительное объяснение результатов и показывается их значимость. В случае проведения вычислительных исследований, полученные результаты должны быть сопоставлены с информацией из опубликованных экспериментальных работ, если подобное возможно.

При написании обсуждения нужно учесть, что рецензент обратит внимание на следующее: проведено ли сравнение результатов с данными аналогичных отечественных и зарубежных исследований? При проведении вышеуказанных сравнений высказаны ли предположения о причинах получения различных результатов? Имеется ли критическое описание основных сильных сторон (преимуществ, достоинств) данного исследования? Имеется ли критическое описание основных слабых сторон (недостатков) данного исследования? Описывается ли внутренняя валидность исследования? Обсуждаются ли возможные систематические ошибки, вмешивающиеся факторы (конфаундеры) и направление их воздействия (занижение, завышение выявленных изучаемых показателей)? Описывается ли внешняя валидность исследования? Обсуждаются ли возможные ошибки выборки, ограничивающие экстраполяцию результатов на генеральную совокупность? Обсуждаются ли причины и/или биологические механизмы, которыми можно объяснить полученные результаты? Обсуждается ли значимость результатов для науки, практического здравоохранения и/или охраны окружающей среды? Предложены ли направления для дальнейших исследований по теме статьи?

Текст обсуждения завершается выводами, которые должны соответствовать целям и задачам исследования, представленным результатам.

Рецензент должен проверить, не делает ли автор выводы, которые не вытекают из представленных результатов.

При представлении в печать экспериментальных работ следует руководствоваться «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных». Помимо вида, пола и количества использованных животных, автор

⁶ Парные сравнения трех и более групп допустимы только при проведении коррекции, например, поправки Бонферрони-Хольма или Бонферрони.

обязательно должен указывать применявшиеся при проведении болезненных процедур методы обезболивания и методы умерщвления животных. Нужно указать, являются ли приводимые числовые значения первичными или производными, привести пределы точности, надёжности, интервалы достоверности, оценки, рекомендации, принятые или отвергнутые гипотезы, обсуждаемые в статье.

Обзорная статья должна быть обозначена автором как обзор литературы после названия статьи. Желательно, чтобы составление обзоров соответствовало международным рекомендациям по систематическим методам поиска литературы и стандартам. Резюме обзорных статей должны содержать информацию о методах поиска литературы по базам данных Scopus, Web of Science, MedLine, The Cochrane Library, EMBASE, Global Health, CyberLeninka, Научной электронной библиотеки (eLIBRARY) и другим. В ключевые слова обзорных статей следует включать слово «обзор».

В название систематического обзора должны быть включены слова «систематический обзор». С подробной информацией относительно составления обзоров можно ознакомиться в руководстве PRISMA (рекомендуемые элементы отчетности для систематического обзора и мета-анализа).

Все термины и определения, представленные в статье, должны быть научно достоверны, их написание (как русское, так и латинское) должно соответствовать «Энциклопедическому словарю медицинских терминов».

Лекарственные препараты должны быть приведены только в международных непатентованных названиях, которые употребляются первыми, затем, в случае необходимости, приводится несколько торговых названий препаратов, зарегистрированных в России (в соответствии с информационно-поисковой системой «Клифар-Госреестр» [Государственный реестр лекарственных средств]).

Желательно, чтобы написание ферментов соответствовало стандарту Enzyme Nomenclature [10].

Автор должен помнить, чтобы наследуемые или семейные заболевания соответствовали международной классификации наследуемых состояний у человека («Mendelian Inheritance in Man») [11].

Названия микроорганизмов должны быть выверены в соответствии с изданием «Медицинская микробиология».

Рукопись может сопровождать словарь терминов (неясных, способных вызвать у читателя затруднения при прочтении). Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, физических, химических и математических величин и терминов (например, ДНК), допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Все вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы в тексте при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются. Дозы лекарственных средств, единицы измерения физических величин должны быть указаны в системе СИ. В десятичных дробях употребляется запятая (например, 0,35).

Повторим, что в статье (и соответственно в списке использованной литературы) ссылки нумеруются не по алфавиту, а по мере упоминания в тексте. Необходимо убедиться в том, что все ссылки, приведенные в тексте, присутствуют в списке литературы (и наоборот). В оригинальных статьях желательно цитировать не более 30 источников (из них не менее 30% – литература на английском языке), в обзорах литературы – не более 60, в лекциях и других материалах – не более 15 источников.

Список использованной литературы должен содержать публикации за последние 5-7 лет, прежде всего статьи из журналов, в том числе, из систем Scopus и Web of Science. Ссылки должны быть проверяемыми при библиографическом поиске.

Авторы цитируемых источников в списке литературы должны быть указаны в том же порядке, что и в первоисточнике (в случае, если у публикации более 4 авторов, то после 3-го автора необходимо поставить сокращение «... и др.» или «... , et al.»).

Недопустимо сокращать название статьи и название отечественного журнала. Название англоязычных журналов следует приводить в соответствии с каталогом названий базы данных MedLine. Если журнал не индексируется в MedLine, необходимо указывать его полное название.

Ссылки на интернет-источники должны быть надежными и долговечными. Следует давать точ-

ный URL-адрес страницы, на которой находится материал-источник и дату, когда текст был прочитан.

Если у цитируемого материала есть цифровой идентификатор (Digital Object Identifier — DOI), его необходимо указывать в самом конце библиографической ссылки. Проверять наличие DOI статьи следует на сайте <http://search.crossref.org/> или <https://www.citethisforme.com>. Для получения DOI нужно ввести в поисковую строку название статьи на английском языке.

При подготовке научной статьи не рекомендуется включать в список использованной литературы учебную литературу для студентов вузов.

В случае, когда это возможно, не следует ссылаться на диссертации, а также авторефераты диссертаций, правильнее ссылаться на статьи, опубликованные по материалам диссертационных исследований.

Нежелательно самоцитирование, кроме случаев, когда это необходимо (в обзоре литературы не более 3-х ссылок).

Если статья или другой источник написаны на латинице (на английском, немецком, итальянском языках и т.д.), они должны быть процитированы в оригинальном виде.

Если статья написана не на английском языке, необходимо в скобках указать исходный язык. Например, (in German) или (in Russian).

Не следует ссылаться на ретрагированные (отозванные из печати) статьи.

Пример оформления
списка используемой литературы
(на русском и английском языках)

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Пример 1. Статья в журнале Спасенников Б.А. Охрана материнства и детства в уголовно-исполнительной системе России / Б.А. Спасенников, С.В. Воробей // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – Т. 24. – № 3. – С. 141–144.

Spasennikov B.A., Vorobey S.V. Protection of motherhood and childhood in the penal system of Russia. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny = Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine*, 2016, vol. 24, no. 3, pp. 141–144. (In Russian).

Пример 2. Статья в сборнике

Спасенников Б.А. К вопросу о разграничении врачебной ошибки и преступления / Б.А. Спасенников // Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками: материалы международной научно-практической конференции (Москва, 15 апреля 2018 года) / под общ. ред. А.М. Багмета. – М.: Московская академия Следственного комитета Российской Федерации, 2018. – С. 143–145.

Spasennikov B.A. To the issue of distinguishing between medical error and crime. *Dosudebnoe proizvodstvo po ugovnym delam o professional'nyh prestupleniyah, sovershennyh medicinskimi rabotnikami: materialy mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii (Moskva, 15 aprelya 2018 goda) / pod obshch. red. A.M. Bagmet = Pre-trial criminal proceedings on professional crimes committed by medical personnel: proceedings of an international scientific and practical conference (Moscow, April 15, 2018) / Ed. A.M. Bagmet*. Moscow: Moscow Academy of the Investigative Committee of the Russian Federation, 2018, pp. 143–145. (In Russian).

Пример 3. Книга

Спасенников Б.А. Принудительные меры медицинского характера: история, теория, практика. / Б.А. Спасенников. – СПб.: Юридический центр Пресс, 2003. – 412 с. Spasennikov B.A. *Prinuditel'nye меры медицинского характера: istoriya, teoriya, praktika = Enforcement measures of medical nature: history, theory, practice*. St. Petersburg, Legal Center Press, 2003. 412 p. (In Russian).

Пример 4. Сборник без автора

Российский статистический ежегодник. 2019. – М.: Росстат, 2019. – 708 с. *Rossijskij statisticheskij ezhegodnik*. 2019 = Russian statistical yearbook. 2019. Moscow, Rosstat, 2019. 708 p. (In Russian).

Пример 5. Ссылка на интернет-источник

Кузнецова А. О росте числа детских суицидов в России / А. Кузнецова. – URL: <https://ria.ru/20190423/1552967532.html> Kuznetsova A. *O roste chisla detskih suicidov v Rossii = Announced an increase in the number of child suicides in Russia*. URL: <https://ria.ru/20190423/1552967532.html> (In Russian).

Пример 6. Диссертация

Спасенников Б.А. Применение анксиолитиков-антигипоксантов в интенсивной терапии острого периода церебрального инсульта: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Б.А. Спасенников. – М.: 2-й МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова, 1989. – 150 с.

Spasennikov B.A. *Primenenie anksiolitikov-antigipoksantov v intensivnoj terapii ostpogo perioda cerebpal'nogo insulta: dissertaciya na soiskanie uchenoj stepeni kandidata medicinskih nauk = The use of anxiolytic antihypoxants in intensive care of the acute period of cerebral stroke: PhD dissertation in medicine.* Moscow: Pirogov Medical Institute, 1989. 150 p. (In Russian).

Пример 7. Автореферат диссертации
Спасенников Б.А. Дисциркуляторная энцефалопатия (патогенетические, клинические и фармакотерапевтические аспекты). Автореферат дис. ... докт. мед. наук / Б.А. Спасенников. – М.: РГМУ им. Н.И. Пирогова, 1996. – 42 с.

Spasennikov B.A. *Discirkulyatornaya encefalopatiya (patogeneticheskie, klinicheskie i farmakoterapevticheskie aspekty). Avtoprefepat dis. ... dokt. med. nauk = Dyscirculatory encephalopathy (pathogenetic, clinical and pharmacotherapeutic aspects). Author Abstract of the Doc. habil. in medicine dissertation.* Moscow: Pirogov Medical University, 1996. 42 p. (In Russian).

Рецензент будет обращать внимание на следующее: достаточен ли список литературы? Упомянуты ли важные исследования, которые могут служить достаточным обоснованием актуальности темы исследования? Достаточно ли современен список литературы (за редкими исключениями список литературы должен включать в себя литературу не старше 10-15 лет)? Соответствует ли оформление списка использованной литературы Системе стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу (ГОСТ) и требованиям журнала? Составляют ли англоязычные рецензируемые источники не менее 50% списка литературы? Присутствуют ли ссылки на тезисы, материалы конференций и прочие не рецензируемые или малодоступные источники (таких ссылок следует избегать за исключением случаев крайней необходимости)? Обоснованно ли самоцитирование? Правильно ли представлены транслитерации фамилий авторов, перевода статей?

После списка литературы указываются сведения о каждом авторе: Ф.И.О., ученая степень, ученое звание, должность, название организации, город, страна, e-mail, ORCID автора.

Пример

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Спасенников Борис Аристархович – советник дирек-

тора Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, доктор юридических наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: borisspasennikov@gmail.com ORCID: 0000-0002-5668-6457

AUTHOR

Boris Spasennikov – Advisor to the Director of the N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Doctor habil. in Law, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru ORCID: 0000-0002-5668-6457

Статью завершает информация для цитирования (на русском и английском языках).

Пример

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ

Казберов П.Н. Особенности личности осужденных за преступления террористического и экстремистского характера / П.Н. Казберов, Б.А. Спасенников // *Всероссийский криминологический журнал.* – 2019. – Т. 13. – № 6. – С. 921–931. DOI: 10.17150/2500-4255.2019.13(6).921-931

FOR CITATION

Kazberov P.N., Spasennikov B.A. Specific personality characteristics of prisoners convicted for terrorism and extremism crimes. *Vserossiiskii kriminologicheskii zhurnal = Russian Journal of Criminology*, 2019, vol. 13, no. 6, pp. 921–931. DOI: 10.17150/2500-4255.2019.13(6).921-931. (In Russian)

Написание научной статьи – большой труд, требующий не только высокого качества представленного материала, но и серьезного отношения к оформлению рукописи. У каждого научного медицинского журнала есть определенные особенности, которые сформулированы редакционной коллегией (редакционным советом) на официальном сайте издания.

Следование вышеуказанным положениям будет способствовать повышению уровня научно-исследовательской работы, соответствию требованиям современной медицинской науки.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. ICMJE. – URL: <http://www.icmje.org> (03.03.2020). В настоящее время – «Рекомендации по проведению, описанию, редактированию и публикации результатов научной работы в медицинских журналах»
2. WMA. – URL: <https://www.wma.net/publications> (03.03.2020)
3. COPE. – URL: <https://publicationethics.org> (03.03.2020)
4. АНПИ. – URL: <http://rasep.ru> (03.03.2020)
5. CSE. – URL: <http://www.councilscienceeditors.org> (03.03.2020)
6. NISO. – URL: <https://www.niso.org/niso-io/2012/09/hard-core> (03.03.2020)
7. CONSORT. – URL: <http://www.consort-statement.org>
8. NCBI. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc> (03.03.2020)
9. TRANSLIT. – URL: <http://www.translit.ru> (03.03.2020)
10. ENZYME NOMENCLATURE. – URL: <http://www.chem.qmul.ac.uk/iubmb/enzyme> (03.03.2020)
11. MENDELIAN INHERITANCE IN MAN. – URL: <http://ncbi.nlm.nih.gov/omim> (03.03.2020)

REFERENCES

1. *ICMJE*. URL: <http://www.icmje.org>
2. *WMA*. URL: <https://www.wma.net/publications>
3. *COPE*. URL: <https://publicationethics.org>
4. *ANPI*. URL: <http://rasep.ru>
5. *CSE*. URL: <http://www.councilscienceeditors.org>
6. *NISO*. URL: <https://www.niso.org/niso-io/2012/09/hard-core>
7. *CONSORT*. URL: <http://www.consort-statement.org>
8. *NCBI*. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc>
9. *TRANSLIT*. URL: <http://www.translit.ru>
10. *ENZYME NOMENCLATURE*. URL: <http://www.chem.qmul.ac.uk/iubmb/enzyme>
11. *MENDELIAN INHERITANCE IN MAN*. URL: <http://ncbi.nlm.nih.gov/omim>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Спасенников Борис Аристархович – советник директора Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, доктор юридических наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-5668-6457

AUTHOR

Boris Spasennikov – Advisor to the Director, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Doctor habil. in Law, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-5668-6457

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.03.010

ВАКЦИНАЦИЯ КАК ВЫЗОВ COVID-19

Тельнова Е.А.¹, Щепин В.О.¹, Загоруйченко А.А.¹

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

Ключевые слова:

COVID-19, вакцина, разработка, доклинические испытания, клинические испытания, иммуногенность, эффективность, безопасность.

Аннотация

В современных условиях пандемии COVID-19 по всему миру ведется активная работа по лечению пациентов, по разработке лекарственных препаратов и вакцин для лечения и профилактики нового инфекционного заболевания. В нашей стране 14 научных центров задействованы в разработке 10 прототипов вакцины. Большинство разработчиков находятся примерно на одном этапе – проведение доклинических исследований. Научно-исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени Н.Ф. Гамалеи первым начал испытания на людях двух вакцин, разработанных совместно с 48-ым Центральным научно-исследовательским институтом министерства обороны России. В статье представлен обзор зарубежного опыта разработки вакцины, описаны проводимые мероприятия по разработке, испытанию и регистрации, а также производству настоящей вакцины от COVID-19 в Российской Федерации, затронуты актуальные вопросы по созданию вакцины от коронавируса и особенностям этапности проведения испытаний на животных и человеке.

VACCINATION AS A COVID-19 CHALLENGE

Telnova E.A.¹, Shchepin V.O.¹, Zagoruychenko A.A.¹

¹N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

Keywords:

COVID-19, vaccine, development, preclinical trials, clinical trials, immunogenicity, efficacy, safety.

Abstract

In the current context of the COVID-19 pandemic, active work is being done around the world to treat patients, develop medicines and vaccines for the treatment and prevention of a new infectious disease. In our country, 14 research centers are involved in the development of 10 vaccine prototypes. Most developers are at about the same stage – conducting preclinical research. Human trials were first started by the Gammalei center for epidemiology and Microbiology of two vaccines developed jointly with the Ministry of defense (48th Central research Institute of the Ministry of defense). This article provides an overview of foreign experience in developing the vaccine, describes the ongoing activities for the development, testing and registration, as well as the production of this COVID-19 vaccine in the Russian Federation, touches on topical issues of creating a coronavirus vaccine and the specifics of phasing out tests on animals and humans.

На рубеже 2019-2020 гг. весь мир столкнулся с новым вызовом - инфекционным заболеванием COVID-19 (далее – CV), вызываемым коронавирусом SARS-CoV-2 [1, с. 52–57; 2, с. 99–105; 3, с. 106–107].

Коронавирусы, представляющие собой целое семейство, состоят примерно из 40 видов. Они известны достаточно давно, поражают как человека, так и животных, постоянно эволюционируют.

В самом конце декабря 2019 года власти КНР заявили о вспышке пневмонии, вызванной вирусом SARS-Cov-2, в городе Ухань, откуда, возможно, и началось распространение вируса по всему миру [4, с. 133–135; 5, с. 5–6].

В России первый такой инфицированный был зарегистрирован 29 февраля 2020 г. 11 марта 2020 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) присвоила уровню заболеваемости CV статус пандемии [2, с. 99–105; 4, с. 133–135; 6]. По состоянию на конец июня 2020 г. в мире число заболевших CV превысило 10 млн. человек.

По мнению ряда авторов, штамм коронавируса был завезен в Россию из США. По данным Роспотребнадзора на 29 июня 2020 г. в Москве было зафиксировано 220853 подтвержденных случая заражения коронавирусом. Умер 3761 человек, летальность составила 1,69% [3, с. 106–107; 5, с. 5–6; 7]. Полное излечение от вируса зафиксировано у 148102 человек.

По информации генерального директора центра «Вектор» Рината Максютюва, с момента появления в стране первых больных CV выявлено уже более сотни штаммов нового вируса. Изоляция, запретительные, защитные и другие меры оказали определенное воздействие, но не смогли предотвратить его массовое распространение [6; 7; 8].

В условиях пандемии немедленно возник вопрос о лекарствах для лечения коронавируса. Многие государства безотлагательно приступили к созданию соответствующих препаратов и вакцин [5, с. 5–6; 9].

На разработку совершенно нового лекарственного препарата от неизученного заболевания, как правило, требуется от 5 до 15 лет. Это сложный и долгий процесс с множеством этапных стадий.

Несмотря на это, в самое последнее время уже стали предлагаться новые препараты для лечения CV, что, безусловно, крайне важно, поскольку до этого врачи лечили больных преимущественно

методом проб и ошибок. Одновременно возник вопрос и о средствах профилактики, которые могли бы помочь в управлении общей эпидемической ситуацией, – это вопрос о вакцинах.

Разработка вакцины от коронавируса ведется в странах Западной Европы, России, США, Китае, Японии и многих других странах [3, с. 106–107; 10]. Однако, по мнению самих разработчиков, создание вакцины только начало, а главным является ее успешное испытание.

При проведении настоящего исследования использовались следующие методы исследования: библиографический, информационно-аналитический, контент-анализ. Основой являлись данные, освещаемые в научной литературе и средствах массовой информации. На сегодняшний момент современных литературных источников не так много, а представленная тематика является для всех довольно новой. В ходе подготовки статьи было проанализировано более 50 различных источников. В списке использованной литературы указаны лишь основные из них.

Профилактика является одним из самых эффективных и действенных путей борьбы с любыми заболеваниями. Для предупреждения инфекционных заболеваний, в первую очередь, используются вакцины.

Вакцины относятся к группе иммунобиологических препаратов, обеспечивающих организму появление приобретенного иммунитета к конкретному антигену. Основы вакцины естественные или генетически модифицированные белки вируса, а иногда и живой, но ослабленный вирус. Они имитируют инфекционное заболевание и стимулируют организм к формированию иммунитета и выработке антител.

Для кардинального позитивного решения вопроса с заболеваемостью коронавирусом необходим популяционный иммунитет. Формирование иммунитета на уровне популяции возможно или через массовую вакцинацию, или через массовую болезнь, в случае которой переболеть коронавирусом должны 40-60% населения. Мировым сообществом иммунологов вакцинация признана ведущим инструментом, способным побороть эпидемии и пандемии.

Считается, что вакцину уже можно применять, если она гарантирует безопасность половине привитых. Высокая эффективность вакцины находится на уровне 80-90%. 100% результат не

гарантирует ни одна вакцина. Генеральный директор ВОЗ Тедрос Адханом Гебрейесус заявил, что в мире разрабатывается 147 вакцин от коронавирусной инфекции [5, с. 5–6; 8; 9]. ВОЗ сформировала перечень «кандидатских» вакцин, среди которых 77 находятся на стадии доклинических исследований, а 6 проходят клинические исследования на человеке. В число требований к вакцине включена не только ее эффективность, но и максимальная безопасность.

В мировом пространстве примерно 35 лабораторий пытаются создать вакцину против коронавируса. Создаваемая вакцина должна стать общечеловеческим достоянием и быть доступна всем, без воздействия геополитики, корыстных устремлений, без попыток извлечь из общечеловеческой трагедии выгоду.

В ходе исследования нами был изучен опыт различных стран мира, активно занимающихся разработкой вакцин от CV.

4 мая 2020 г. Евросоюз провел видеоконференцию, которая дала старт кампании по сбору средств на совместную борьбу с пандемией CV под названием Global Response («глобальный ответ») [7; 10]. О намерении внести свой вклад в общий фонд объявили 40 стран и различных организаций. Евросоюз со своим исполнительным органом (Еврокомиссия) выделили на эти цели 1 млрд. евро. Среди крупных доноров – члены ЕС: Германия – 525 млн. евро; Франция – 500 млн. евро; Нидерланды – 192 млн. евро; Испания – 125 млн. евро. К данной конференции присоединились и обещали внесение взносов в виде сотен миллионов евро такие страны как: Австрия, Канада, Норвегия, Саудовская Аравия, Япония. В общей сложности на конференции удалось собрать 7,4 млрд. евро (или 8 млрд. долларов) из которых планируется 4 млрд. евро направить на разработку, производство и распространение вакцины по приемлемой цене; 2 млрд. евро на лечение пациентов от коронавируса; 1,5 млрд. евро на тестирование [8; 9].

На конференции пришли к заключению, что в современных условиях было бы ошибкой пытаться победить инфекцию в одной отдельно взятой стране и действовать по принципу «каждый за себя». Только общими усилиями возможно решить эту проблему.

7 мая 2020 г. итальянские ученые заявили о создании «первой в мире» вакцины, способной

победить коронавирус. Разработку вакцины вела компания Pakis Biotech. В настоящее время известно, что разработчики получили разрешение министерства здравоохранения Италии на доклинические испытания, результаты данных исследований не опубликованы. Со слов сотрудников Pakis Biotech, вакцина, протестированная на мышах, способна вырабатывать антитела. Испытания на людях планируются на осень 2020 г. [1, с. 52–57; 7; 10].

По сообщению агентства Associated Press, в США начались клинические испытания вакцины от коронавируса. Первой компанией, начавшей клинические испытания, стала Moderna при исследовательском центре Kaiser Permanente Washington Health Research Institute, которая приступила к тестам 16 марта 2020 г. В рамках исследования две дозы препарата с интервалом в один месяц введены 45 добровольцам в возрасте от 18 до 45 лет. Прототип получил название mRNA-1273. Особенность данного препарата компании Moderna заключается в том, что в образце нет возбудителя, а только часть его генетического кода. Помимо вышеуказанной компании, в США еще несколько фирм разрабатывают вакцину от CV, в том числе компания Джонсон и Джонсон [10].

Основными производителями вакцины в ЕС являются две немецкие биофармацевтические компании – BioTest и CureVac. Они специализируются на исследованиях матричной РНК-терапии (мРНК-терапии, также известной как «антисмысловая»). Этот метод основан на выключении синтеза белка, участвующего в развитии заболевания. Компании BioNTech помогают в разработке китайская Fosun Pharma и американская Pfizer [9].

CureVac собирается начать летом 2020 г. клинические испытания вакцины, которую она разрабатывает совместно с федеральным институтом Пауля Эрлиха, специализирующимся на производстве биомедицинских препаратов.

В Великобритании первые клинические исследования вакцины с названием ChAd Oх-1 начнутся в ближайшее время. Прототип разработан группой ученых из Оксфордского университета. Тестирование новой вакцины начнутся в лаборатории Портон-Даун.

В Китае в ближайшее время также должны начать клинические испытания прототипа вакцины, названной Ad5-nCoV, который разработала Академия военно-медицинских наук Китая совмест-

но с гонконгской компанией CanSino Biologics. Исследователи собираются проводить ее на 108 здоровых гражданах. Тесты будут проводиться в лаборатории в г. Ухань [2, с. 99–105; 5, с. 5–6].

Фармацевтическая компания Chongqing Zhifei Biological Products получила разрешение властей Китая на клинические испытания очередной вакцины от коронавируса.

Другая китайская версия вакцины представляет собой рекомбинантную вакцину, разработанную совместно дочерним предприятием компании и институтом микробиологии Китайской академии наук.

Поиск добровольцев начался 20 июня, на следующий день после того, как «зеленый свет» дало государственное управление по надзору за пищевыми продуктами и лекарственными средствами. Это вторая рекомбинантная вакцина в мире, которой удалось достичь стадии клинических испытаний. Вакцина на основе аденовирусного вектора была также разработана в Китае. Кроме того, в КНР представили четыре инактивированных вакцины.

В результате можно наблюдать, как между Китаем и США разворачивается целое соревнование за первенство в создании вакцины. Для КНР первой создать вакцину стало вопросом национального престижа.

Россия также активно ведет работу по созданию вакцины и рассчитывает при этом на собственные силы [6; 8].

Президент России 27 апреля 2020 г. дал задание к 30 апреля 2020 года представить план-график разработки вакцины для профилактики CV.

По словам главы Роспотребнадзора Анны Поповой, единой вакцины не будет, а появится целый спектр препаратов, которые будут использоваться для различных групп населения.

В России над решением представленных задач работают 14 федеральных центров, которыми разрабатываются более 10 вакцин-кандидатов.

Ведущими разработчиками являются:

- научный центр «Вектор» Роспотребнадзора в Новосибирске, который разрабатывает 6 вариантов вакцин, прототип создается на основе вирусного вектора гриппа; вирусного вектора кори; вирусного вектора везикулярного стоматита совместно с компанией «Биокад»; а также идет разработка вакцин: мРНК вакцина, пептидная вакцина, субъединичная вакцина;

- С.-Петербургская биотехнологическая компания «Биокад» разрабатывает 2 варианта вакцины: на основе живого аттенуированного вируса гриппа, совместно с Институтом экспериментальной медицины, мРНК вакцину;

- Научно-исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени Н.Ф. Гамалеи совместно с 48-ым Центральным научно-исследовательским институтом министерства обороны России испытывает 2 варианта векторной вакцины;

- С.-Петербургский НИИ вакцин и сывороток ФМБА России также разрабатывает несколько вариантов вакцин, в том числе на основе рекомбинантного протеина;

- ПАО «Фармсинтез», совместно с Институтом биоорганической химии им. академиков М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова, разрабатывает ДНК белковую вакцину, вакцину на основе вирусоподобных частиц;

- Федеральный научный центр исследований и разработки иммунологических препаратов им. М.П. Чумакова разрабатывает цельновирионную инактивированную вакцину;

- Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова разрабатывает вакцину на основе структурно-модифицированных частиц вируса табачной мозаики;

- фармацевтическая компания «Нанолек» разрабатывает вакцину на основе рекомбинантной белковой молекулы.

Девять вакцин против COVID-19, разрабатываемых в России, ВОЗ внесла в перечень перспективных.

Больше всех, в плане разработки и испытания вакцины, продвинулся НИИ эпидемиологии им Н.Ф. Гамалеи совместно с 48-ым Институтом Министерства обороны. Институтом закончены доклинические испытания на животных (грызуны, обезьяны) и 17 июня начаты клинические испытания на человеке. Первый этап клинических испытаний – изучение эффективности и безопасности. Набраны две группы здоровых добровольцев по 38 человек. С участниками испытаний было подписано информационное согласие и оформлена страховка. Вся процедура клинических исследований направлена на обеспечение прав и безопасности участников испытаний. За участниками установлено наблюдение, включающее анализы крови, мочи, обследование на хрониче-

ские заболевания, ВИЧ, гепатит, коронавирусную инфекцию. Только после получения необходимых объективных результатов обследования вводится вакцина. После вакцинации добровольцы будут находиться в изоляции в стационаре 28 дней. Врачи будут контролировать состояние испытуемых, делать анализы крови для оценки иммуногенности вакцины и следить за формированием иммунного ответа. Состояние испытуемых добровольцев будет контролироваться врачами в течение 6 месяцев после выписки из стационара.

Клиническим испытаниям на людях предшествовали проверки на токсичность. Их результаты были положительными. Испытания на обезьянах также подтвердили высокую иммуногенность и безопасность вакцины. Разработанная вакцина имеет две лекарственные формы жидкую и лиофилизированную (порошок для приготовления раствора экстемпоре). Раствор будет проходить клинические испытания в госпитале им. Н.Н. Бурденко, а лиофилизированный порошок для приготовления раствора в Сеченовском университете [8].

Получены положительные промежуточные результаты: спустя неделю после введения препарата добровольцам, стало понятно, что удалось избежать побочных эффектов и осложнений (никаких воспалений на месте укола; температура тела в норме; артериальное давление без изменений).

Производство вакцины планируется начать в августе. Есть мнение, что в начале осени россияне смогут массово получить прививку от коронавируса. По мнению экспертов, вакцинация населения России займет от 6 до 9 месяцев.

Вакцина разрабатывается методом генной инженерии, на основе ДНК-аденовируса, в который встраивают ген коронавируса нового типа. «Старый» аденовирус используется как контейнер для доставки коронавирусного гена в клетки и запуска там синтеза белка – «короны».

Как правило, клинические испытания подобных вакцин проводятся в течение нескольких лет в три этапа, но, в условиях пандемии, вакцину могут ввести в максимально короткие сроки, какие-то фазы испытаний могут быть совмещены на усмотрение министерства здравоохранения России и Роспотребнадзора.

В своем интервью Ринат Максютлов также сообщил, что три прототипа вакцины против заболе-

вания CV успешно прошли испытания на способность формировать иммунный ответ. Он отметил, что это самые продвинутые препараты с точки зрения полученных результатов.

Разработка, испытания и регистрация вакцины. При разработке вакцины необходимо определиться с ее компонентами. Существует несколько подходов к их подбору. При этом возможно использовать:

- аттенуированные (безопасные штаммы живых вирусов);
- инактивированные (убитые штаммы);
- рекомбинантные (без возбудителя).

Кроме антигенов возбудителя, в препарат могут входить дополнительные вещества, которые могут усиливать иммунный ответ организма, то есть выполняющие роль катализаторов. В результате действий этого этапа появляется, так называемый, кандидатский препарат.

Следующий этап исследования кандидатского препарата подразделяется на доклинический и клинический. Первый проходит *in vitro* и *in vivo*, то есть, доклинический – вне живого организма и на животных. При этом лабораторные животные должны быть чувствительны к возбудителю. На этом этапе должна быть продемонстрирована безопасность вакцины. Также необходимо проверить и иммунный ответ на примененную вакцину. Это означает, что организм животного должен выработать антитела к вакцине. Кроме того, важно проверить и протективность вакцины, то есть удостовериться, что вакцина обеспечивает защиту от возбудителя и у животного сформировался стойкий иммунитет.

Только после того, как будут получены убедительные результаты иммуногенности, безопасности и эффективности, разработчик предоставляет результаты регулятору и, после стандартных процедур, получает разрешение на исследования на человеке, которые, как правило, проходят на здоровых добровольцах.

Процедура исследований на человеке также делится на три фазы: проверка безопасности, подбор дозировки и изучение эффективности. Чтобы определить степень эффективности воздействия, необходимо провести сравнение результатов у группы, давшей согласие и прошедшей вакцинацию, с контрольной группой невакцинированных лиц.

Есть и четвертая фаза исследования, которая

проводится уже после того, как препарат будет зарегистрирован, так называемые пострегистрационные испытания, которые необходимы для оптимизации последующего применения вакцины.

Также, в научно-практических разработках присутствуют РНК и ДНК вакцины. В отличие от традиционных вакцин, РНК/ДНК-вакцины содержат не вирусные белки, а гены, кодирующие основные вирусные белки. Введение такой вакцины приводит к синтезу клетками белков вируса, на которые должна реагировать иммунная система и вырабатывать иммунитет против этих белков вируса. Гипотетически это должно препятствовать началу инфекционного процесса при заражении настоящим патогенным вирусом. Важно отметить, что такие РНК и ДНК вакцины не должны кодировать те белки вируса, которые способны были бы привести к настоящей вирусной инфекции.

Следует подчеркнуть, что при разработке вакцины могут возникнуть определенные проблемы, связанные с тем, что данный вирус относится к РНК содержащим, которые характеризуются высокой частотой мутации.

Важнейшей, а подчас и решающей составляющей в борьбе с предотвращением, локализацией и ликвидацией инфекционных болезней, является вакцинация. В 2020 г. во всем мире ведется активная разработка национальных и, возможно, международных, вакцин для иммунопрофилактики СV. Огромная работа проводится и в нашей стране. Независимо от того, кем будет разработана вакцина, она должна стать общечеловеческим достоянием. Человечество должно верить и надеяться на экстерриториальное здоровье, как индивидуума, так и общества.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кураков Ф.А. Оценка перспектив разработки вакцины от коронавирусной инфекции средствами патентного анализа / Ф.А. Кураков, Л.А. Цветкова // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 4. – С. 52–57.
2. Кольцова Э.А. Математическое моделирование распространения эпидемии коронавируса COVID-19 в Москве / Э.А. Кольцова, Е.С. Куркина, А.М. Васецкий // Computational Nanotechnology. – 2020. – № 1. – С. 99–105.
3. Суховская О.А. Коронавирус 2019-NCOV (краткое сообщение) / О.А. Суховская // Медицинский альянс. – 2019. – № 7 (4). – С. 106–108.
4. Земцов С.П. Коронавирус в России: масштаб и последствия / С.П. Земцов, В.Л. Бабулин // Социально-экономическая география. Вестник ассоциации российских географов-обществоведов. – 2020. – № 1 (9). – С. 133–135.
5. Шамшева О.В. Новый коронавирус COVID-19 (SARS-COV-2) / О.В. Шамшева // Детские инфекции. – 2020. – Т. 19. – № 1 (70). – С. 5–6.
6. Реакция на вирус: как устройство общества влияет на борьбу с эпидемией. – URL: <https://www.rbc.ru/society/23/03/2020/5e7353ee9a7947b8586afd25>
7. Академик Зверев рассказал, когда начнется массовая вакцинация от коронавируса. – URL: <https://m.kp.ru/daily/27136.5/4227181/>
8. Михаил Мурашко рассказал о вакцинации и регионах, вызывающих тревогу у Минздрава. – URL: https://www.vesti.ru/videos/show/vid/842457/#/video/https%3A%2F%2Fplayer.vgtrk.com%2Fiframe%2Fvideo%2Fid%2F2166930%2Fstart_zoom%2Ftrue%2FshowZoomBtn%2Ffalse%2Fsid%2Fvesti%2FisPlay%2Ftrue%2F%3Facc_video_id%3D842457
9. Германия вложит 300 млн евро в производство вакцины от COVID-19. – URL: <https://vademec.ru/news/2020/06/15/germaniya-vlozhit-300-mln-evro-v-proizvodstvo-vaktsiny-ot-covid-19/>
10. Коронавирус в США, последние новости на 13 июня 2020: испытания новой вакцины от COVID-19 дали положительный результат. – URL: https://www.kp.ru/daily/27142.5/4235181/?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews

REFERENCES

1. Kurakov F.A., Cvetkova L.A. Assessment of prospects for developing a vaccine against coronavirus infection by means of patent analysis. Healthcare Manager, 2020, no. 4, pp. 52–57. (In Russian).
2. Kol'cova E.A., Kurkina E.S., Vaseckij A.M. Mathematical modeling of the spread of the COVID-19 coronavirus epidemic in Moscow. Computational Nanotechnology, 2020, no. 1, pp. 99–105. (In Russian).
3. Suhovskaya O.A. Coronavirus 2019-NCOV (short message). Medical Alliance, 2019, no. 7 (4), pp. 106–108. (In Russian).
4. Zemcov S.P., Baburin V.L. Coronavirus in Russia: scale and consequences. Socio-economic geography. Bulletin of the Association of Russian geographers-social scientists, 2020, no. 1 (9), pp. 133–135. (In Russian).
5. Shamsheva O.V. New coronavirus COVID-19 (SARS-COV-2). Children's infections, 2020, no. 1 (70), pp. 5–6. (In Russian).
6. Reaction to the virus: how the structure of society affects the fight against the epidemic. URL: <https://www.rbc.ru/society/23/03/2020/5e7353ee9a7947b8586afd25> (In Russian).
7. Academician Zverev told, when mass vaccination against coronavirus will begin. URL: <https://m.kp.ru/daily/27136.5/4227181/> (In Russian).
8. Mikhail Murashko spoke about vaccination and regions of concern to the Ministry of Health. URL: https://www.vesti.ru/videos/show/vid/842457/#/video/https%3A%2F%2Fplayer.vgtrk.com%2Fiframe%2Fvideo%2Fid%2F2166930%2Fstart_zoom%2Ftrue%2FshowZoomBtn%2Ffalse%2Fsid%2Fvesti%2FisPlay%2Ftrue%2F%3Facc_video_id%3D842457 (In Russian).
9. Germany will invest 300 million euros in the production of vaccines from COVID-19. URL: <https://vademec.ru/news/2020/06/15/germaniya-vlozhit-300-mln-evro-v-proizvodstvo-vaktsiny-ot-covid-19/> (In Russian).
10. Coronavirus in the USA, the latest news on June 13, 2020: tests of a new vaccine from COVID-19 gave a positive result. URL: https://www.kp.ru/daily/27142.5/4235181/?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews (In Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Тельнова Елена Алексеевна – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор фармацевтических наук, Москва, Российская Федерация;
e-mail: telnovaea@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-8893-1

Щепин Владимир Олегович – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, член-корреспондент Российской Академии Наук, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация;
e-mail: shchepin131@mail.ru
ORCID: 0000-0002-0657-7623

Загоруйченко Анна Анатольевна – научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: zagoranna@mail.ru
ORCID: 0000-0002-4040-2800

AUTHORS

Elena Telnova – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Pharmaceutical Sciences, Moscow, Russian Federation; e-mail: telnovaea@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-8893-1

Vladimir Shchepin – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: shchepin131@mail.ru
ORCID: 0000-0002-0657-7623

Anna Zagoruychenko – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: zagoranna@mail.ru
ORCID: 0000-0002-4040-2800

ЮБИЛЕЙНЫЕ И ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ

УДК 61(091)

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.03.011

ЮБИЛЕЙНЫЕ И ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 2020 ГОДА

Егорышева И.В.¹, Шерстнева Е.В.¹

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

Ключевые слова:

история медицины, 2020 год.

Аннотация

В статье представлены юбилейные и памятные даты истории медицины в 2020 году.

ANNIVERSARY AND MEMORABLE DATES OF THE HISTORY HEALTH 2020

Egorysheva I.V.¹, Sherstneva E.V.¹

¹N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

Keywords:

history of medicine, 2020.

Abstract

The article presents the anniversary and memorable dates of the history of medicine in 2020.

В этом году исполняется:

1000 лет – «Канон врачебной науки» (Ибн-Сина, Авиценна, около 1020 г.).

200 лет – «Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных» (М.Я. Мудров, 1820).

175 лет – «Программа медицинской помощи», представляющая собой программу социальной деятельности в области охраны здоровья (П.П. Пелехин, 1845).

150 лет – «Очерки из истории русских медицинских учреждений XVIII века» (Я.А. Чистович, 1870).

125 лет – «Русские учебники. Исследование в области нашей древней врачебной письменности» (Л.Ф. Змеев, 1895).

125 лет – «Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова» (1895–1908); с 1909 – «Общественный врач» (изд. до 1922).

100 лет – Гигиеническая секция Лиги Наций (1920).

100 лет – I Всероссийский съезд по медицинскому образованию (1920, 20-25 августа).

100 лет – Постановление Наркомтруда РСФСР и Наркомздрава РСФСР об охране материнства и младенчества (1 июля 1920 г.).

100 лет – Декрет СНК РСФСР об использовании Крыма для лечения трудящихся (21 декабря 1920 г.).

100 лет – Государственный институт народного здравоохранения (ГИНЗ, Москва, 1920).

100 лет — медицинские институты (факультеты университетов) в Астрахани, Днепропетровске, Краснодаре, Одессе, Омске, Свердловске, Смоленске, Харькове (1920).

100 лет — институты усовершенствования врачей в Казани и Одессе (1920).

75 лет – создание Комиссии по изучению санитарных последствий войны при Президиуме АМН (1945).

50 лет – Сибирский филиал АМН СССР (1970).

18 января – 150 лет со дня рождения Сергея Михайловича БОГОСЛОВСКОГО (1870–1931, род. в Москве), отечественного санитарного врача и статистика. Исследовал санитарные условия труда и профзаболеваемость рабочих крупных предприятий основных отраслей промышленности Московской губернии. Автор фундаментального труда (1913), содержащего подробное

описание санитарных условий 5284 «детальных профессий». Создатель методики статистического исследования профзаболеваемости. Инициатор создания отечественной статистики профзаболеваемости. Разработал план организации санитарной статистики в СССР (1927). Создал единые правила и формы медико-статистической регистрации (совместно с П.И. Куркиным и П. А. Кувшинниковым).

Соч. и лит.: см. БМЭ. – 3-е изд.

23 января – 125 лет со дня рождения Григория Абрамовича Баткиса (1895–1960, род. в г. Балта Подольской губернии), отечественного социал-гигиениста и организатора здравоохранения, члена-корреспондента АМН СССР. С 1931 по 1960 гг. был заведующим кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения Второго ордена Ленина Московского государственного медицинского института им. Н.И. Пирогова (ныне – Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова). Научные труды посвящены вопросам истории и теории социальной гигиены, организации медицинского обслуживания населения и санитарной статистике. Автор учебных руководств по социальной гигиене и организации здравоохранения.

Соч. и лит.: см. БМЭ. – 3-е изд.; Гринина О.В. Основные труды Г.А. Баткиса // Советское здравоохранение. – 1975. – № 6. – С. 78–81.

18 февраля – 150 лет со дня рождения Торвальда Мадсена (Т.Т.М. Madsen, 1870–1957), датского бактериолога, организатора здравоохранения и общественного деятеля, члена Датской АН (1915). В 1921–1940 гг. являлся президентом Комитета гигиены Лиги Наций; в 1947–1950 гг. был одним из руководителей международного фонда помощи детям при ООН.

Соч. и лит.: см. БМЭ. – 3-е изд.

3 марта – 150 лет со дня рождения Николая Константиновича Игнатова (1870–1951, род. в Москве), отечественного гигиениста, академика АМН СССР, заслуженного деятеля науки. С 1924 по 1951 гг. заведовал кафедрой гигиены во Втором ордена Ленина Московском государственном медицинском институте им. Н.И. Пирогова (ныне – Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова).

Основные труды по различным разделам гигиены носят экспериментальный характер. Провел экспериментально-аналитическую работу по изысканию и испытанию пригодности фильтров разных систем для очистки москворецкой воды и по выработке правильной системы их эксплуатации. В 1899–1905 гг. участвовал в работе по изысканию новых источников водоснабжения Москвы и испытанию сооружений для очистки и обеззараживания воды. Был членом комиссии по строительству Рублевского водопровода. Труды посвящены проблемам общей и коммунальной гигиены, гигиены питания и школьной гигиены.

Соч. и лит.: см. БМЭ. – 2-е и 3-е изд.

19 марта – 275 лет со дня рождения Иоганна Петера Франка (J.P. Frank, 1745–1821), немецкого врача, одного из основоположников общественной гигиены. В своем главном труде «Система всеобщей медицинской полиции» впервые выделил вопросы общественного здравоохранения в самостоятельную научную дисциплину. Этот труд сыграл значительную роль в развитии гигиенической науки XIX в., особенно в становлении социальной гигиены. Основал патологоанатомический музей, узаконил прозекутуру как обязательное подразделение больницы, был инициатором введения преподавания патологической анатомии на медицинском факультете. В 1804–1808 гг. жил в России, в 1805–1808 гг. – ректор Медико-хирургической академии в Петербурге.

Соч. и лит.: см. БМЭ и БСЭ. – 3-е изд.

6 апреля – 150 лет со дня рождения Владимира Александровича Обуха (1870–1934, род. в селе Свибло Витебской губернии), отечественного социал-гигиениста, одного из первых организаторов советского здравоохранения, общественного деятеля, участника революционного движения. В 1919–1929 гг. – заведующий Московским отделом здравоохранения. С 1929 по 1931 гг. – заведующий кафедрой социальной гигиены Второго ордена Ленина Московского государственного медицинского института им. Н.И. Пирогова (ныне – Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова). Инициатор организации ряда научных учреждений. Труды посвящены теории и практике советского здравоохранения.

Соч. и лит.: см. БМЭ и БСЭ. – 3-е изд.

9 апреля – 125 лет со дня рождения Хасана Камала (Н. Kamal, 1895–1974), египетского деятеля здравоохранения, специалиста по тропической медицине. Автор книг по истории медицины древнего Египта и учебников по тропическим болезням.

Соч.: A dictionary of pharaonic medicine. – Cairo, 1967.

9 апреля – 150 лет со дня рождения Владимира Порфирьевича Карпова (1870–1943), отечественного гистолога и историка медицины. Один из организаторов и первый ректор (1918–1920) Екатеринославского университета. Заведовал кафедрами гистологии Екатеринославского и Второго Московского медицинских институтов. Провел детальные гистологические исследования прямого деления клетки. Автор первой отечественной работы по истории развития микроскопических исследований (1907). Впервые перевел на русский язык естественнонаучные тексты Аристотеля, а также составил комментарии к собранию сочинений Гиппократов. Создатель концепции об организме как о «естественном теле» или самоорганизующейся системе (1913).

Соч.: см. БМЭ. – 3-е изд.

Лит.: Компанеец С.М. В.П. Карпов – 30 лет научной и педагогической деятельности // Екатеринославский медицинский журнал. – 1924. – № 9. – Вклейка; Биографический словарь деятелей естествознания и техники. – М., 1958. – Т. I.

15 мая – 175 лет со дня рождения Ильи Ильича Мечникова (1845–1916, род. в дер. Ивановка, ныне Купянский район, Харьковской области), выдающегося ученого, внесшего крупный вклад в биологию, патологию, иммунологию и бактериологию, одного из основоположников эволюционной эмбриологии, создателя сравнительной патологии воспаления и фагоцитарной теории иммунитета. Был почетным членом Петербургской академии наук (1902) и многих иностранных академий, Лауреат Нобелевской премии за работы по иммунологии (совместно с П. Эрлихом, 1908). С 1888 по 1916 гг. работал в Париже в Пастеровском институте, поддерживая тесную связь с отечественными учеными. Разрабатывал вопросы этиологии и эпидемиологии инфекционных болезней. Изучал холеру, чуму, брюшной тиф, туберкулез, сифилис и др. Ряд трудов посвящен

методологическим проблемам науки. Инициатор научного изучения проблемы старости и смерти. Создал крупнейшую школу микробиологов и иммунологов. Участвовал в создании в России научно-исследовательских учреждений, разрабатывающих проблемы борьбы с инфекционными заболеваниями. Создал в Одессе первую в России (и вторую в мире) Пастеровскую станцию (1886).

Соч. и лит.: см. БМЭ и БСЭ. – 3-е изд., БРЭ; Академическое собрание сочинений: В 16-ти т. – М.: Медгиз, 1964. – Т. 1–16.

30 июня – 225 лет со дня рождения Александра Егоровича Эвениуса (1795–1872, род. в Нижнем Новгороде), отечественного врача, эпидемиолога и офтальмолога, доктора медицины, профессора Московского университета по кафедре офтальмологии и десмургии. Был главным врачом «Градской больницы» в Москве со дня ее открытия в 1833 г. и заведующим холерным отделением этой больницы. Участвовал в борьбе с эпидемиями холеры в 1830 г., тифа в 1834–1835 гг., скорбута в 1839 г. Был членом и секретарем медицинского отделения Московского губернского комитета. В 1846–1850 гг. редактировал «Московский врачебный журнал». В течение 20 лет был председателем Физико-медицинского общества при Московском университете; членом Петербургского общества русских врачей и Московского общества практических врачей.

Соч. и лит.: см. Русский биографический словарь. М., 1892. С. 169–172.

20 июля – 175 лет со дня рождения Владимира Яковлевича Кокосова (1845–1911, род. в селе Крестовское Пермской губернии), отечественного врача-писателя, гуманиста. С 1889 г. участвовал в борьбе с эпидемией тарбаганьей чумы в Забайкалье. Высказал мысль о связи и однородности заболеваний чумой у людей и тарбаганов. Считал, что это заболевание – бубонная чума и ее передатчиком является тарбаган. В течение 10 лет работал врачом на Карийской каторге. Автор рассказов о каторге, ряда очерков из военно-врачебной жизни и из жизни Забайкалья.

Соч.: Передатчики чумы // Нива. – 1911. – № 20. – С. 374–375.

Лит.: Дмитриева В.И. В.Я. Кокосов — пионер в изучении тарбаганьей чумы // Журн. микробиологии. – 1956. – № 9. – С. 103–105; Золотницкий

В.Н. Памяти В.Я. Кокосова // Русское богатство. – 1911. – № 12. – С. 117–128.

28 июля – 150 лет со дня рождения Владимира Ивановича Руднева (1870–1951, род. в Новочеркасске), отечественного психиатра и историка медицины. Заведовал кафедрой психиатрии Самаркандского медицинского института им. И.П. Павлова (с 1939 г.). Был профессором кафедры истории и энциклопедии медицины Саратовского медицинского института (1918–1924), читал курс истории медицины в Самаркандском медицинском институте (1945–1950). Научные исследования посвящены изучению психиатрии, психологии, нейрофизиологии, невропатологии, нормальной физиологии и истории медицины. Изучал труды древнегреческих, римских (Гиппократ, Гален и др.) и восточных ученых-медиков (Ибн-Сины, Абу Бакра Ар-Рази и др.); собрал ценнейшие сведения о жизни, деятельности и трудах этих античных ученых-медиков. В.И. Руднев – единственный автор русского перевода полного текста «Гиппократова сборника», над которым он работал в течение 40 лет.

Соч.: О дрожании при нервных и душевных болезнях: Дисс. ... д-ра медицины. – Киев, 1905. – 157 с.; О галлюцинациях и псевдогаллюцинациях: Психол.-критич. исслед. – Казань, 1911. – 150 с.

Лит.: Ахмедов У., Руднев В.И. // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1990. – № 12. – С. 80–81; Кадыров А.А., Ахмедов У.А. В.И. Руднев – выдающийся ученый и историк медицины // Советское здравоохранение. – 1976. – № 10. – С. 100–77.

3 августа – 175 лет со дня рождения Александра Афанасьевича Нечаева (1845–1922, род. в селе Муллы Пермской губернии), отечественного терапевта и организатора больничного дела, ученика С.П. Боткина, доктора медицины, почетного профессора (1920). В течение 37 лет, с 1885 по 1922 гг. возглавлял Обуховскую больницу в Петербурге. Основные труды посвящены пограничным проблемам терапии и хирургии и лечению инфекционных болезней, протекающих с поражением кишечного тракта. Впервые в России (совместно с А.А. Трояновым) описал случай своевременно распознанного прободного тифозного перитонита с успешным оперативным его лечением. Впервые экспериментально доказал угнетающее действие

атропина на желудочную секрецию. Один из основателей и первый председатель Петроградского терапевтического общества им. С.П. Боткина (1921).

Соч. и лит.: см. БМЭ. – 2-е и 3-е изд.

30 августа – 85 лет со дня рождения Геннадия Степановича Щурова (1935–2012, род. в Архангельске), советского и российского ученого, историка медицины, доктора исторических наук, профессора, заслуженного работника высшей школы России.

Соч. и лит.: Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко. – 2020. – № 3.

31 августа – 150 лет со дня рождения Марии Монтессори (М. Montessori, 1870–1952), итальянского врача, педагога, первой женщины-врача Римского университета. Внесла значительный вклад в изучение психического здоровья детей. Разработала оригинальную систему сенсорного развития детей в специальных дошкольных учреждениях и в начальной школе. Создала школы по своей системе в США, Франции, Великобритании, Дании и др.

Соч. и лит.: см. БСЭ. – 3-е изд.; БРЭ; Donalies Ch. Maria Montessori // Die Heilberufe. – 1972. – № 4. – С. 112–114; Lovejoy E.P. Women doctors of the world. – New York, 1957.

6 сентября – 125 лет со дня смерти Николая Андреевича Белоголового (1834–1895, род. в Иркутске), отечественного врача, литератора и общественного деятеля. Работал практическим врачом в Сибири, затем в Петербурге. Лечил И.С. Тургенева, Н.А. Некрасова, М.Е. Салтыкова-Щедрина. Сотрудничал в «Колоколе» А.И. Герцена. Принимал участие в журнале русской эмиграции «Общее дело» (1877–1890). Автор биографии С.П. Боткина, воспоминаний о декабристах, А.И. Герцене, Н.А. Некрасове, Л.Н. Толстом, И.С. Тургеневе.

Соч. и лит.: см. БМЭ. — 3-е изд.; Архангельский Г.В. Н.А. Белоголовый и деятели русской культуры XIX века // Клин. мед. – 1984. – № 11. – С. 142–147; Евдокимов П.П. Н.А. Белоголовый // Клин. мед. – 1979. – № 11. – С. 109–112.

13 сентября – 125 лет со дня смерти Василия Ивановича Ельцинского (1831–1895), отечественного терапевта, врача-общественника, редактора «Московской медицинской газеты», доктора медицины, ординарного профессора. Работал в госпитальной терапевтической клинике Московского университета, руководимой И.В. Варвинским. Автор способа лечения сифилиса оспопрививанием. Разрабатывал вопрос о показаниях и противопоказаниях к операции «прободения груди» при выпотных плевритах. Ряд работ посвящен историческим вопросам развития российской медицины.

Соч.: О прободении грудной клетки при скоплении в мешках грудной плевры жидкого выпота: Дис. ... д-ра медицины. – М., 1872. – 136 с.

Лит.: В.И. Ельцинский // Ист. вестн. – 1895. – Т. 62. – № 11. – С. 655–656.

28 сентября – 125 лет со дня смерти Луи Пастера (L. Pasteur, 1822–1895), французского микробиолога и химика, основоположника современной микробиологии и иммунологии, члена Парижской АН (1862), Французской медицинской академии (1873), Французской Академии (1881), почетного члена Петербургской АН (1893). Первый директор НИИ микробиологии – Института Пастера (1888), в котором работали многие отечественные ученые (И.И. Мечников; А.М. Безредка, Н.Ф. Гамалея, Ф.Я. Чистович, Л.А. Тарасевич и др.). Внес значительный вклад в открытие фундаментальных законов природы, в исследования в области общей и медицинской микробиологии, теории иммунитета и специфической профилактики инфекционных болезней (сибирская язва, бешенство).

Соч. и лит.: см. БМЭ и БСЭ. – 3-е изд., БРЭ.

11 октября – 125 лет со дня рождения Михаила Петровича Мультановского (1895–1972, род. в Пермской области), отечественного историка медицины и фтизиатра, доктора медицинских наук, профессора. С 1948 по 1969 гг. – заведовал кафедрой истории медицины Второго ордена Ленина Московского государственного медицинского института им. Н.И. Пирогова (ныне – Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова). Научные работы посвящены вопросам истории медицины, фтизиатрии, медицинской библиографии, медицинской терминологии, истории и организации

курортов Сибири и Северного Кавказа, социальной гигиены. Автор учебника по истории медицины (два издания).

Соч. и лит.: см. БМЭ. – 2-е и 3-е изд.; Соловьев Е.И. и др. М.П. Мультановский – видный советский историк медицины // Сов. здравоохран. – 1983. – № 12. – С. 46–48.

1 ноября – 125 лет со дня рождения Григория Наумовича Каминского (1895–1938, род. в г. Екатеринбург (Днепропетровск)), первого наркома здравоохранения СССР (1936–1937), наркома здравоохранения РСФСР (1934–1937). Внес вклад в развитие советского здравоохранения. Погиб в результате сталинских репрессий.

Соч. и лит.: см. БМЭ. – 2-е и 3-е изд.; БСЭ. – 3-е изд.; Идельчик Х.И. Первый нарком здравоохранения СССР. – Г.Н. Каминский (1895–1938). – М.: Медицина, 1991. – 143 с.

5 ноября – 150 лет со дня рождения Филдинга Хадсона Гаррисона (F.H. Garrison, 1870–1935), американского библиографа и историка медицины. Более 40 лет работал в крупнейших медицинских библиотеках США. Автор многих работ по истории военной медицины и библиографии истории медицины. Особой известностью пользуется его книга «Введение в историю медицины», выдержавшая несколько изданий.

Соч. и лит.: см. БМЭ. – 3-е изд.

9 ноября – 150 лет со дня рождения Альфреда Владиславовича Молькова (1870–1947, род. в Иркутске), отечественного гигиениста и организатора здравоохранения, профессора, заслуженного деятеля науки. Свыше 20 лет был земским участковым и санитарным врачом в Московской губернии. Организатор и первый директор Музея социальной гигиены (1919–1923), Института социальной гигиены (1923–1931). Организатор и руководитель первых кафедр школьной гигиены. Ряд лет возглавлял Институт охраны здоровья детей и подростков. Основоположник гигиены детей и подростков в нашей стране. Автор первого отечественного учебника по школьной гигиене (1934), выдержавшего 5 изданий.

Соч. и лит.: см. БМЭ. – 3-е изд.

225 лет со дня рождения Ивана Тимофеевича Спасского (1795–1859), отечественного терапевта и фармаколога, доктора медицины, профессора кафедры общей терапии и фармакологии Медико-хирургической академии в Петербурге. Был домашним врачом А.С. Пушкина. Лечил Н.И. Пирогова. Работал врачом в Департаменте народного просвещения. При его участии были организованы фармацевтические заведения в Дерптском учебном округе. Развивал экспериментальное направление в преподавании и изучении фармакологии. Был популяризатором медицины. Ряд работ посвящен вопросам деонтологии и врачебной этики, судебной медицине.

Соч.: Выгоды сложных врачебных предписаний // Воен.-мед. журн. – 1835. – Ч. 50. – № 3. – С. 395–402; Болезнь. Исцеление. Лечение // Там же. – Ч. 26. – № 1, 2, 3; Врачующая сила природы // Энциклопедический лексикон. – СПб., 1838. – С. 138–139.

Лит.: И.Т. Спасский // Удерман Ш.И. Избр. очерки истории отечественной хирургии XIX столетия. – Л., 1970. – С. 171–185.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Егорышева Ирина Валентиновна – ведущий научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», кандидат исторических наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: egorysheva@rambler.ru
ORCID: 0000-0001-5936-8254

Шерстнева Елена Владимировна – старший научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», кандидат исторических наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: lena_scherstneva@mail.ru
ORCID: 0000-0002-8612-4834

275 лет со дня рождения Никона Карповича Карпинского (1745–1810, род. в селе Денисовка Полтавской губернии), отечественного анатома, хирурга и фармаколога, деятеля здравоохранения, доктора медицины (1781), профессора. Был членом Медицинской коллегии, членом Вольного экономического общества, генерал-штаб-доктором сухопутной армии (1805-1808). Улучшил преподавание анатомии, хирургии и фармакологии. Разработал ряд наглядных пособий. Создал (совместно с Я.О. Саполовичем) образец нового хирургического набора для полковых лекарей (1785). Составил новую отечественную фармакопею, изданную на латинском языке (1798, на рус. яз. переведена в 1802 г.). Разработал новое положение об экзаменах иностранных докторов (1797, совместно с Я.О. Саполовичем), новый карантинный устав (1850, совместно с С.С. Андровским и И.И. Виеном).

Соч. и лит.: см. БМЭ. – 3-е изд.

AUTHORS

Irina Egorysheva – Leading Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Ph.D. in History, Moscow, Russian Federation;
e-mail: egorysheva@rambler.ru
ORCID: 0000-0001-5936-8254

Elena Sherstneva – Senior Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Ph.D. in History, Moscow, Russian Federation;
e-mail: lena_scherstneva@mail.ru
ORCID: 0000-0002-8612-4834

УДК 61(091)
DOI: 10.25742/NRIPH.2020.03.012

К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ИСТОРИКА МЕДИЦИНЫ, ПРОФЕССОРА ГЕННАДИЯ СТЕПАНОВИЧА ЩУРОВА

Андреева А.В.¹, Самбуров Г.О.¹, Спасенникова М.Г.²

¹ Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Российская Федерация

² Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация

Ключевые слова:

история медицины, история культуры, Европейский Север России, Геннадий Степанович Щуров.

Аннотация

Статья посвящена памяти советского и российского ученого, историка медицины, Заслуженного работника высшей школы Российской Федерации, доктора исторических наук, профессора Геннадия Степановича Щурова, внесшего неоценимый вклад в изучение истории медицины, истории культуры Европейского Севера России.

TO THE 85th ANNIVERSARY OF THE BIRTH OF A HISTORIAN OF MEDICINE, PROFESSOR GENNADY S. SHCHUROV

Andreeva A.V.¹, Samburov G.O.¹, Spasennikova M.G.²

¹ Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russian Federation

² N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

Keywords:

history of medicine, history of culture, European North of Russia, Gennady S. Shchurov.

Abstract

The article is dedicated to the memory of the Soviet and Russian scientist, Honored Worker of Higher School of the Russian Federation, Doctor habil. in History, Professor Gennady S. Shchurov, who made an invaluable contribution to the study of the history of medicine, history of culture of the European North of Russia.

30 августа 2020 года исполнилось бы 85 лет советскому и российскому ученому, историку медицины, Заслуженному работнику высшей школы Российской Федерации, Почетному доктору Северного государственного медицинского университета, доктору исторических наук, профессору Геннадию Степановичу Щурову (1935-2012), основателю и руководителю Музейного комплекса Северного государственного медицинского университета и Общества изучения истории медицины Европейского Севера, дважды лауреату Ломоносовской премии, действительному члену Академии социальных наук России.

Всю свою жизнь Геннадий Степанович посвятил исторической науке, уделив при этом большое внимание истории медицины, истории культуры Европейского Севера России. Его судьба свидетельствует о том, как непредсказуем бывает

жизненный путь и как успешно реализуются многолетние исторические исследования.

Геннадий Щуров родился 30 августа 1935 года в г. Архангельске, в семье потомственных северян. Он впервые увидел свет в родильном отделении больницы им. Н.А. Семашко, которая находилась рядом с домом, где проживала семья Щуровых – почти на самом берегу Северной Двины. Позже Геннадий Степанович часто шутил, что всвязи с этим, в жизненной и творческой деятельности был в дружеских и приятельских отношениях со многими сотрудниками больницы им. Н.А. Семашко.

Когда Геннадию было 6 лет, началась война. Воспоминания об этом времени он пронес через всю жизнь: «Голод. Хлеб по карточкам. Ели крапиву вместо капусты, лепешки из отрубей вместо хлеба, жмых». Он, маленький мальчик, наравне со

взрослыми ходил на болото, в нескольких километрах от города, собирать бруснику, клюкву и грибы. Что-то ели сами, что-то продавали или меняли на другие продукты. Лишь спустя много лет профессор истории Г.С. Щуров узнает, что в Архангельске по хлебной карточке горожане получали столько же граммов хлеба, сколько и жители блокадного Ленинграда.

Архангельск много бомбили, особенно в 1942-1943 гг. 7-летнему мальчику запоминалась ночь с 24 на 25 августа 1942 года. При звуках сирены люди прятались, куда могли или успевали добежать. Деревянный Архангельск уже горел, а бомбы продолжали сыпаться с неба. Они с матерью укрылись под огромным развесистым тополем на берегу реки, как будто это дерево могло их защитить.

На всю жизнь ему запомнилось, как горели деревянные дома Архангельска, как недалеко от их дома от разрыва фугасной бомбы загорелась офтальмологическая больница, как было разрушено и горело здание Архангельского лесотехнического института, как горожане спасали свои дома от зажигательных бомб.

В 8-летнем возрасте, чтобы как-то обогреться и выжить холодной военной зимой, он помогал родителям: «Вытаскивали на крутой берег Северной Двины бревна, прибывшие к берегу. Их просушивали, пилили, кололи. Часть дров продавали, чтобы купить хлеб». Так формировалась воля, «закалялся» характер.

Послевоенные годы (1946-1947) были не менее тяжелыми и голодными. Из воспоминаний Г.С. Щурова: «Было ощущение, что все время хотелось есть, и днем, и ночью. Светлым пятном в этой тяжелой, безрадостной жизни были поездки классом на сбор урожая турнепса и картошки в пригородные колхозы. После работы, нас, школьников, «разбирали» по домам местные жители и вдоволь кормили вареной картошкой. Это были счастливые минуты в нашей жизни! Иногда учащимся за работу продукты давали и домой». В те годы трудно было поверить в то, что когда-то они



«вдоволь поедят хлеба».

В школьные годы у Геннадия появился интерес к музыке. Родители, понимая это, купили ему мандолину. Однако, на 8-струнной мандолине маленький мальчик играть не смог, так как были еще очень слабыми пальцы рук. Но играть очень хотелось. Нашли выход, сняли 4 струны и Геннадий стал учиться играть на 4-струнной мандолине. Дома, не зная ни нот, ни нотной грамоты, Геннадий сам научился играть. На слух он подбирал знакомые популярные мелодии. Нотную грамоту все же нужно было постигать, и Геннадий стал заниматься в музыкальном кружке Дворца пионеров г. Архангельска, которым руководил замечательный музыкант, закончивший Киевскую консерваторию, А.С. Гуренко. Уже тогда проявились его музыкальные способности, желание и в

дальнейшем заниматься музыкой, что предопределило продолжение учебы и последующее поступление в музыкальное училище. Другим его увлечением в те годы были исторические книги. Поэтому с детства он мечтал стать великим музыкантом, дирижером симфонического оркестра, а также писать исторические книги. Первой мечте не удалось сбыться в полной мере, хотя он был некоторое время дирижером струнного оркестра, и очень успешным.

Зато вторую свою мечту он полностью воплотил в жизнь, написав и издав десятки книг по истории Русского Севера, истории медицины, за что получил не только общественное признание в нашем крае, стране, за рубежом, но и был удостоен государственных наград.

Музыкальная одаренность Геннадия Щурова предопределила продолжение его музыкального образования. По окончании школы, в 1950 г., в возрасте 14 лет, он начал свою самостоятельную, взрослую жизнь, поступив на отделение русских народных инструментов Архангельского музыкального училища. Его знали как «слухача» и иногда приглашали на праздничные торжества – на концерты после торжественных заседаний, посвященных 8 Марта, 1 Мая; на импровизированные концерты, где они аккомпанировали певцам и вокальным ансамблям. Перед выступлением на сцене определяли тональность мелодии. Затем выходили на сцену и на «слух» играли мелодии популярных песен. После концерта ему давали продукты за выступление. Это был его заработок. На 4-ом курсе Геннадий Щуров пришел к пониманию, что в учебную программу музыкального училища необходимо включить курс истории культуры Севера. Тогда он начал собирать такой материал. Эта кропотливая работа продолжалась более четырех десятилетий.

Из воспоминаний Геннадия Степановича Щурова: «В январе 1954 года, будучи учащимся Архангельского музыкального училища, я впервые переступил порог Архангельской областной библиотеки имени Н.А. Добролюбова. С тех пор мне стал открываться завораживающий мир книг. И сейчас помню первого библиографа, к которому я обратился, – Марию Николаевну. Мария Николаевна, внимательный, добрый человек, профессионал высочайшего уровня, научила меня работать с каталогами. Тема, которой я первоначально увлекся («История музыкальной жизни северян»),

была совершенно не разработана архангельскими исследователями. Поэтому мне разрешили поработать в фондах библиотеки. Они размещались на многоэтажных деревянных стеллажах в старом здании библиотеки – тысячи, тысячи книг, старинные подшивки газет и журналов. Я пересмотрел, в частности, все номера «Архангельских губернских ведомостей» с 1838 года, в которых нашел большую информацию о культурной жизни Архангельска в XIX веке. Мне всегда было приятно заниматься в читальном зале библиотеки. В обстановке камерности и уюта я начал собирать материал для своей будущей книги. Почти 40 лет его собирал и работал над ним. Мне довелось работать в библиотеках многих городов СССР, в том числе в «Ленинке», Государственных республиканских библиотеках почти всех союзных республик. И я всегда с благодарностью вспоминал «наших» библиографов, которые научили меня «владеть компасом в любом мире книг». Библиографов, к которым я обращался за помощью в течение 50 лет, отличали профессионализм, внимательность, стремление понять трудности читателя и максимально помочь исследователю».

После окончания музыкального училища, в августе 1954 года, Геннадий Щуров был призван в ряды Советской армии. Военную службу он проходил в Ансамбле песни и пляски Беломорского военного округа. Ансамбль под управлением Д.С. Александровича постоянно гастролировал. Гастрольные выступления проходили в городах и районных центрах Архангельской, Мурманской, Ярославской, Вологодской областей, в Карелии и Коми автономной республике. Они проходили и в бывших лагерях ГУЛАГа (Воркута, Инта, Печора и др.). Геннадий Степанович вспоминал: «После концертов к нам подходили великие певцы, артисты столичных оперных и драматических театров, композиторы из числа осужденных. Это были встречи откровенных сердец». Среди репрессированных были и врачи из Москвы, Ленинграда, других городов страны, истосковавшиеся по музыке. Эти встречи наложили определенный отпечаток на его понимание отечественной истории.

Демобилизовавшись, Геннадий Щуров возвратился в г. Архангельск. Продолжая работать по специальности преподавателя музыки, Геннадий Степанович решил реализовать желание получить специальность историка и продолжить сбор краеведческого материала по истории Севера. В 1958

году он поступил на заочное отделение исторического факультета Архангельского государственного педагогического института, а в 1962 году окончил его экстерном.

В 1960 году Геннадий Степанович начал работу (еще будучи студентом) в Архангельском педагогическом институте преподавателем музыки открывающегося факультета педагогики и методики начального образования. Приказом ректора института в сентябре 1961 года Г.С. Щуров был назначен и.о. декана этого факультета, где готовили учителей начальных классов с высшим образованием. Такого в истории вуза не было никогда, чтобы студент был бы одновременно и.о. декана факультета. Ему пришлось в короткие сроки формировать факультет – подбирать преподавательские кадры, создавать материальную базу. Это позволило ему получить большой опыт управленческой вузовской работы.

В 1963 году, по приглашению ректора Архангельского государственного медицинского института (далее – АГМИ), Геннадий Степанович перешел на работу ассистентом кафедры марксизма-ленинизма АГМИ¹. Одновременно он был назначен заместителем декана лечебного факультета. С тех пор вся его трудовая и творческая деятельность была связана с этим медицинским вузом, с историей медицины, отечественной историей. За свою жизнь он прошел путь от ассистента до заведующего кафедрой истории Отечества (название кафедры изменялось: кафедра марксизма-ленинизма, кафедра истории КПСС и политэкономии, кафедра истории, экономики и права, кафедра истории Отечества, кафедра гуманитарных дисциплин).

В 1969 году Г.С. Щуров защитил кандидатскую диссертацию «Деятельность КПСС в области эстетического воспитания трудящихся (по материалам Архангельской и Мурманской областей)». В феврале 1977 года из кафедры марксизма-ленинизма была выделена кафедра истории КПСС и политэкономии, которую возглавил кандидат исторических наук, доцент Г.С. Щуров. Основная тема научных исследований на кафедре – культура Севера, история учреждений здравоохранения.

Как историк, специалист по проблемам культуры, приказом Министерства высшего и средне-

го специального образования РСФСР в 1977 году Г.С. Щуров был введен в состав проблемного совета, который координировал научно-исследовательскую работу преподавателей университетов и институтов России по проблемам культуры, искусства. Геннадий Степанович принимал участие в работе совета почти 10 лет.

При подготовке проекта Конституции СССР в 1977 году Г.С. Щуров внес в Конституционную комиссию предложение о необходимости внесения в Основной закон страны нормы об эстетическом воспитании, что было принято в окончательном тексте Конституции СССР.

В 1984 году Г. С. Щуров защитил докторскую диссертацию на тему «Руководящая роль КПСС в эстетическом воспитании трудящихся» (по материалам партийных архивов союзных республик страны). К этому времени им были опубликованы две монографии (в Москве и в Минске) и 80 научных и научно-методических работ, в том числе в сборниках, изданных в Москве, Горьком, Ярославле, Свердловске, Петрозаводске, Перми, Калининграде, Сыктывкаре и других городах страны, что было очень сложно в тот период времени.

Ученое звание профессора Геннадию Степановичу было присвоено в 1985 году.

С научными сообщениями по различным историческим темам Геннадий Степанович выступал на многих международных, всесоюзных, всероссийских, региональных конференциях в Москве, Ленинграде, Таллине, Казани, Краснодаре, Ульяновске, Свердловске и других городах. Он рецензировал монографии, сборники научных статей, докторские и кандидатские диссертации исследователей Москвы, Ленинграда, Свердловска, Архангельска, Вологды, Иркутска, Ростова-на-Дону, Воронежа, Краснодара, Красноярска и др. Под редакцией профессора Г.С. Щурова были опубликованы лекционные материалы по курсу истории, подготовленные преподавателями истории Ижевского, Кубанского, Саратовского и других медицинских институтов. Он консультировал работы исследователей Архангельска, Краснодара, Ростова-на-Дону и др. Он был членом первого на Севере специализированного совета по защите кандидатских диссертаций по специальности «отечественная история», открытого при Поморском государственном университете им. М.В. Ломоносова.

Имя Геннадия Степановича Щурова как про-

¹ В 1995 году АГМИ переименован в Архангельскую государственную медицинскую академию (далее – АГМА), а с 2010 года – Северный государственный медицинский университет (далее – СГМУ).

фессора, педагога, известного ученого-историка, внесено в библиографический словарь А.А. Чернобаева «Историки России. Кто есть кто в изучении отечественной истории» (Саратов: Летопись, 1998. – С. 423).

Г.С. Щуров, как педагог, постоянно совершенствовал свое мастерство. Он был инициатором новых методических приемов, способствующих эффективному восприятию студентами лекционного материала и проведению семинарских занятий. Он внес значительный вклад в разработку методики «малых групп», получивших признание среди преподавателей отечественной высшей школы.

Общественное признание профессора Г.С. Щурова, как педагога, проявилось в назначении его заместителем председателя научно-методического Совета кафедр гуманитарных наук Министерства здравоохранения РСФСР и, одновременно, заместителем председателя аналогичного совета Министерства здравоохранения СССР. Многие годы он занимался подготовкой сводной тематики научных исследований и научных интересов обществоведов медицинских институтов Советского Союза, что предоставляло возможность их координации.

Геннадий Степанович считал, что будущий врач должен быть всесторонне развитым человеком. В процессе преподавания «Истории Отечества», он прививал студентам, будущим врачам, интерес к истории своего вуза и медицинских учреждений Севера, истории своего края и Отечества. Его студенты писали исследовательские работы о профессорах родного университета, истории его факультетов, медицинских учреждениях города и области, истории медицинских служб – кардиологической, хирургической, реанимационной, педиатрической и др. Многие студенческие исследования оформлялись в специальные экспозиции.

В середине 90-х годов Г.С. Щуров смог воплотить в жизнь идеи, которые он вынашивал несколько десятилетий. В 1995 году началось издание его трилогии «Архангельск – город музыкальный» [1], которая была признана лучшей книгой России 1997 года в номинации «краеведение» (на конкурс в этой номинации было представлено 240 книг из различных регионов страны). В ней возвращены из забвения имена многих талантливых северных музыкантов. Позже Г.С. Щуров так объяснял свое обращение к этой теме: «Музыка

– неотъемлемая часть духовной жизни народа. Она выражает мысли и чаяния людей. Она всегда вместе с ними – в дни радостей и испытаний. Она нас вдохновляет и опустошает, помогает стать мужественнее. Музыка, светская и духовная, классическая и народная, в полной мере отражает наш народ и наше Отечество».

В сентябре 1963 года, когда Геннадий Степанович перешел на работу в АГМИ, деканом лечебного факультета был Николай Прокопьевич Бычихин. В деканате и состоялось их знакомство, которое переросло со временем в настоящую многолетнюю дружбу. Поэтому уже после смерти Н.П. Бычихина, у Геннадия Степановича в 1997 году возникла идея написать книгу воспоминаний об этом неординарном человеке, известном хирурге, ученом, ректоре медицинского института, который он возглавлял более 20 лет. Через год напряженного труда в издательстве «Правда Севера» (Архангельск) вышла книга «Николай Прокопьевич Бычихин. Отечества достойный сын» [2], которая получила высокую оценку медицинской общественности. Издание достаточно необычное. В нем сотни фотографий, иллюстрирующих не только жизнь и деятельность замечательного человека, прекрасного хирурга, но и историю архангельской медицины. Книга сохраняет в памяти имена многих практических врачей, ученых-клиницистов. Более того, в книге сохранен дух бескорыстия, нравственных и духовных начал, безграничной преданности своему делу, характерный для медицинских работников того времени. Этот труд – первая книга в России, которая посвящена ректору медицинского вуза. В ней не только описаны вехи становления хирурга, ученого, педагога, но и показан весь путь, который прошел Н.П. Бычихин в медицинском институте от студента до ректора. Описание деятельности профессора Н.П. Бычихина как заведующего кафедрой общей хирургии дано через описание деятельности кафедрального коллектива клиники общей хирургии. В книге названы десятки имен сотрудников кафедры, врачей Центральной бассейновой клинической больницы им. Н.А. Семашко.

На презентации книги, Г.С. Щуров говорил: «Прошло 10 лет со дня смерти Николая Прокопьевича Бычихина. Приходят и уходят новые поколения студентов-медиков, меняется педагогический коллектив медицинского института. О жизни и деятельности ректора АГМИ Н.П. Бычихина,

который руководил им 22 года, многие уже или плохо помнят, или не вспоминают, или вовсе не знают. Настоящая книга о Н.П. Бычихине написана мною не только для того, чтобы поддержать память о нем, но и раскрыть студентам, врачам, другим медицинским работникам его жизненное кредо, патриотизм, душевное богатство, достойные глубоко уважения, вызывающие ответные чувства устремленности в профессию, в светлое будущее. Отдавая дань памяти Н.П. Бычихину, я попытался представить его с разных сторон – как студента, врача-хирурга, педагога, ученого, ректора Архангельского медицинского института, общественного деятеля в области здравоохранения и просто как доброго и мудрого человека».

Во вступительном статье к этой книге профессор С.П. Глянцев справедливо пишет: «Полагаю, что профессор истории Г.С. Щуров имел полное право написать именно такую книгу. Зная Н.П. Бычихина на протяжении четверти века, он был непосредственно свидетелем его становления как врача и ученого, как педагога и общественного деятеля; дружил с ним настоящей мужской дружбой, видел его в самых экстремальных ситуациях. И хочется сказать Геннадию Степановичу огромное спасибо за его труд, за память, за добрые слова о выдающемся человеке».

Академик РАМН А.Ф. Краснов, Самарский государственный медицинский университет, написал: «Приношу большую благодарность за внимание и добро, имея ввиду книгу «Николай Прокопьевич Бычихин. Отечества достойный сын», а главное, за ее содержание и память к моему коллеге и товарищу Бычихину Николаю Прокопьевичу. Лично я очень высоко оцениваю его деятельность и как профессионала, и как организатора. Ваше стремление продолжить его благородные традиции заслуживает всяческого одобрения».

Профессор, доктор медицинских наук Виктор Петрович Балуда (г. Обнинск): «Большое спасибо Вам за прекрасное издание книги о жизненном пути Достойного сына Отечества – Николая Прокопьевича Бычихина. Николай Прокопьевич – верный клятве и закону Гиппократов при исцелении больных – достойный пример для врачей, не только хирургов, но и других специалистов. Мой сын, профессор кафедры внутренних болезней, будет пользоваться Вашей книгой в повседневной преподавательской и научной работе кафедры. Спасибо Вам».

И таких отзывов об этой книге сотни.

До сих пор руководители многих российских медицинских вузов хранят эту книгу на полках своих ректорских кабинетов.

Так Геннадий Степанович встал у истоков создания других книг, посвященных отечественным врачам и ученым.

В 1999 году ему присвоено звание «Заслуженный работник высшей школы Российской Федерации».

После распада СССР многое изменилось и в системе высшего медицинского образования. Но, несмотря ни на какие перемены, профессор Г.С. Щуров, в процессе преподавания курса «История Отечества», продолжил прививать интерес студентам-медикам к истории родного края, своего вуза и медицинских учреждений Севера. Под его руководством студенты писали исследовательские работы об известных медицинских работниках, истории вуза, медицинских учреждениях городов и районов Европейского Севера, истории медицинских служб и др. Молодежь охотно собирала воспоминания у старшего поколения. В 1999 г. впервые в Архангельской государственной медицинской академии, под руководством Г.С. Щурова, вышел сборник студенческих работ «Из истории здравоохранения Севера». Студенты разных факультетов увлеченно занимались исследованиями по истории медицины.

За заслуги в подготовке высококвалифицированных специалистов и развитии высшей школы профессору Г.С. Щурову в 1999 г. присвоено почетное звание «Заслуженный работник высшей школы Российской Федерации».

В 1999-2001 гг. Геннадий Степанович работал над книгой «Профессора Северного государственного университета» [3], используя в ней свой архив и новые материалы. По мнению автора, окончание двадцатого века, преддверие двадцать первого века, — важная историческая веха, когда следовало оглянуться назад, в прошлое, подвести итоги, взглянуть в будущее и наметить планы новых свершений. Она вышла в свет в 2001 году. Работ такого рода в нашей стране еще не было. Книга состояла из двух частей. В первой части, в 66 статьях, рассказывается о работающих на тот момент профессорах, составляющих «золотой фонд» вуза – заслуженных врачах России, заслуженных работниках высшей школы России, Почетных докторов АГМА (затем СГМУ) и др. В

книге раскрывается процесс формирования профессорского корпуса вуза. В каждую из 66 статей включены не только биографические данные о жизненном пути ученых, но и сведения о том, что определило их выбор профессии, кто оказал влияние на их формирование. Раскрывается многогранная деятельность профессуры – клиническая, учебно-методическая, научно-исследовательская, общественная, их жизненные приоритеты; достижения, интересы и увлечения. Называются их основные труды и публикации о них. Геннадий Степанович видел свою задачу в том, чтобы через призму деятельности профессоров, тематику их исследовательской деятельности раскрыть преемственность поколений ученых, их вхождение в российскую и мировую медицинскую науку. В книге представлены все научные медицинские школы вуза. Во второй части книги даны краткие сообщения о профессорах, ранее работавших в этом вузе с момента его создания (1932) до окончания века (2000). Геннадий Степанович хотел, чтобы эта книга дала представление о современном состоянии и уровне развития медицинской науки на Европейском Севере. Для многих студентов СГМУ она должна была стать путеводителем на их жизненном пути.

К 70-летию юбилею вуза, в 2002 году, по его инициативе выходит в свет (в соавторстве) двухтомный труд «Медицинский образовательный и научный центр Европейского Севера» (соавторы 1-го тома (1932-1987) – Г.С. Щуров, П.И. Сидоров; соавторы 2-го тома (1988-2002) – П.И. Сидоров, Г.С. Щуров) [4; 5], посвященное становлению и развитию вуза, его научных медицинских школ (второе издание, переработанное и дополненное, вышло в 2007 году под названием «Северная медицинская школа»). Геннадий Степанович осуществил важную миссию, увековечив в истории сотни имен и событий. Им впервые были изучены тысячи архивных дел в архивах Архангельской области и вуза. В хронологических рамках в книге показаны направления в осуществлении учебного процесса, научно-исследовательской работы, организации студенческой жизни, оказания помощи органам здравоохранения. Этот двухтомник, прямо посвященный истории самого северного медицинского вуза в стране, с момента его становления до 2002 г., был логическим продолжением книги «Профессора Северного государственного университета».

Эти три книги не имеют аналогов до настоящего времени.

В 2001-2003 гг. Геннадий Степанович реализует идею публикации серии книг (брошюр), посвященных различным факультетам, кафедрам медицинского университета, в которых он выступает как ответственный редактор. В их авторские коллективы вошли заведующие кафедрами, старейшие сотрудники кафедр, общественных организаций и т.п. В их ряду следующие издания: «Лечебный факультет», «Стоматологический факультет», «Педиатрический факультет», «Факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов», «Общественные организации вуза», «Проблемная лаборатория по изучению акклиматизации человека на Крайнем Севере», «Научная библиотека», «Издательский центр», «Спортивная летопись СГМУ», «Теоретические и медико-биологические кафедры», «Терапевтические кафедры», «Хирургические кафедры». Эти небольшие книги мотивировали многих ученых в вузе на изучение своих кафедр, что проявилось позже в многочисленных публикациях сотрудников вуза по этой тематике. И чем больше появлялось таких изданий, тем четче прослеживалась необходимость изучения первоисточников, архивных дел, чему и посвятил себя Геннадий Степанович.

К 75-летию университета, при соавторстве Г.С. Щурова (соавторы – П.И. Сидоров, Г.С. Щуров, Л.Г. Доморощенова), была подготовлена книга «Северная медицинская школа». В книге раскрывался 75-летний путь развития вуза. Особое внимание уделено его деятельности в период перемен, когда менялись многие стандарты и приоритеты, когда надо было, «сохраняя верность традициям российского клиницизма, находить верные направления развития в новом социально-экономическом и политическом пространстве России». В описании деятельности АГМА, как центра медицинской науки и образования на Европейском Севере России, показаны основные приоритеты – динамичное развитие научных, клинических и педагогических школ профессор академии, заслуженных врачей Российской Федерации, реализация принципа единства и преемственности поколений учёных и др. Показано соблюдение традиций строгого академизма, высоких гуманистических, медико-биологических и клинических стандартов обучения медицине,

создание новых научных направлений в медицинской науке, и прежде всего, – «экология человека и безопасность в чрезвычайных ситуациях», внедрение в практику здравоохранения широкого спектра высоких технологий. В книге материал подан на фоне истории страны, переплетён с ней. Восстановлены образы организаторов вуза, его первых профессоров, внесших свой вклад в отечественную медицинскую науку. При подготовке книги «Северная медицинская школа» использованы архивные материалы, собранные и опубликованные профессором Г.С. Щуровым в двухтомнике «Медицинский образовательный и научный центр Европейского Севера России (1932-2002)»; архивные документы кафедр, газетные публикации, материалы биографических книг, написанных профессорами и выпускниками вуза.

Важную роль для многих исследователей имели консультации и советы профессора Г.С. Щурова. Так, первое в регионе издание, посвященное юбилейным и памятным датам медицины и здравоохранения Архангельской области, было издано в 2011 году на основании тех данных, что ранее раскрыл в своих книгах Геннадий Степанович. В дальнейшем эта работа была расширена авторами-составителями за счет расширения исследовательской базы, но основой всегда остаются книги Г.С. Щурова по истории АГМИ-АГМА-СГМУ.

Профессор Г.С. Щуров также автор фундаментальных трудов по истории Русского Севера («Очерки истории культуры Русского Севера», 1-ое издание, 2004 г.; «Очерки истории культуры Русского Севера», 2-ое издание, 2007 г.) [6], в которых представлена история культуры Европейского Севера России с 988 г. до наших дней, которые получили высокое официальное и широкое общественное признание в России и за рубежом. Издание 2004 года было признано «Лучшей книгой 2004 года» в номинации «Культура России». В следующем году она была представлена на Парижской книжной выставке.

Указанные труды по культуре Русского Севера находятся в библиотеке Президента России, во многих городских и областных библиотеках страны, в библиотеках ряда иностранных государств.

За фундаментальный труд «Очерки истории культуры Русского Севера» (2007) Г.С. Щуров награжден нагрудным знаком Министерства культуры России «За высокие достижения».

Длительное время профессор Г.С. Щуров «вынашивал» идею создания Музейного комплекса, который объединил бы все существовавшие ранее медицинские музеи и музейные уголки вуза. Болью в его воспоминаниях был тот период, когда в начале 1990-х гг. фактически исчез Музей истории медицины Севера, располагавшийся на кафедре общественного здоровья и здравоохранения. Первоначально Геннадий Степанович на протяжении многих лет пытался помочь новым руководителям Музея истории медицины в его восстановлении. Позже он осознал, что нужно все делать сначала. Так началась новая эпоха музейного дела в его вузе.

В книге «Музеи АГМИ-АГМА-СГМУ» и.о. ректора СГМУ, д.м.н., профессор С.И. Малявская пишет: «Согласно приказу ректора СГМУ, академика РАМН, профессора П.И. Сидорова «О Музейном комплексе СГМУ» от 7 июня 2005 года, был создан Музейный комплекс (далее – МК. Авторы.) как единый координационный центр по сбору и презентации музейных экспонатов, отражающих развитие здравоохранения на Европейском Севере России. Директором, создателем, идеологом Музейного комплекса стал Почетный доктор Северного государственного медицинского университета, доктор исторических наук, профессор Г.С. Щуров».

Деятельность МК состояла в создании единого музейного пространства университета, в атмосфере которого возникает стремление к наиболее глубокому освоению медицинских знаний и более широкому мировоззренческому пониманию человеческой жизни. В его состав вошли специально оборудованные музеи морфологии, антропологии, творчества душевнобольных, а также другие кафедральные музеи, музейные кабинеты и «уголки», именные аудитории, Центральный выставочный зал. При этом значительно расширились музейные функции. Возникла возможность проводить воспитательный и образовательный процессы в лучших традициях университета, приобщая студентов к жизни Alma Mater как ведущего образовательного и научного медицинского центра на Европейском Севере России.

Летом 2005 г. профессор Г.С. Щуров разработал концепцию формирования Музейного комплекса, в основу которой была положена идея создания экспозиций по истории теоретических, медико-биологических, терапевтических, хирур-

гических, стоматологических и педиатрических кафедр. МК рассматривался как единый координационный центр по сбору, хранению и презентации музейных экспонатов, опубликованных работ по истории медицины и здравоохранения на Европейском Севере России, по истории вуза, в том числе – материалов о его традициях, достижениях, современных направлениях деятельности.

В период становления МК его директор, профессор Г.С. Щуров, особое внимание уделял следующему: организации сбора и хранения музейных экспонатов; созданию аудио- и видеофондов; организации в МК совместно с учебным управлением и кафедрами учебных лекций, семинарских и практических занятий, конференций, встреч с ветеранами и выпускниками вуза; разработке совместно с научным отделом и кафедрами направлений и тематики научных исследований по истории медицины и здравоохранения Севера, истории университета; информированию Учёного совета о деятельности МК; привлечению к участию в работе МК преподавателей, сотрудников, студентов университета, всех желающих заниматься музейной и историко-просветительской деятельностью.

Музейный комплекс был открыт в декабре 2007 года в рамках празднования 75-летия АГМИ-АГМА-СГМУ. К тому времени в МК был оформлен Центральный выставочный зал, началось оформление именных аудиторий, инициатором создания которых также был Геннадий Степанович.

Вместе с тем, учитывая потенциал и стратегию развития МК, приходит новое осмысление его статуса и назначения. Музейный комплекс (Координационный центр), по мнению Г.С. Щурова, должен был стать и Коммуникативным центром историко-медицинского наследия АГМИ-АГМА-СГМУ и здравоохранения Европейского Севера России. При этом не утрачивалось его назначение как учебно-образовательного, культурно-просветительского центра.

Сегодня Музейный комплекс СГМУ, созданный благодаря профессору Г.С. Щурову, основателю и первому директору, – визитная карточка этого вуза.

Кроме создания Музейного комплекса, Геннадий Степанович стал инициатором создания научного Общества изучения истории медицины и здравоохранения Европейского Севера России. 10 ноября 2005 года в СГМУ состоялся учредительный съезд, где он был избран председателем Общества.

В принятом Уставе были определены цели и задачи Общества. Основные цели сформулированы следующим образом: «изучение истории создания и развития медицинских научных школ, медицинских учебных заведений, медицинских учреждений на Северо-Западе России и путей развития здравоохранения в Северном регионе; приобщение преподавателей и сотрудников, студентов высших учебных заведений, учащихся средних учебных заведений, широкой медицинской общественности к достойной истории северного здравоохранения».

Одной из причин создания Общества явилась попытка профессора Г.С. Щурова обобщить опыт работы медицинских учебных заведений, северной системы здравоохранения, а также оставить в исторической памяти тысячи имён врачей-патриотов, отдавших свои знания, энергию, здоровье на сохранение трудоспособности северного населения, проживающего в экстремальных условиях; сохранить для потомков опыт советского здравоохранения как общегосударственной системы.

Геннадий Степанович уделял огромное внимание всем, кто интересовался историей медицины. По его инициативе коллективными членами Общества стали не только многие коллективы лечебно-профилактических организаций, но и общественные организации, среди которых первой была Ассоциация медицинских работников Архангельской области. Геннадий Степанович неоднократно отмечал заслуги общественников в изучении и сохранении истории медицины на Европейском Севере, указав на интереснейшие темы для изучения (история развития Общества архангельских врачей, Красного Креста, сестринского дела и др.) и подсказав реальные возможности для начала исследований, в том числе предоставив широкому кругу членов Общества некоторые первоисточники и архивные документы по разным темам. Десятки книг по истории разных учреждений написали и издали члены Общества за прошедшие годы, в том числе по истории развития Архангельской областной станции переливания крови, архангельских больниц и о многих известных врачах.

К 5-летию юбилею Общества профессором Г.С. Щуровым была издана брошюра «Продолжая традиции...».

Геннадий Степанович руководил Музейным комплексом СГМУ до марта 2008 года, Обществом – до последних дней своей жизни.

С 2005 года профессор Г.С. Щуров – «Почетный доктор Северного государственного медицинского университета». Его научно-педагогический стаж составил более полувека.

В 2006 г. профессор Г.С. Щуров издал тематическую хрестоматию «История Отечества» объемом 30 печатных листов [7], которая настольной книгой для многих преподавателей истории.

Событием 2011 года было опубликование, сразу в 2-х изданиях, книги «Путь к успеху. Первой городской клинической больнице г. Архангельска 225» [8]. Это издание – логическое продолжение большого и кропотливого труда профессора Г.С. Щурова, посвященного истории медицины на Русском Севере. Оно посвящено 225-летию самого крупного в Архангельске и Архангельской области учреждения здравоохранения – Первой городской клинической больницы, которая являлась первым, и длительное время, единственным светским лечебно-профилактическим учреждением в городе (она основана 13 (24) февраля 1786 года). Это первая книга об истории больницы и первая по своему уровню и значению в истории отечественного здравоохранения.

Книга основана на большом количестве первоисточников, среди которых – подлинные документы Государственного архива, текущего архива больницы и Северного государственного медицинского университета. При подготовке рукописи были использованы материалы Музейного комплекса СГМУ, созданного концептуально и фактически Геннадием Степановичем, а также его личного архива. Особое впечатление у читателя оставляет первая глава, посвященная истории становления больницы. Из ее содержания виден тот путь, который привел к появлению ныне самостоятельных лечебных учреждений – инфекционной, психиатрической и детской больниц; противотуберкулезного, лечебно-физкультурного, кожно-венерологического и онкологического диспансеров; станции переливания крови, медицинского училища. Существенное отличие второго издания от первого – включение большого и содержательного материала, посвященного Станции «скорой медицинской помощи» и Поликлинике № 1 Архангельска. Первое издание сразу стало библиографической редкостью. Впрочем, и

второе издание уже тоже библиографическая редкость. Геннадий Степанович верил в то, что эта книга станет прообразом появления аналогичных книг о других лечебных учреждениях страны.

Профессор Г.С. Щуров опубликовал свыше ста научных работ, в том числе, восемнадцать книг. Бессменным редактором книг была его супруга – кандидат филологических наук, доцент Тамара Васильевна Щурова, которая много лет возглавляла деканат филологического факультета Архангельского государственного педагогического института, кафедру русского языка этого факультета.

Последний год жизни Г.С. Щурова был посвящен двум его книгам к 80-летию СГМУ. В мае 2012 года он завершил подготовку рукописи «Музеи АГМИ-АГМА-СГМУ», а августе – работу над книгой «Интеллектуальный потенциал СГМУ», которая посвящена профессорам, научным школам университета. Обобщение результатов деятельности самого северного медицинского вуза, выполненное ученым к его 80-летию, позволило сформулировать новые задачи в деятельности университета.

Г.С. Щуров был настоящим патриотом своей страны и своего края, историком медицины, историком культуры. Он был верен своей идее – оставить в памяти людей имена тысяч земляков, посвятивших свою жизнь Русскому Северу.

В день его 70-летия, огромная аудитория Ученого совета университета была заполнена не только учеными медицинского университета, врачами городских больниц, руководителями города и области, но и работниками городских и областных библиотек, архивов, творческих коллективов, руководителями города и области, депутатами, которые выразили свое глубокое уважение к человеку, посвятившему свою жизнь родному краю.

Геннадий Степанович Щуров очень любил жизнь и людей. «Заражал» окружающих своей энергией, был неиссякаемым источником идей, новых замыслов, которыми увлекал своих коллег и друзей, вел за собой. У него было большое, доброе, щедрое и бескорыстное сердце. Он принимал проблемы людей очень близко, старался помогать всем, кому мог, независимо от рангов и званий. Геннадий Степанович умел слушать людей, сопереживать им, дать добрый и мудрый совет.

12 ноября 2012 года сердце ученого, заслу-

женного работника высшей школы России, доктора исторических наук, профессора Геннадия Степановича Щурова остановилось ...

Профессор Г.С. Щуров ушел из жизни в дни научной сессии СГМУ в рамках Ломоносовских чтений, когда любимый вуз отмечал 80-летие.

* * *

В 2020 году исполняется 15 лет Музейному комплексу и Обществу изучения истории медицины Европейского Севера, которому заслуженно присвоено имя доктора исторических наук, профессора Г.С. Щурова. Его дело живет и развивается усилиями сотрудников Музейного комплекса, профессорско-преподавательского состава университета, ветеранов и студентов СГМУ, членов Общества и других, неравнодушных к истории медицины, людей.

В честь 85-летия со дня рождения профессора Г.С. Щурова будет организовано очередное заседание Общества. Его памяти будет посвящен симпозиум «Медицинский труэнтанизм», который состоится в ноябре 2020 года на научной сессии СГМУ в рамках очередных Ломоносовских чтений. Ведь именно благодаря таким увлеченным профессорам, как Геннадий Степанович Щуров, многие медицинские работники сегодня увлеченно занимаются историей медицины.

В памяти людей Геннадий Степанович Щуров останется добрым, умным, мудрым, порядочным и честным человеком.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Щуров Г.С. Архангельск – город музыкальный: В 3 т. / Г.С. Щуров. – Архангельск: Издательство «Правда Севера», 1995–1997. – 1222 с.
2. Щуров Г.С. Николай Прокопьевич Бычихин. Отечества достойный сын / Г.С. Щуров. – Архангельск: Издательство «Правда Севера», 1998. – 385 с.
3. Щуров Г.С. Профессора Северного государственного медицинского университета в 2000 году / Г.С. Щуров. – Архангельск: Издательский центр СГМУ, 2001. – 600 с.
4. Щуров Г.С. Медицинский образовательный и научный центр Европейского Севера России (1932–1987). Том 1 / Г.С. Щуров, П.И. Сидоров. – Архангельск: Издательский центр СГМУ, 2002. – 520 с.
5. Сидоров П.И. Медицинский образовательный и научный центр Европейского Севера России (1988–2002). Том 2 / П.И. Сидоров, Г.С. Щуров. – Архангельск: Издательский центр СГМУ, 2002. – 496 с.
6. Щуров Г.С. Очерки истории культуры Русского Севера / Г.С. Щуров. – Архангельск: Издательство «Правда Севера», 2007. 2-ое издание. – 480 с.
7. Щуров Г.С. История Отечества (1861–2005 гг.): учебное пособие для вузов / Г.С. Щуров. – Архангельск: Издательство «Правда Севера», 2006. – 519 с.
8. Щуров Г.С. Путь к успеху. Первой городской клинической больницы г. Архангельска 225 лет. 2-ое издание / Г.С. Щуров. – Архангельск: Издательство «Правда Севера», 2011. – 328 с.

REFERENCES

1. Shchurov G.S. *Arkhangelsk - the music city. In 2 Volumes*. Arkhangelsk, Pravda Severa Publishing House, 1995–1997. 1222 p.
2. Shchurov G.S. *Nikolai P. Bychikhin. Worthy Son of the Fatherland*. Arkhangelsk, Pravda Severa Publishing House, 1998. 385 p.
3. Shchurov G.S. *Professors of the Northern State Medical University in 2000*. Arkhangelsk, Northern State Medical University, 2001. 600 p.
4. Shchurov G.S., Sidorov P.I. *Medical Educational and Scientific Center of the European North of Russia (1932–1987). Volume 1*. Arkhangelsk, Northern State Medical University, 2002. 520 p.
5. Sidorov P.I., Shchurov G.S. *Medical educational and scientific center of the European North of Russia (1988–2002). Volume 2*. Arkhangelsk, Northern State Medical University, 2002. 496 p.
6. Shchurov G.S. *Essays on the History of Culture of the Russian North. 2nd edition*. Arkhangelsk, Pravda Severa Publishing House, 2007. 480 p.
7. Shchurov G.S. *History of the Fatherland (1861–2005): A Textbook for Universities*. Arkhangelsk, Pravda Severa Publishing House, 2006. 519 p.
8. Shchurov G.S. *Way to Success. The Arkhangelsk First City Clinical Hospital is 225 years old. 2nd edition*. Arkhangelsk, Pravda Severa Publishing House, 2011. 328 p.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Андреева Анна Владимировна – директор Музейного комплекса, Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Российская Федерация; e-mail: aandra@yandex.ru

Самбуров Глеб Олегович – специалист Музейного комплекса, Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Российская Федерация; e-mail: museumnsmu@mail.ru

Спасеникова Марина Геннадьевна – ведущий научный сотрудник Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, доцент, Москва, Российская Федерация; e-mail: mspasennikova@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4713-0238

AUTHORS

Anna Andreeva – Director of the Museum Complex, Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russian Federation; e-mail: aandra@yandex.ru

Gleb Samburov – Specialist of the Museum Complex, Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russian Federation; e-mail: museumnsmu@mail.ru

Marina Spasennikova – Leading Researcher, N.A. Semashko National Research Institute for Public Health, Ph.D. in Medicine, Docent, Moscow, Russian Federation; e-mail: mspasennikova@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4713-0238

