

Б Ю Л Л Е Т Е Н Ъ

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

Научно-практический журнал

Выходит 4 раза в год

2025. № 1

18+

Национальный НИИ общественного
здоровья имени Н. А. Семашко
Журнал основан в 1992 г.

www.bulleten-nriph.ru

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

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

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

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

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

Заведующий редакцией:
Максимов Егор Сергеевич.

Ответственный секретарь:
Кузьмина Юлия Александровна.

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

Все права защищены.

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

Цена свободная.

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

ISSN 2415-8410 (Print)

ISSN 2415-8429 (Online).

Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. Т. 28. № 1. 1—176.

Сдано в набор 25.02.2025.

Подписано в печать 03.04.2025.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная.
Печ. л. 22,00. Усл. печ. л. 21,51. Уч.-изд. л. 25,98.
Отпечатано в ПАО «Т8 Издательские Технологии», 109316, Москва, Волгоградский просп., д. 42, кор. 5.

Главный редактор

ХАБРИЕВ Рамил Усманович, академик РАН, доктор медицинских наук, доктор фармацевтических наук, профессор; Национальный научно-ис-

следовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, г. Москва, Россия; научный руководитель

Редакционная коллегия

ЩЕПИН Владимир Олегович, член-корр. РАН, доктор медицинских наук, профессор (Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, г. Москва, Россия; главный научный сотрудник)

МОРОЗ Ирина Николаевна, доктор медицинских наук, профессор (Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь; заместитель заведующего кафедрой общественного здоровья и здравоохранения по научной работе)

САВВИНА Надежда Валерьевна, доктор медицинских наук, профессор (Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова, г. Якутск, Россия; заведующая кафедрой организации здравоохранения и профилактической медицины)

САМОРОДСКАЯ Ирина Владимировна, доктор медицинских наук, профессор (Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, г. Москва, Россия; главный научный сотрудник отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения)

ЗУДИН Александр Борисович, доктор медицинских наук (Москва, ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко», г. Москва, Россия; директор)

РОСТОВСКАЯ Тамара Керимовна, доктор социологических наук, профессор (Институт демографических исследований, ФНИСЦ РАН, г. Москва, Россия; главный научный сотрудник)

НАБЕРУШКИНА Эльмира Кямаловна, доктор социологических наук, профессор (ФГБОУ ИВО «Московский государственный гуманитарно-экономический университет», г. Москва, Россия; профессор кафедры социологии)

ВОЛКОВА Ольга Александровна, доктор социологических наук, профессор (Институт демографических исследований, ФНИСЦ РАН, г. Москва, Россия; ведущий научный сотрудник)

РЯЗАНЦЕВ Сергей Васильевич, доктор экономических наук, профессор (Институт демографических исследований, ФНИСЦ РАН, г. Москва, Россия; директор)

АЛЕКСАНДРОВА Ольга Аркадьевна, доктор экономических наук (Институт социально-экономических проблем народонаселения, ФНИСЦ РАН, г. Москва, Россия; заместитель директора по научной работе)

АКСЕНОВА Елена Ивановна, доктор экономических наук, доцент (Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, г. Москва, Российская Федерация; директор)

БОБКОВА Елена Михайловна, доктор социологических наук, профессор (Тираспольский государственный университет им. Т. Шевченко, г. Тирасполь, Приднестровская Молдавская Республика; заведующая кафедрой теории и методологии социологии)

ПЕНЧЕВ Васил, PhD, профессор (Болгарская академия наук, г. София, Болгария; профессор института исследований общества и знаний)

ЗАТРАВКИН Сергей Наркизович, доктор медицинских наук, профессор (ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко», г. Москва, Российская Федерация; заведующий отделом истории медицины)

ЧЖАН Фэнминь, MD, профессор (Харбинский медицинский университет, г. Харбин, Китайская Народная Республика; вице-президент Академии медицинских наук)

КУЛЬПАНОВИЧ Ольга Александровна, кандидат медицинских наук, доцент (ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь; заведующий кафедрой финансового менеджмента и информатизации здравоохранения)

ПАШКОВ Константин Анатольевич, профессор РАН, доктор медицинских наук, профессор (ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация; заведующий кафедрой истории медицины)

РАТМАНОВ Павел Эдуардович, доктор медицинских наук, доцент (ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Владивосток, Российская Федерация; профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения)

КАРТАШЕВ Андрей Владимирович, доктор исторических наук, профессор (Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь Российская Федерация; профессор кафедры организации здравоохранения, экономики и социальной работы)

ВИШЛЕНКОВА Елена Анатольевна, доктор исторических наук, профессор (НИУ «Высшая школа экономики», г. Москва, Российская Федерация; профессор Школы исторических наук)

ХИЛЬМОНЧИК Наталья Евгеньевна, кандидат медицинских наук, доцент (Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь; доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения)

СКЛЯРОВА Елена Константиновна, доктор исторических наук, доцент (Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация; профессор кафедры истории и философии)

Bulletin

of Semashko National Research Institute of Public Health

2025. No. 1.

18+

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

Founded in 1992.

www.bulleten-nriph.ru

Managing editor:
Maksimov Yegor Sergeevich.

Executive secretary:
Kuzmina Yuliya Aleksandrovna.

Address: 12 Vorontsovo Pole str.,
Moscow, 105064, Russia
E-mail: r.bulletin@yandex.ru

Subscription via the Internet:
www.pochta.ru

Subscription to the electronic
version of the journal:
www.elibrary.ru

Editor-in-chief

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

Editorial board

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PASHKOV Konstantin Anatolievich, Professor, Russian Academy of Sciences, Doctor of Medicine, Professor (FSBEI HE "ROSUNIMED" OF MOH OF RUSSIA, Moscow, Russian Federation; Head of the Department of History of Medicine)

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

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

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

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

Общественное здоровье и организация здравоохранения

- Ханиев А. А. Клинические рекомендации по стоматологии: мнение практикующих врачей 5
- Галоян А. С., Загдын З. М., Абдрахманова С. З., Фархшатов И. Р. Стоматологическая помощь при туберкулезе (мнение пациентов и сотрудников туберкулезного санатория) 11
- Касимовская Н. А., Гераскина Н. С. Влияние профессиональной деятельности медицинских сестер на качество оказания медицинской помощи паллиативным пациентам в стационарных условиях 18
- Шинкарева Н. В., Горенков Р. В., Вишнякова Н. А., Зубко А. В., Шинкарев С. В. Кабинеты выписки льготных лекарственных препаратов — организационная практика Министерства здравоохранения Московской области .. 25
- Рошин Д. О., Лактанов П. В., Магомедов И. Р., Чернецов А. В., Сазыкин Ю. Д., Фатхуллина Л. С., Телятников Н. А., Тропынин М. С., Шубин Д. И. Влияние порядков оказания медицинской помощи на практику её оказания, в том числе в рамках обеспечения качества услуг и информатизации процессов, реализации проектов государственно-частного партнёрства и привлечения пациентов из-за рубежа 32
- Алексашина А. О., Русских С. В., Васильева Т. П., Колодина И. А., Путилина Е. А. Социально гигиенические исследования факторов риска, влияющих на снижение качества жизни беременных с гестационным сахарным диабетом: к вопросу о разработке стратегии противодействия рискам снижения качества общественного здоровья 37
- Мозговая Е. И., Бессмольная Е. Н. Проблемы формирования социального здоровья студенческой молодежи (по материалам социологического исследования) 44
- Гасайниева М. М., Мингазова Э. Н. Экстенсивные показатели детской госпитальной заболеваемости по профилю «нефрология»: сравнительная характеристика по группам госпитализированных из различных территорий проживания 51
- Кирей-Ситникова Я. Эффективность гендерно-аффирмативных мероприятий в улучшении психо-социальных показателей у лиц с гендерным несоответствием: кросс-секционное исследование на российской выборке 58
- Габриелян А. Р., Александрова О. Ю., Михайлов И. А. Анализ разработанных инновационных технологий в рамках клинической апробации по профилям медицинской помощи 64
- Федака А. А., Авксентьева М. В. Осведомленность женщин о послеродовой депрессии и отношении к внедрению скрининга на нее в Российской Федерации 70
- Савинова Т. Л., Денисова Н. А., Володин А. В. Новая технология организации оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи жителям малочисленных сельских населенных пунктов 78
- Вальвачев А. А., Пранович А. А., Лузанов О. А. К вопросу актуальности повышения эффективности проводимой лабораторной диагностики и совершенствование подходов к организации медицинской помощи населению по профилю «урология» в преодолении бесплодия 84
- Балакина Д. Д., Еругина М. В., Кром И. Л., Сазанова Г. Ю., Шувалов С. С., Шулпина Н. Ю. Анализ обеспеченности населения Саратовской области врачами стоматологического профиля 89

История медицины

- Саркисов А. С. Ананьина Юлия Васильевна (02.06.1946—15.11.2018) 93
- Михалкина М. В. Выдающийся организатор здравоохранения и последипломного медицинского образования Мария Дмитриевна Ковригина 97
- Горшков-Кантакузен В. А. К вопросу открытия сероваров холерного вибриона O1 серогруппы 103
- Гурьянова М. Н., Агафонова М. А. Проблемы отпуска спирта в период действия сухого закона в годы Первой мировой войны 111

CONTENTS

Public health and health care management

- Khaniev A. A. Clinical guidelines for dentistry: the opinion of practicing doctors 5
- Galoyan A. S., Zagdyn Z. M., Abdrahmanova S. Z., Farhshatov I. R. Dental care in tuberculosis: opinion of patients and staff of tuberculous sanatorium 11
- Kasimovskaya N. A., Geraskina N. S. The impact of professional activities of nurses on the quality of medical care for palliative patients in inpatient settings 18
- Shinkareva N. V., Gorenkov R. V., Vishnyakova N. A., Zubko A. V., Shinkarev S. V. Cabinets for prescribing preferential medications — organizational practice of the Ministry of Health of the Moscow Region 25
- Roshchin D. O., Laktanov P. V., Magomedov I. R., Chernetsov A. V., Sazykin Yu. D., Fatkhullina L. S., Telyatnikov N. A., Tropynin M. S., Shubin D. I. The real impact of medical care procedures on the practice of its provision, including within the framework of informatization of processes for the purpose of quality assurance, and the implementation of public-private partnership projects, attracting patients, including those from abroad 32
- Aleksashina A. O., Russkikh S. V., Vasilieva T. P., Kolodina I. A., Putilina E. A. Social hygienic research of risk factors, risk factors affecting the quality of life of pregnant women with gestational diabetes mellitus: towards the development of a strategy to counteract the risks of public health quality decline 37
- Mozgovaya E. I., Bessmolnaya E. N. Problems of formation of social health of student youth (based on the materials of a sociological study) 44
- Gasajnieva M. M., Mingazova E. N. Extensive indicators of pediatric hospital morbidity in the «nephrology» profile: comparative characteristics by groups of hospitalized from different territories of residence 51
- Kirey-Sitnikova Y. Effectiveness of gender-affirming interventions in improving psychosocial indicators in individuals with gender incongruence: a cross-sectional study on a Russian sample 58
- Gabrielyan A. R., Aleksandrova O. Yu., Mikhailov I. A. Analysis of developed innovative technologies within the framework of clinical testing in medical care profiles 64
- Fedaka A. A., Avxentyeva M. V. Women's awareness of postpartum depression and attitude towards the introduction of screening for it in the Russian Federation 70
- Savinova T. L., Denisova N. A., Volodin A. V. New technology for organizing the provision of primary pre-medical health care to residents of small rural settlements 78
- Valvachev A. A., Pranovich A. A., Luzanov O. A. On the issue of the relevance of increasing the efficiency of laboratory diagnostics and improving approaches to organizing medical care for the population in the field of «urology» in overcoming infertility 84
- Balakina D. D., Erugina M. V., Krom I. L., Sazanova G. Yu., Shuvалov S. S., Shulpina N. Yu. Analysis of the provision of the population of the Saratov region with dental doctors 89

History of medicine

- Sarkisov A. S. Ananyina Yulia Vasilyevna (02.06.1946 — 15.11.2018) 93
- Mikhalkina M. V. Maria Dmitrievna Kovrigina, an outstanding organizer of Healthcare and postgraduate medical Education 97
- Gorshkov-Cantacuzene V. A. To the question of the discovery of serotypes of cholera vibrio O1 serogroups 103
- Guryanova M. N., Agafonova M. A. Problems of Alcohol Dispensing During the Prohibition Period during the First World War 111

<i>Бородулин В. И., Банзелюк Е. Н., Тополянский А. В., Серебряный Р. С.</i> Профессор Императорского Московского университета Леонид Ефимович Голубинин (1858—1912) и его роль в создании первой терапевтической элиты	117
<i>Абрамкина Д. И.</i> Дело «КР»: суд чести над министром здравоохранения СССР Г. А. Митеревым	121
<i>Сергеева М. С., Крылов Н. Н.</i> Ранняя история переливания крови при анемии, обусловленной малярией	125
<i>Генералов С. В., Абрамова Е. Г.</i> Эпидемическая вспышка холеры в Саратове в 1942 году: хроника ликвидации и особенностей работы системы здравоохранения	132

К юбилею НИИОЗММ ДЗМ: сотрудники института об актуальных проблемах здравоохранения

<i>Белошистый С. Ю., Кордубан Е. А., Ананченкова П. И.</i> Современные тенденции развития лечебно-оздоровительного и медицинского туризма	139
<i>Егизаров Ю. Г., Введенский А. И.</i> Анатомо-физиологические особенности человека и их учет при проектировании рабочего места	144
<i>Коновалова Е. А., Турзин П. С., Тимошевский А. А., Дербенев Д. П., Ойноткинова О. Ш.</i> Влияние материальных и нематериальных стимулов на эффективность труда медицинских работников	149
<i>Карамян Р. Э., Аксенова Е. И., Григоров А. А.</i> Медико-социальная значимость профилактики абортов в контексте демографической безопасности страны	153
<i>Агаева М. Т., Ширенова С. И., Парсадзян Н. Э.</i> Внедрение телемедицинских технологий в диспансерное наблюдение взрослого населения	159

Юбилейные и памятные даты

<i>Егорышева И. В., Шерстнева Е. В., Сточик А. А., Гончарова С. Г.</i> Юбилейные и памятные даты истории здравоохранения 2025 года	165
--	-----

Письмо в редакцию

<i>Перхов В. И.</i> Об ограничениях использования клинических рекомендаций при организации и оказании медицинской помощи (письмо в редакцию)	172
--	-----

<i>Borodulin V. I., Banzelyuk E. N., Topolyanskiy A. V., Serebryaniy R. S.</i> Leonid Efimovich Golubinin (1858—1912), Professor at the Imperial Moscow University, and his role in the establishment of the first Russian therapeutic elite	117
<i>Abramkina D. I.</i> The 'KR' case: a trial of the Minister of Health of the USSR, G. A. Miterev	121
<i>Sergeeva M. S., Krylov N. N.</i> Early history of blood transfusion for anemia caused by malaria	125
<i>Generalov S. V., Abramova E. G.</i> Epidemic outbreak of cholera in Saratov in 1942: chronicle of elimination and the health care system features	132

To the anniversary of NIIOZMM DZM: institute staff on current health care issues

<i>Beloshisty S. Yu., Korduban E. A., Ananchenkova P. I.</i> Current trends in the development of health and wellness and medical tourism	139
<i>Egizarov Yu. G., Vvedensky A. I.</i> Anatomical and physiological features of a person and their consideration when designing a workplace	144
<i>Konovalova E. A., Turzin P. S., Timoshevsky A. A., Dербenev D. P., Oynotkinova O. S.</i> The impact of tangible and intangible incentives on the effectiveness of medical workers.	149
<i>Karamyan R. E., Aksenova E. I., Grigorov A. A.</i> The medical and social importance of abortion prevention in the context of the country's demographic security	153
<i>Agaveva M. T., Shirenova S. I., Parsadanyan N. E.</i> Introduction of telemedicine technologies in the dispensary monitoring of the adult population	159

Anniversaries and memorial dates

<i>Egorysheva I. V., Sherstneva E. V., Stochik A. A., Goncharova S. G.</i> Anniversary and memorable dates of the history health 2025	165
---	-----

Letter to the editor

<i>Perhov V. I.</i> About restrictions of use of clinical recommendations at the organization and delivery of health care (the letter to the editorial office)	172
--	-----

Общественное здоровье и организация здравоохранения

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.001

Клинические рекомендации по стоматологии: мнение практикующих врачей

Анзор Анатольевич Ханиев

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр экспертизы и контроля качества
медицинской помощи» Минздрава России

aakhaniev@edu.hse.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3072-4144>

Аннотация. С 2018 года в главе 37 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» и в статье 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» говорится о клинических рекомендациях, и о том, что медицинская помощь должна оказываться в соответствии с клиническими рекомендациями и с учетом стандартов медицинской помощи. При этом срок перехода медицинских организаций на оказание помощи на основе клинических рекомендаций продлен до 1 января 2025 года. На данный момент нет официально утвержденных клинических рекомендаций по стоматологии. Цель: Изучить мнение врачей-стоматологов о разработке и значимости клинических рекомендаций по оказанию стоматологической помощи. Материалы и методы исследования: качественный опрос практикующих врачей в различных субъектах России. Результаты: Мнения врачей-стоматологов о клинических рекомендациях различаются в зависимости от уровня знания, внедрения и использования. Заключение: Разработка и внедрение современных клинических рекомендаций, основанных на фактических данных по передовому опыту, к которым практикующие врачи смогут обращаться в простых и понятных случаях, является актуальной в Российской Федерации.

Ключевые слова: клинические рекомендации, доказательная стоматология, врач-стоматолог, доказательная медицина.

Для цитирования: Ханиев А. А., Клинические рекомендации по стоматологии: мнение практикующих врачей // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 5—10. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.001.

Public health and health care management

Original article

Clinical guidelines for dentistry: the opinion of practicing doctors

Anzor A. Khaniev

Federal State Budgetary Institution «Centre for Expertise and Quality Control of Medical Care» of the Ministry of Health of Russia
aakhaniev@edu.hse.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3072-4144>

Abstract: Since 2018, Chapter 37 of Federal Law No. 323-FZ «On the Fundamentals of Citizens' Health Protection» and Article 40 of the Federal Law «On Compulsory Medical Insurance in the Russian Federation» have referred to clinical recommendations and the fact that medical care must be provided in accordance with clinical recommendations and taking into account the standards of medical care. At the same time, the deadline for medical organisations to switch to the provision of care based on clinical recommendations has been extended to 1 January 2025. At the moment there are no officially approved clinical recommendations for dentistry. Purpose: To study the opinion of dentists about the development and significance of clinical recommendations for dental care. Materials and methods of the study: qualitative survey of practicing doctors in different subjects of Russia. Results: Opinions of dentists about clinical recommendations differ depending on the level of knowledge, implementation and use. Conclusion: The development and implementation of modern clinical guidelines based on evidence-based best practice that practitioners will be able to refer to in simple and understandable cases is relevant in the Russian Federation.

Keywords: Clinical guidelines, evidence-based dentistry, dentists, evidence-based medicine.

For Citation: Khaniev A. A. Clinical guidelines for dentistry: the opinion of practicing doctors. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2025;(1):5–10. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.001.

Введение

Исторически клинические решения в стоматологии основывались на профессиональном опыте сто-

матолога [1, 2]. При положительном результате лечения его использовали снова, а если результаты были неутешительными, то от методики отказыва-



Рис. 1. Принципы доказательной стоматологии [2, 3].

лись. Оценивать клиническое лечение таким образом сложно, поскольку трудно определить, какие факторы важны для успеха, а какие способствуют неудаче. В связи с этим появилась концепция доказательного подхода, которая позволяет делать выводы для клинической практики на основе достоверных научных исследований [2].

Американская стоматологическая ассоциация определяет доказательную стоматологию (Evidence-based dentistry) как «подход к лечению заболеваний полости рта, который требует рациональной комбинации клинически значимых научных данных, касающихся состояния зубов, полости рта, общего здоровья пациента, истории болезни, с клиническим опытом врача-стоматолога и потребностями и предпочтениями пациента в лечении» [3].

Таким образом, в доказательной стоматологии существует три принципа:

- Клинический опыт врача-стоматолога
- Соответствующие научные данные
- Потребности и предпочтения пациента

Клинический опыт является залогом успешного лечения: диагностические навыки предотвращают чрезмерное или недостаточное лечение, профессиональные практические навыки обеспечивают максимальную эффективность хирургических манипуляции и долговечность реставрационных процедур, а коммуникативные навыки являются ключевыми для работы с пациентами для получения желаемого результата [1, 2]. Далеко не у всех пациентов одинаковые представления относительно их лечения. Понимание индивидуальных потребностей, желаний и обстоятельств пациента дает специалисту возможность обсудить с ним возможные варианты лечения. Поскольку «Потребности и предпочтения пациентов» и «Клинический опыт стоматолога» изменчивы и будут отличаться у разных врачей и пациентов, «Актуальные научные данные» имеют решающее значение. Поэтому крайне важно, чтобы информация, на которую ссылаются, была получена из высококачественных, основанных на доказательствах исследований, которые могут быть использованы для разработки рекомендаций по предоставлению наилучшей практики [3, 4].



Рис. 2. Графическое изображение процесса разработки и утверждения клинических рекомендаций [6, 7].

В Российской Федерации разработка клинических рекомендаций для медицинских специалистов начала осуществляться более двадцати лет назад, и в настоящее время Министерство здравоохранения Российской Федерации активно работает в направлении совершенствования законодательной базы и внедрения клинических рекомендаций в практическое здравоохранение [5, 6]. В настоящее время, процесс разработки и утверждения клинических рекомендаций на территории Российской Федерации соответствует статье 37 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 104н от 28 февраля 2019 года [7].

Согласно пункту десять приказа № 786н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года, медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях и патологиях оказывается с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций¹. Основной и ведущей профессиональной организации по стоматологическому профилю в Российской Федерации является «Стоматологическая ассоциация России» (СтАР)². На официальном сайте «Стоматологической ассоциации России» 16 клинических рекомен-

¹Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России <https://e-stomatology.ru/> (дата обращения 08.03.2024г)

²Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России <https://e-stomatology.ru/> (дата обращения 08.03.2024г)

дации, но ни одна из них не утверждена и не размещена на официальном рубрикаторе клинических рекомендации Минздрава России³.

Работа всей системы финансирования и оценки качества медицинской помощи базируется на использовании клинических рекомендации [5–7]. Анализируя правоприменительную практику по стоматологии и проведение судебной экспертизы, профессиональные эксперты опираются на клинические рекомендации при анализе качества медицинской помощи и разрешении конфликтных ситуации между пациентами и врачами-специалистами [8, 9]. В связи с этим, дальнейшая разработка и утверждение клинических рекомендаций по наиболее востребованным моделям лечения пациентов и совершенствовании организации стоматологической помощи с использованием доказательной медицины является важным направлением. Все эти вопросы актуализируют задачи осмысления и обсуждения в новых научных публикациях и исследованиях.

Цель: Целью данного исследования является оценка степени осведомленности, отношения и восприятия российских врачей-стоматологов относительно клинических стоматологических рекомендаций и их внедрения в повседневную стоматологическую практику.

Материалы и методы исследования

Качественное социологическое исследование проводилось с января по март 2024 года и включало одиннадцать глубинных интервью с практикующими стоматологами из различных регионов Российской Федерации. Интервью были тщательно спланированы для того, чтобы собрать разнообразные мнения и практический опыт профессионалов в области стоматологии. Для обеспечения репрезентативности были выбраны стоматологи с различной специализацией и уровнем стажа, что позволило получить более полное представление о состоянии стоматологической практики в стране. Рассылка вопросов осуществлялась рандомно (случайно), по социальным сетям. В результате интервью удалось выявить как общие тенденции, так и индивидуальные особенности работы специалистов, также их отношения к клиническим рекомендациям.

Во время исследования респонденты предоставили развернутые ответы на пять ключевых вопросов, что позволило получить более глубокое понимание их мнений и опыта:

- Первый вопрос касался пола участников;
- Второй вопрос был направлен на определение возраста стоматологов;
- Третий вопрос касался географического расположения практики;

- Информированность специалистов о клинических рекомендациях;
- Соответствие и соблюдение клинических рекомендации в оказании стоматологической помощи;
- Необходимость в разработке, внедрении и дальнейшей работе клинических рекомендации в Российской Федерации.

Полученные результаты

Состав респондентов оказался достаточно разнообразным, что способствовало более сбалансированному восприятию и анализу мнений как мужчин, так и женщин в сфере стоматологии.

Опрос респондентов проводился среди практикующих врачей-стоматологов, имеющих опыт клинической практики более пяти лет и работающие как в государственных, так и в частных медицинских организациях. Возраста стоматологов, что также важно для понимания их профессионального опыта и подходов к работе. Возрастная категория респондентов варьировалась от молодых специалистов до врачей с многолетним стажем, что позволило выявить разницу в восприятии клинических рекомендаций в зависимости от уровня опыта.

Выборка респондентов для исследования состояла из восьми врачей-стоматологов, практикующих в административных центрах восьми федеральных округов Российской Федерации: г.Москва (Центральный федеральный округ), г.Санкт-Петербург (Северо-Западный федеральный округ), г.Ростов-на-Дону (Южный федеральный округ), г.Нижний Новгород (Приволжский федеральный округ), г.Екатеринбург (Уральский федеральный округ), г.Новосибирск (Сибирский федеральный округ), г.Владивосток (Дальневосточный федеральный округ), г.Пятигорск (Северо-Кавказский федеральный округ). Также включены три врача-стоматолога из новых территорий: г.Симферополь (Республика Крым), г.Донецк (Донецкая область), г.Луганск (Луганская область).

Врачи-стоматологи были из разных регионов Российской Федерации, что помогло отобразить разнообразие в доступности информации и ресурсам, а также взглядам на оказание медицинской помощи в различных условиях.

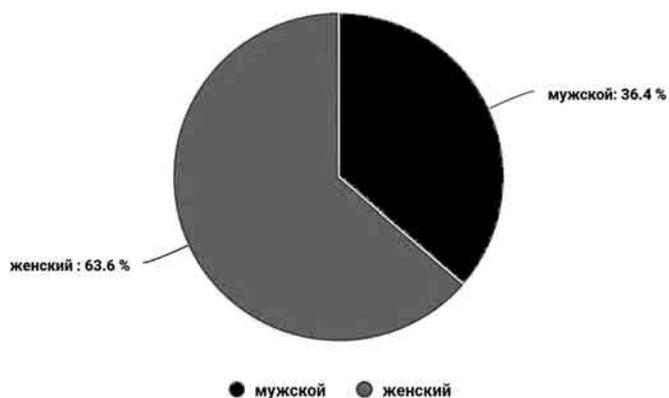


Рис. 3. Половой состав респондентов исследования

³ Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России <https://e-stomatology.ru/> (дата обращения 08.03.2024г). Официальный сайт Министерства Здравоохранения Российской Федерации-Рубрикатор клинических рекомендаций, <https://cr.minzdrav.gov.ru/> (дата обращения 08.03.2024г)

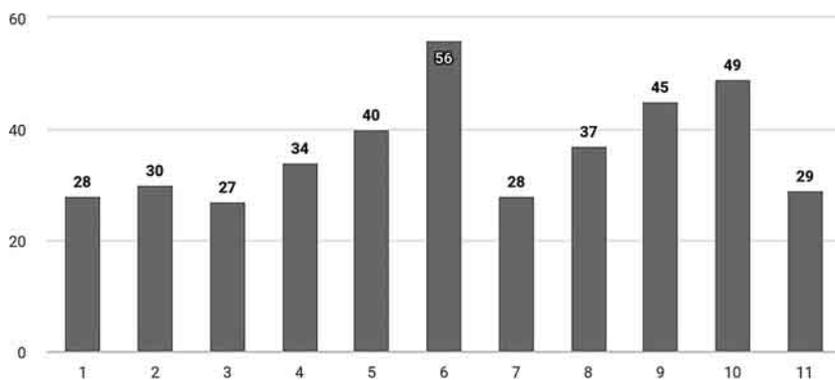


Рис. 4. Возрастной состав респондентов исследования

На вопрос — *Слышали ли вы о клинических рекомендациях по стоматологии? Откуда и как узнали?* Респонденты отвечали так:

- Единственные клинические рекомендации по стоматологии, на которые опираются эксперты в судах, насколько я знаю, это рекомендации СТАР;
- Я знакома с клиническими рекомендациями в США с 1996 года, так как подтверждала свой диплом, сдавая все экзамены в ADA (Американская стоматологическая ассоциация), требуемые для лицензирования меня как врача-стоматолога;
- Да, слышала. Они тесно перекликаются с показаниями и стандартами оказания медицинской помощи;
- Я знаю, что это определенные протоколы лечения. Узнала о них я еще в институте и бегло их прочитала. Больше к прочтению клинических рекомендаций я не возвращалась. Но в своей практике я их не применяю;
- О клинических рекомендациях я слышал, насколько я знаю, они есть в стоматологической ассоциации России;

- Слышала, когда училась в медицинском университете;
- Да, знаю, некоторые использую в клинической практике;
- Да слышал, они находятся на сайте Стоматологической ассоциации России.

На вопрос — *Должно ли оказание стоматологической помощи соответствовать клиническим рекомендациям? Почему?* Респонденты отвечали так:

- Каждый случай индивидуален. Часто мы отходим от клинических рекомендаций в пользу сохранения зуба и функции. Когда зуб разрушен более чем на 70—80%, где показано изготовление вкладки и коронки, мы восстанавливаем зуб реставрацией, иногда и без использования штифта. Расскажу почему: финансовая сторона, где пациент не готов на затраты; восстановление зуба, где показано удаление; восстановление зуба, когда пациент не готов с ним прощаться. Качественная изоляция, включающая поддесневые дефекты позволяющая продлить жизнь зубу, когда по рекомендациям можно удалять и ставить имплантат;
- Да, если рекомендации написаны с учётом современных данных, редактируются и одобрены различные подходы. В противном случае, нет;
- Не во всех случаях. Протокол лечения и обследования довольно емкий и затрагивает практически все причины возникновения заболевания парадонта, кариеса, потерю зубов и т. д., но в некоторых случаях лечения периодонтита или кист доктора вынуждены приходить к клиническому мышлению что очень важно для врачей любой специальности, а так же врача стоматолога, но клинические рекомендации



Рис. 5. География городов респондентов исследования.

Источник: составлено автором статьи.

в свою очередь помогают решить ряд проблем с типичными случаями заболеваний, а так же помогают начинающим врачам справляться с поставленными задачами;

- Я считаю, что это очень упростит работу. Конечно, есть нестандартные ситуации на приеме, когда сложно подстроиться под какой-либо протокол, но базовые протоколы могут помочь и молодым и опытным специалистам;
- Я считаю, что клиническим рекомендациям должно соответствовать в стоматологии оказание помощи, но только в стране, где вся помощь платная. В России, где есть ОМС (обязательное медицинское страхование), с моей точки зрения технически невозможно прописать клинические рекомендации по ортопедической, терапевтической и хирургической стоматологии. Также неясно оказание стоматологической помощи разным слоям населения, так как слишком большая разница в технологиях и материалах. Например, в США запрещены штампованные коронки, запрещена obturация каналов пастой, потому что считают, что это технологии для стран третьего мира. Если в клинических рекомендациях в России будет прописано тоже самое, то вы лишите ОМС возможности оказать помощь малоимущим в селах и деревнях, а если наоборот пропишете подобные технологии как рекомендованные, то лишите возможности применять передовые технологии и методики в стоматологии. И никто никогда не успеет вносить изменения в клинические рекомендации и протоколы лечения, потому что все слишком быстро развивается в плане технологий и медицинских материалов;
- Эти рекомендации в определенных пунктах устаревшие, в других пунктах — не учитывают современные методики. Поэтому невозможно опираться на них, оказывая стоматологическую помощь на современном уровне;
- Я думаю да, оказание медицинской помощи должно строиться на них, но с большим но, так как клинические рекомендации должны быть качественными и современными, и действительно должны быть утверждены профессионалами и научным советом, что практически невозможно во многих областях стоматологии, потому что допустим в ортодонтии и ортопедической стоматологии совершенно разные течения и концепции диагностики и лечения, и это было бы сверхзадачей найти какие общие рекомендации и протоколы лечения, и значимая часть стоматологического сообщества разделится по этим вопросам.

На вопрос — *Должна ли проводится дальнейшая работа по разработке и внедрению клинических рекомендаций по стоматологии в Российской Федерации? Зачем?* Респонденты отвечали так:

- Я считаю, что должно, это огромный труд создать «работающие» клинические рекомендации. На опыте врачей, можно расписать базо-

Обобщенное мнение практикующих врачей-стоматологов

Вопросы	Мнение
Слышали ли вы о клинических рекомендациях по стоматологии? Должно ли оказание стоматологической помощи соответствовать клиническим рекомендациям?	Слышали, имеют представление о клинических рекомендациях. Мнение респондентов разделилось. Необходимо учитывать особенности стоматологического лечения.
Должна ли проводится дальнейшая работа по разработке и внедрению клинических рекомендации по стоматологии в Российской Федерации?	Да, должна ли проводится дальнейшая работа по разработке и внедрению клинических рекомендаций

вые протоколы, ведь порой врачи делают одни и те же действия в своей работе каждодневно;

- Должна, потому что, медицина и стоматология не стоят на месте, все развивается, внедряются новые технологии и эффективные практики на основании доказательной медицины;
- Должна, так как законодательство никто не отменял, и все мы будем обязаны соблюдать и работать по клиническим рекомендациям;
- Клинические рекомендации нормально работают лишь в странах, где нет ОМС. Клинические рекомендации в России реально сделать лишь для какой-то выделенной части стоматологии. Например, для ОМС, где применяются максимально бюджетные технологии для малоимущих слоев населения, и отдельно для платной медицины;
- Однозначно — да, и чем скорее новые рекомендации будут внедрены, тем лучше. Но должна идти работа с практикующими врачами-стоматологами, лидерами отрасли, работающими по современным методикам и преподающими, ведущими учебные курсы. Тогда это будет развитие в ногу с мировой стоматологией;
- Я считаю важным дополнять клинические рекомендации современными научно-обоснованными данными и внедрять их в клиническую практику.

Обсуждение

Стоматологическая специальность — это особая область медицины, где лучшие доказательства не всегда могут быть применены к одному и тому же пациенту. В клинической практике врачи-стоматологи должны следовать доказательным протоколам и рекомендациям по лечению, но необходимо учитывать индивидуальные предпочтения и ценности пациента, его ожидания на результат стоматологического исхода лечения. С увеличением количества статей, посвященных уходу за пациентами, публикуемых и доступных стоматологам, врачи, вероятно, достигнут более высокого уровня уверенности при принятии клинических решений. Тем не менее, многие стоматологи склонны полагаться исключительно на то, чему они научились в ходе обучения или на личном опыте.

Оказание стоматологической помощи должно соответствовать клиническим рекомендациям, что требует от практикующих стоматологов предостав-

лять качественную помощь на основе текущих данных и авторитетных рекомендаций. Однако на текущий момент в Российской Федерации нет официально утвержденных клинических рекомендаций по стоматологическим заболеваниям. Это оставляет практикующего стоматолога в своего рода подвешенном состоянии, поскольку соблюдение клинических рекомендации является обязательным, а процесс перехода медицинских организации на оказание помощи по клиническим рекомендациям перенесли на 2025 год⁴.

Результаты исследования показывают, что использование клинических рекомендаций по стоматологии происходит в недостаточной мере. Большинство интервьюируемых специалистов отметили, что они не всегда обращаются к данным рекомендациям в своей повседневной практике. Это может быть связано с несколькими факторами, включая недостаток информированности о существующих руководствах, временные ограничения и недостаточное обучение в их применении. Некоторые врачи также упомянули о том, что руководства иногда не соответствуют реальным условиям работы или специфике пациентов, с которыми они сталкиваются. Проблемы в доступности информации и ее адаптации к локальным условиям также влияют на то, как часто стоматологи используют эти материалы. В результате, уровень интеграции клинических рекомендаций в практику остается низким, что может негативно сказываться на качестве предоставляемых медицинских услуг и итоговых результатах лечения.

Заключение

С развитием интернета стоматологическая помощь, основанная на фактических данных, становится более распространенной, а информация, полученная в результате высококачественных научно-обоснованных исследований, будет доступна врачам-специалистам, что обуславливает дальнейшую работу по созданию, улучшению национальных клинических руководств по стоматологической специальности в Российской Федерации.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Murdoch AIK, Blum J, Chen J, et al. Determinants of Clinical Decision Making under Uncertainty in Dentistry: A Scoping Review. *Diagnostics (Basel)*. 2023;13(6):1076. DOI: 10.3390/diagnostics13061076
2. Mohindra, Kanika; Nirola, Ashutosh. Evidence-based Dentistry: Future Aspects. *Journal of the International Clinical Dental Research Organization*. 2017;9(1):45—49. DOI: 10.4103/2231—0754.201436
3. Minja IK, Lwoga ET. Evidence Based Dentistry among Dentists in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. *East Afr Health Res J*. 2021;5(2):129—136. DOI: 10.24248/eahrj.v5i2.662

4. Krohn S, Kopp IB, Proff P. Der Stellenwert von Leitlinien in der Zahnheilkunde und in der zahnmedizinischen Ausbildung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2023;66(12):1409—1413. DOI: 10.1007/s00103-023-03798-x
5. Ковалева М. Ю., Сухоруких О. А. Клинические рекомендации. История создания и развития в Российской Федерации и за рубежом. *РЕМЕДИУМ*. 2019;(1—2):6—14. DOI: 10.21518/1561-5936-2019-1-2-6-14
6. Федяева В. К., Дмитриева У. Н., Журавлева Н. И., Журавлев Н. И., Ковалева М. Ю., Коробкина А. С., Сухоруких О. А., Пашкина А. А. Нормативно-правовой статус клинических рекомендаций и их роль в системе контроля качества медицинской помощи в странах Европейского Союза, Северной Америки и Азии. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2019;12(3):239—245. DOI: 10.17749/2070—4909.2019.12.3.239—245
7. Андреева И. В., Стецюк О. У., Егорова О. А. Клинические рекомендации: что нужно знать практикующему врачу. *РМЖ*. 2020;(5):21—25.
8. Бавыкин Д. В. Судебно-медицинская экспертиза качества стоматологической помощи. Обзор литературы. *Прикладные информационные аспекты медицины*. 2022;25(1):39—42. DOI: 10.18499/2070-9277-2022-25-1-39-42
9. Андреева С. Н., Золотницкий И. В., Воложин Г. А. Обоснованный риск и причинение вреда при использовании в лечении методов дентальной имплантации. *Российская стоматология*. 2023;16(2):8—12. DOI: 10.17116/rosstomat2023160218

REFERENCES

1. Murdoch AIK, Blum J, Chen J, et al. Determinants of Clinical Decision Making under Uncertainty in Dentistry: A Scoping Review. *Diagnostics (Basel)*. 2023;13(6):1076. DOI: 10.3390/diagnostics13061076
2. Mohindra, Kanika; Nirola, Ashutosh. Evidence-based Dentistry: Future Aspects. *Journal of the International Clinical Dental Research Organization*. 2017;9(1):45—49. DOI: 10.4103/2231—0754.201436
3. Minja IK, Lwoga ET. Evidence Based Dentistry among Dentists in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. *East Afr Health Res J*. 2021;5(2):129—136. DOI: 10.24248/eahrj.v5i2.662
4. Krohn S, Kopp IB, Proff P. Der Stellenwert von Leitlinien in der Zahnheilkunde und in der zahnmedizinischen Ausbildung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2023;66(12):1409—1413. DOI: 10.1007/s00103-023-03798-x
5. Kovaleva M. Yu., Sukhorukikh O. A. Clinical recommendations. The history of creation and development in the Russian Federation and abroad. *REMEDIUM. [REMEDIUM]*. 2019;(1—2):6—14 (in Russian). DOI: 10.21518/1561-5936-2019-1-2-6-14
6. Fedyaeva V. K., Dmitrieva U. N., Zhuravleva N. I., Zhuravlev N. I., Kovaleva M. Yu., Korobkina A. S., Sukhorukikh O. A., Pashkina A. A. The regulatory status of clinical recommendations and their role in the quality control system of medical care in the European Union, North America and Asia. *Pharmacoeconomics. Modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology. [Farmakoekonomika. Sovremennaya farmakoekonomika i farmakoepidemiologiya]*. 2019;12(3):239—245 (in Russian). DOI: 10.17749/2070—4909.2019.12.3.239—245
7. Andreeva I. V., Stetsyuk O. U., Egorova O. A. Clinical recommendations: what a practicing doctor needs to know. *RMJ. [RMZh]*. 2020;(5):21—25 (in Russian).
8. Bavykin D. V. Forensic medical examination of the quality of dental care. Literature review. *Applied information aspects of medicine. [Prikladnye informatsionnye aspekty meditsiny]*. 2022;25(1):39—42 (in Russian). DOI: 10.18499/2070-9277-2022-25-1-39-42
9. Andreeva S. N., Zolotnitsky I. V., Volozhin G. A. Reasonable risk and harm caused when using dental implantation methods in treatment. *Russian dentistry. [Rossiyskaya stomatologiya]*. 2023;16(2):8—12 (in Russian). DOI: 10.17116/rosstomat2023160218

⁴ Интернет сайт «Медвестник» — URL: <https://medvestnik.ru> (дата обращения: 08.03.2024г)

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Funding: The study was not sponsored.

Conflict of interest: The author declares no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 20.08.2024; одобрена после рецензирования 12.02.2025; принята к публикации 14.03.2025.
The article was submitted 20.08.2024; approved after reviewing 12.02.2025; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.002

Стоматологическая помощь при туберкулезе (мнение пациентов и сотрудников туберкулезного санатория)

Артур Суменович Галоян¹, Зинаида Моисеевна Загдын^{2✉},
Сумбуль Зимфировна Абдрахманова³, Ильдус Рафкатович Фархшатов⁴

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

^{3,4}ФГБУ санаторий «Глуховская» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Республика Башкортостан, Белебеевский район, санаторий «Глуховская»

¹galoyan@ro.ru, <http://ORCID:0000-0003-0406-0230>

²dinmetyan@mail.ru, <http://ORCID:0000-0003-1149-5400>

³sumbul.abdrahmanova@yandex.ru, <http://ORCID:0000-0001-7176-6554>

⁴gluhovskaya@bk.ru, <http://ORCID:0000-0003-2837-6029>

Аннотация. Во фтизиатрической системе одной из нерешенных проблем является оказание стоматологической помощи пациентам с туберкулезом на различных этапах их лечения. С целью изучения мнения пациентов и сотрудников медицинских противотуберкулезных организаций о состоянии оказания стоматологической помощи при туберкулезе проведен опрос 69 пациентов и 93 медицинских сотрудников туберкулезного санатория «Глуховская» с использованием раздаточной анкеты. Были сопоставлены 5 вопросов, один из которых был открытым. Различия полученных данных оценивались по z-тесту двух пропорций, выполненных с использованием программы NanoStat1.15. Установлено, что около половины пациентов туберкулезного санатория (44,9%), в большинстве имеющие относительно благополучную медико-социальную структуру (доля работающих — 40,6%, доля не имеющих активный ТБ — 82,6%), обращаются, и предпочитают наблюдаться в частных и районных стоматологических поликлиниках, нежели в стоматологических структурах противотуберкулезных медицинских организаций. Отмечена низкая доступность информации об оказании стоматологической помощи пациентам при ТБ: 59,4 % пациентов не нашли интересующие их сведения на сайтах и стендах противотуберкулезных диспансеров и других медицинских противотуберкулезных организаций. Кроме того, владение подобной информацией сотрудников медицинских противотуберкулезных организаций достаточно низкое: 44,5% пациентов-респондентов при обращении к медицинскому персоналу никакой информации об оказании стоматологической помощи не получили. Для разработки оптимальных направлений по оказанию стоматологической помощи пациентам с туберкулезом на всех этапах его лечения необходимо продолжение исследования среди пациентов с активным туберкулезным процессом и сотрудников противотуберкулезных диспансеров и туберкулезных стационаров.

Ключевые слова: стоматологическая помощь при туберкулезе; туберкулезный санаторий; мнение пациентов с туберкулезом.

Для цитирования: Галоян А. С., Загдын З. М., Абдрахманова С. З., Фархшатов И. Р. Стоматологическая помощь при туберкулезе (мнение пациентов и сотрудников туберкулезного санатория) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 11—17. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.002.

Original article

Dental care in tuberculosis: opinion of patients and staff of tuberculous sanatorium

Artur S. Galoyan¹, Zinaida M. Zagdyn^{2✉}, Sumbul Z. Abdrahmanova³, Ildus R. Farhshatov⁴

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

^{3,4}FSBI sanatorium "Gluchovskaya" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Bashkortostan Republic, Belebeevskiy district, sanatorium "Gluchovskaya"

¹galoyan@ro.ru, <http://ORCID:0000-0003-0406-0230>

²dinmetyan@mail.ru, <http://ORCID:0000-0003-1149-5400>

³sumbul.abdrahmanova@yandex.ru, <http://ORCID:0000-0001-7176-6554>

⁴gluhovskaya@bk.ru, <http://ORCID:0000-0003-2837-6029>

Annotation. In phthisiological system, one of unsolved problems is the management of dental care to TB patients at various stages of their treatment. With aim to study the patients' and medical staff' opinion in anti-tuberculous facilities for dental care in TB, a survey among 69 patients and 93 medical staff of the tuberculous sanatorium "Gluchovskaya" using a handout questionnaire was conducted. Five questions were compared, one of which was open. Differences in the obtained data were assessed by z-test of two proportions performed using the NanoStat1.15 program. It was found that about half of the patients in tuberculous sanatorium (44.9%), most of whom have a relatively favorable medical and social structure (the proportion of those who have work is 40.6%, the proportion of those who do not have active TB is 82.6%), have been visited and preferred to be observed in private and district dental clinics, than in specialized dental structure of TB facilities. Low availability of information on dental care for TB patients was noted: 59.4% of patients did not find the information they were interested on websites and stands of TB dispensaries and other TB facilities. In addition, the knowledge of such infor-

mation by medical staff of TB facilities is quite low: 44.5% of patients-respondents did not receive any information on dental care when applied to medical staff. To develop optimal directions for providing dental care to TB patients at all treatment stages, it is necessary to continue the study among patients with an active TB process and medical staff of TB dispensaries and TB hospitals.

Key words: dental care in tuberculosis; tuberculous sanatorium; TB patients' opinion.

For citation: Galoyan A. S., Zagdyn Z. M., Abdrahmanova S. Z., Farshatov I. R. Dental care in tuberculosis: opinion of patients and staff of tuberculous sanatorium. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(1):11–17. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.002.

Введение

На фоне продолжающегося снижения заболеваемости и смертности от туберкулеза (ТБ), сохранение его значимого социального груза в России, как и во всем мире, обуславливается ростом множественной лекарственной устойчивости возбудителя и распространением сочетания ТБ с ВИЧ-инфекцией [1–6]. Тем не менее, в целом, наблюдаемое улучшение ситуации по ТБ в стране создает благоприятные условия для расширения спектра медицинской помощи, оказываемой медицинскими противотуберкулезными организациями (МПО) пациентам с ТБ, с учетом их сопутствующих патологий. Во фтизиатрии одним из актуальных и нерешенных до настоящего времени вопросов остается организация оказания стоматологической помощи пациентам с ТБ [7]. Как в отечественных, так и зарубежных научных исследованиях наиболее широко представлены клинические проявления ТБ органов полости рта, челюстно-лицевой, шейной областей [8–17]. Несколько меньше изучены клинические аспекты неспецифических одонтогенных патологий у пациентов с ТБ [18–21]. Достаточное внимание уделено соблюдению санитарно-эпидемиологических режимов в медицинских организациях (МО), в том числе стоматологических, предотвращающих нозокомиальное распространение аэрогенных инфекций, включая ТБ¹ [22–24]. Однако, практически отсутствуют, и не совсем четки в изложении публикации, связанные с вопросами о том, где, кем, как и в каком объеме должна оказываться стоматологическая помощь пациентам с ТБ на различных этапах их лечения и наблюдения [25]. Нормативно-правовыми актами (НПА), в частности, порядком оказания стоматологической помощи взрослому населению, эти вопросы также не регулируются^{2,4}.

В соответствии с действующими НПА по ТБ, его лечение проводится в различных МПО в несколько этапов^{3,4}. Интенсивная фаза лечения, направленная

на максимальное уничтожение и подавление размножения популяции *Mycobacterium Tuberculosis*, чаще всего проходит в туберкулезном стационаре. Фаза продолжения лечения, преследующая уничтожение оставшейся микобактериальной популяции, преимущественно осуществляется амбулаторно в поликлиническом отделении противотуберкулезного диспансера (ПТД), тубкабинете или в условиях туберкулезного санатория при отсутствии противопоказаний пребывания в нем⁵. В туберкулезном санатории могут проходить оздоровительные курсы лечения не только пациенты с ТБ, находящиеся на фазе продолжения лечения, но и лица из уязвимых групп: перенесшие ТБ в прошлом; контактные с источниками ТБ; имеющие сопутствующие заболевания, представляющие высокий риск развития ТБ и др⁶.

Целью настоящего социологического исследования является сравнительная оценка мнений пациентов, проходящих лечебные и оздоровительные курсы в условиях туберкулезного санатория, и сотрудников этой МПО по вопросам оказания стоматологической помощи при ТБ.

Материалы и методы

По дизайну исследование является одномоментным (поперечным), со сплошной выборкой участников, проведенным в январе-феврале 2024 г. на базе федерального государственного бюджетного научного учреждения «Национальный научно-исследовательский институт (НИИ) общественного здоровья имени Н. А. Семашко» и федерального государственного бюджетного учреждения санаторий «Глуховская» Минздрава Российской Федерации. Туберкулезный санаторий «Глуховская», расположенный в Республике Башкортостан, осуществляет медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение взрослого населения при внелегочном туберкулезе; его сочетание с ВИЧ-инфекцией, парентеральными вирусными гепатитами; клинически излеченных заболеваниях легких туберкулезной и нетуберкулезной этиологии; потенциальной опас-

¹ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24.12.2020 № 44 об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678–20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйственных субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг». URL: <https://docs.cntd.ru/document/573275590?ysclid=lf7xt9xprz8112773920>. (дата обращения: 14.03.2024).

² Приказ Минздрава Российской Федерации от 31.07.2020 № 786н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях». URL: <https://base.garant.ru/74710260/?ysclid=lf7tv9i5jl582462291>. (дата обращения: 12.03.2024).

³ Приказ Минздрава Российской Федерации от 15.11.2012 № 932н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом» (с изменениями и дополнениями). URL: <https://base.garant.ru/70340750/?ysclid=lzplh8dd3z376509995>. (дата обращения: 12.07.2024).

⁴ Клинические рекомендации «Туберкулез у взрослых»: 2022–2024 (от 04.03.2022). Утверждены Минздравом Российской Федерации. URL: [https://roftb.ru/netcat_files/userfiles/KR%20A15-A19%20\(vzroslye\)%2028.02.2024%20\(1\).pdf](https://roftb.ru/netcat_files/userfiles/KR%20A15-A19%20(vzroslye)%2028.02.2024%20(1).pdf) (дата обращения 21.06.2024).

⁵ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 сентября 2020 г. N 1029н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения» (с изменениями и дополнениями). URL: <https://base.garant.ru/74823297/?ysclid=lzpdnjtorv293245446> (дата обращения: 12.06.2024).

⁶ Приказ Минздрава Российской Федерации от 17.03.2004 № 124 «О совершенствовании организации санаторно-курортной помощи больным в туберкулезных санаториях». URL: <https://base.garant.ru/4179969/?ysclid=zprjo5hlvp725359373> (дата обращения: 12.06.2024).

ности заражения ТБ (тубконтакты). Общая клиническая мощность санатория составляет 210 коек.

В исследовании опрос сотрудников туберкулезного санатория «Глуховская» и пациентов, проходивших оздоровительные и лечебные курсы по ТБ, проводился раздельно с использованием очного раздаточного опросника.

Анкета для пациентов состояла из 34 вопросов, и включала социально-демографические сведения, стоматологический статус участников, их мнение о информированности, нуждаемости и доступности стоматологической помощи при ТБ, вопросы по стигматизации, связанной с ТБ.

Опросник для сотрудников, представленный 24 вопросами, как и в случае для пациентов, состоял из социально-демографических сведений респондентов, сведений об их осведомленности, мнении по вопросам оказания и улучшения стоматологической помощи пациентам с ТБ, медицинской стигматизации, обусловленной ТБ.

В настоящей публикации представлены результаты сравнительного анализа лишь пяти, кроме социально-демографической информации, сопоставимых друг с другом, вопросов в двух разнородных группах пациентов и медицинских сотрудников санатория, отражающих их мнение по оказанию стоматологической помощи при ТБ. При этом, 4 вопроса были закрытыми, с выбором предложенных вариантов ответов, 1 вопрос был открытым, выражающим свободное мнение респондента. Социально-демографические сведения в той и другой группе изложены в описательной форме, без проведения сравнения между ними, в котором нет логической необходимости.

Математические расчеты в исследовании выполнены с использованием программы NanoStat1.15⁷. Различия сравниваемых показателей оценивались по z-тесту двух пропорций, уровень значимости различий выражался по p-value.

Проведение исследования одобрено независимым этическим комитетом Национального НИИ общественного здоровья от 24 января 2022 г. в рамках выполнения диссертационного исследования по совершенствованию организации оказания стоматологической помощи при ТБ. Перед заполнением онлайн формы опросника участники давали письменное информированное согласие через ответственного лицо за проведение исследования.

Результаты

Всего опросу подверглись 220 человек, из которых 59 сотрудников санатория были исключены, как не относящиеся к медицинскому персоналу МПО. В исследование вошли 162 участника: 69 пациентов (далее: пациенты-респонденты) и 93 медицинских работников санатория (далее: сотрудники).

Средний возраст пациентов-респондентов, принявших участие в исследовании, был равен 60,2 г.; мужчин — 60,1 г.; женщин — 60,2 г. Большинство

составило женщины — 56,5%. У пациентов-респондентов преобладало среднее специальное образование — 43,5%, уровень высшего образования составил 37,7%. Более половины участников являлись пенсионерами по возрасту и инвалидности — 52,2%, доля работающих составила 40,6%, не имели работу лишь 5 человек (7,2%). Более 1/3 части пациентов-респондентов на момент анкетирования состояли на учете в ПТД в связи с активным туберкулезным процессом и/или по тубконтакту, около 60,0% имели в анамнезе ТБ в прошлом, и 5 участников отнесли себя к группе риска по ТБ в связи с сопутствующей патологией.

Средний возраст принявших участие в исследовании медицинских работников санатория составил 46,6 лет, мужчин — 46,8 лет, женщин — 46,6 лет, преобладали женщины — 84,9%. Большинство сотрудников имело среднее специальное образование — 63,4%, доля лиц с высшим образованием составила 18,3%. В руководящее звено входили 8 человек (8,6%), доля врачей-фтизиатров и других специалистов составила 12,9%. Средний медицинский персонал составил более 40,0% от всех сотрудников, младший медицинский персонал — более 1/3 участников (35,5%). Более 60,0% сотрудников санатория имели трудовой стаж в медицине 10 лет и выше.

Результаты сравнительного анализа мнения пациентов-респондентов и медицинских сотрудников туберкулезного санатория об оказании стоматологической помощи при ТБ представлены в таблице.

Установлены статистически значимые расхождения во мнении пациентов-респондентов и сотрудников туберкулезного санатория о том, где в настоящее время получают стоматологическую помощь пациенты с ТБ. Около половины пациентов-респондентов указали, что они за стоматологической помощью обращаются в частную поликлинику; более 1/3 части участников — в районную поликлинику; 7 человек обращаются как в районную, так и частную стоматологическую поликлиники. Лишь два человека отметили, что они получают лечение в стоматологическом кабинете туберкулезной больницы. В отличие от пациентов-респондентов, около 1/3 части сотрудников санатория полагают, что вероятнее всего пациенты с ТБ стоматологическую помощь получают в стоматологическом кабинете туберкулезной больницы ($p < 0,01$). Более половины сотрудников, против более чем 90,0% пациентов-респондентов, считают, что пациенты с ТБ обращаются как в районную, так и частную стоматологические поликлиники ($p < 0,01$). Около 10,0% сотрудников санатория отмечают, что пациенты с ТБ обращаются во все стоматологические МО. Семь сотрудников предполагают, что пациенты с ТБ вероятнее всего никуда не обращаются за стоматологической помощью, что не имело значимых различий с аналогичным ответом четырех пациентов-респондентов (7,5% против 4,3%, $p > 0,05$).

Большинство пациентов-респондентов и сотрудников санатория едины в необходимости диспансерного наблюдения пациентов с ТБ врачом-стома-

⁷Стерликов С. А. NanoStat. Версия 1.15. URL: <https://t.me/ANfiYvtocj8wYmY6> (дата обращения 01.08.2024)

Ответы пациентов и сотрудников туберкулезного санатория на вопросы по оказанию стоматологической помощи при туберкулезе
 Answers of patients and staff in tuberculous sanatorium to questions on providing dental care for tuberculosis

Вопросы Questions	Ответы Answers	Пациенты Patients (n=69)		Сотрудники Staff (n=93)		p
		n	%	n	%	
Где чаще всего получают пациенты с ТБ стоматологическую помощь/ Where do TB patients most often receive dental care	В районной стоматологической поликлинике/In district dental clinic	25	36,2	15	16,1	<0,02
	В частной стоматологической поликлинике/In private dental clinic	32	46,4	16	17,2	<0,02
	В стоматологическом кабинете туберкулезной больницы/In dental office of TB hospital	2	3,0	30	32,3	<0,01
Должны ли пациенты с ТБ находиться под постоянным диспансерным наблюдением врачом-стоматолога и где/ Should TB patients be under constant dispensary observation of a dentist and where	В районной и частной стоматологических поликлиниках/In district and private dental clinics	7	10,1	16	17,2	<0,03
	Во всех стоматологических МО/In all dental clinics	0	0	9	9,7	-
	Нигде не получают стоматологическую помощь/Nowhere receive dental care	3	4,3	7	7,5	>0,05
	Да, в стоматологическом кабинете туберкулезной больницы/Yes, in dental office of TB hospital	6	8,7	12	12,9	<0,04
Наличие информации о стоматологической помощи пациентам с ТБ/Availability of information on dental care for TB patients	Да, районной стоматологической поликлинике/Yes, in district dental clinic	17	24,6	4	4,3	<0,01
	Да, в частной стоматологической поликлинике/Yes, in private dental clinic	14	20,3	1	1,1	<0,00
	Да, в стоматологическом отделении, организованном при туберкулезной больнице или ПТД/Yes, in dental department organized at the TB hospital or TB dispensary	5	7,2	39	41,9	<0,01
	Да, в специализированном отделении районной стоматологической поликлиники/Yes, in dental department of district dental clinic	9	13,0	2	2,2	<0,03
	Да, в специализированном городском стоматологическом центре/Yes, in specialized City dental clinic	2	2,9	0	0,0	—
	Да, во всех стоматологических МО/Yes, in all dental clinics	2	3,0	3	3,2	>0,06
	Да, в районной стоматологической поликлинике и стоматологическом кабинете туберкулезной больницы/Yes, in district dental clinic and dental office of the TB hospital	0	0	13	14,0	—
Нет, не должны наблюдаться/No, they should not be observed	14	20,3	19	20,4	>0,12	
Обращение за информацией к врачу/ Seeking information from a doctor	Да, есть такая информация на сайте и стендах ПТД и других МПО/Yes, there is such information on the website and stands of TB dispensary and other TB facilities	10	14,5	27	29,0	<0,01
	Такой информации не встречал в ПТД и других МПО/I have not seen such information in the TB dispensary and other TB facilities	41	59,4	10	10,8	<0,05
	Информация имеется на стендах в стоматологическом кабинете туберкулезной больницы/The information is on the stands in dental office of TB hospital	3	4,4	7	7,5	<0,05
	Не читаю стенды и не посещаю сайты ПТД, больниц/I do not read the stands and do not visit the websites of TB dispensary, hospitals	15	21,7	25	26,9	<0,01
	Информация имеется на стендах и сайте частных и районных стоматологических поликлиник/The information is on the stands and website of private and district dental clinics	0	0	24	25,8	—
	Обрашались несколько раз и получали исчерпывающую информацию/Applied several times and received comprehensive information	3	4,4	20	21,5	<0,02
	Обрашались несколько раз и никакой информации не получили/не смогли дать/Applied several times and did not receive any information / could not give it	31	44,9	12	12,9	<0,04
	Никогда не обращались/Have never applied	35	50,7	61	65,6	<0,00

ТБ — туберкулез, ПТД — противотуберкулезный диспансер, МО — медицинская организация, МПО — медицинская противотуберкулезная организация/TB — tuberculosis.

тологом: лишь более 20,0% респондентов в каждой группе отметили, что пациенты с ТБ не нуждаются в диспансерном стоматологическом наблюдении ($p > 0,12$). Однако, взгляды пациентов-респондентов и сотрудников санатория значительно расходятся в вопросе, где должны находиться пациенты с ТБ под диспансерным наблюдением врача-стоматолога. Большинство пациентов-респондентов (около 45,0%) готовы находиться на диспансерном наблюдении в районной и частной стоматологических поликлиниках, только около 1/3 части участников согласны наблюдаться в стоматологических кабинетах, отделениях, организованных при МПО, специализированном городском стоматологическом центре или специализированном отделении при районной стоматологической поликлинике для пациентов с ТБ. Напротив, около 60,0% сотрудников санатория считают, что пациенты с ТБ должны наблюдаться в специализированных стоматологических структу-

рах при МПО ($p < 0,01$), отдавая предпочтение стоматологическим отделениям при туберкулезных больницах и ПТД (41,9%). Лишь 5 сотрудников (5,4%) отмечают, что пациенты с ТБ должны наблюдаться в районной и частной стоматологических поликлиниках. Два сотрудника предлагают наблюдаться пациентам с ТБ в специализированных отделениях при районной стоматологической поликлинике; 3 сотрудника — во всех стоматологических МО; 13 сотрудников — как в районной стоматологической поликлинике, так и стоматологическом кабинете туберкулезной больницы. Ни один сотрудник не рассматривает предложенный исследователем гипотетический специализированный городской стоматологический центр для наблюдения пациентов с ТБ.

По вопросам доступности информации пациенты-респонденты в 5,5 раз чаще, чем сотрудники санатория, ответили, что они не встречали сведений о

стоматологической помощи при ТБ на стендах и сайтах ПТД и других МПО ($p < 0,05$). Также, ответы пациентов-респондентов о присутствии такой информации в стоматологическом кабинете туберкулезной больницы были в два раза реже, чем положительные ответы, выбранные сотрудниками по этому пункту ($p < 0,05$). К тому же, сотрудники санатория значимо чаще, чем пациенты-респонденты, признались в том, что они не посещают сайты и не читают стенды МО ($p < 0,01$). В то же время, более $\frac{1}{4}$ части сотрудников указали на наличие информации о стоматологической помощи при ТБ в информационной зоне районных и частных стоматологических поликлиник, тогда как пациенты-респонденты обошли данный вопрос.

По поводу обращения пациентов к врачам за информацией о том, где можно получить стоматологическую помощь при ТБ, преимущественная часть, как пациентов-респондентов, так и сотрудников санатория, которых было больше, чем первых ($p < 0,00$), ответили, что никогда пациенты с ТБ не обращались к медицинскому персоналу с подобным вопросом. Тем не менее, сотрудники санатория в 5 раз чаще, чем пациенты-респонденты указали, что при нескольких обращениях пациентов с таким вопросом они дали им исчерпывающую информацию ($p < 0,02$). В свою очередь, пациенты-респонденты в 3,5 раза чаще, чем сотрудники, отметили, что при нескольких обращениях к медицинскому персоналу МПО с вопросом, где можно получить стоматологическую помощь при ТБ, никакой информации не получили ($p < 0,04$).

В открытом вопросе по улучшению организации оказания стоматологической помощи при ТБ большинство пациентов-респондентов предложили создание стоматологического кабинета при МПО, с квалифицированным предоставлением им всех видов стоматологических вмешательств. Часть участников указали на необходимость решения вопроса о выполнении протезирования зубов пациентам с ТБ бесплатно, через систему обязательного медицинского страхования; часть — на улучшение качества используемого пломбирочного материала, снижение стоимости и повышение доступности стоматологической помощи пациентам с ТБ, особенно в отдаленных регионах. Также пациенты-респонденты выразили желание лучшего понимания и хорошего отношения к себе со стороны медицинского персонала и предоставления им полноценной информации по оказанию стоматологической помощи.

Сотрудники санатория в своих предложениях, как и пациенты-респонденты, отметили необходимость организации стоматологического кабинета/отделения во всех МПО, с оказанием всех видов стоматологических вмешательств для пациентов с ТБ на бесплатной основе, с графиком работы на полный рабочий день, учетом соблюдения санитарно-эпидемиологического режима. При свободном выражении мнения респондентов, предложений по использованию частных поликлиник и специализированного городского центра для оказания стоматологической помощи при ТБ не было.

Обсуждение

Особенностью проведенного исследования является сравнение взглядов пациентов и медицинского персонала туберкулезного санатория на одну и ту же проблему оказания стоматологической помощи при ТБ. Преимущественно противоположные мнения в двух разнородных группах несколько усложняют и ограничивают логическую интерпретацию полученных результатов. Тем не менее, из выполненного опроса пациентов, проходящих лечебно-оздоровительные курсы в туберкулезном санатории, следует что большинство из них за стоматологической помощью обращаются в частные и районные стоматологические поликлиники. При этом они признают, что пациенты с ТБ должны находиться под диспансерным наблюдением врача-стоматолога, но сами, в большинстве, не готовы наблюдаться в стоматологических структурах МПО. В то же время, в предложениях по улучшению стоматологической помощи при ТБ пациенты-респонденты предлагают организацию стоматологических кабинетов при МПО с квалифицированным оказанием медицинских вмешательств. Полагаем, что такие взаимоисключающие мнения связаны с относительно благополучной медико-социальной структурой опрошенных пациентов, проходящих оздоровительные и реабилитационные курсы лечения в туберкулезном санатории, из которых: около половины работают, несмотря на пенсионный возраст и наличие инвалидности; большая часть представлена лицами, перенесшими ТБ в прошлом, и лицами из групп риска по ТБ в связи с сопутствующими заболеваниями, а не пациентами с активным туберкулезным процессом. Между тем, при выборочно выполненном анализе (данные не приведены в статье), пациенты с активным ТБ (12 человек), также предпочитают наблюдаться в частных и районных стоматологических поликлиниках. Другой причиной предпочтения пациентами-респондентами частных и районных поликлиник стоматологическим структурам при МПО может быть то, что в настоящее время, согласно «Порядку оказания медицинской помощи больным туберкулезом»⁴ стоматологическая помощь для пациентов с активным туберкулезным процессом оказывается только в специализированных туберкулезных стационарах, где предусматривается 1 врач-стоматолог на 100 коек, с ограниченными видами стоматологических вмешательств, преимущественно экстренных [25].

Предложения сотрудников о необходимости наблюдении пациентов с ТБ в стоматологических структурах, организованных при МПО, а не при районных и частных стоматологических поликлиниках, абсолютно правомерны с точки зрения соблюдения санитарно-эпидемиологического режима и других требований [22].

В вопросах о доступности информации по оказанию стоматологической помощи при ТБ пациенты больше заинтересованы, соответственно они чаще, нежели сотрудники, отмечают отсутствие нужных им сведений в информационной зоне МПО.

Из представленных результатов очевидна необходимость продолжения исследования среди пациентов и сотрудников ПТД и туберкулезного стационара для разработки оптимальных организационных направлений по оказанию стоматологической помощи пациентам с ТБ на различных этапах их лечения.

Заключение

Пациенты туберкулезного санатория, в большинстве имеющие относительно благополучную медико-социальную структуру (доля работающих — 40,6%, доля не имеющих активный ТБ — 82,6%), получают стоматологическую помощь, и предпочитают наблюдаться в частных и районных стоматологических поликлиниках, нежели в стоматологических структурах МПО. Установлено, что доступность информации об оказании стоматологической помощи пациентам при ТБ низкая: 59,4 % пациентов не нашли интересующие их сведения на сайтах и стендах ПТД и других МПО. Кроме того, владение подобной информацией сотрудников МПО достаточно низкое: 44,5% пациентов-респондентов никакой информации не получили от медицинского персонала на вопрос о том, где можно получить стоматологическую помощь.

Для более глубокого изучения барьеров при оказании стоматологической помощи пациентам с ТБ на всех этапах его лечения необходимо продолжение исследования среди пациентов и сотрудников ПТД и туберкулезных стационаров.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Global Tuberculosis Report. 2023. Geneva: WHO; 2024.
2. Васильева И. А., Белиловский Е. М., Борисов С. Е., Стерликов С. А. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя в странах мира и в Российской Федерации. *Туберкулез и болезни лёгких*. 2017;95(11):5—17. DOI: 10.21292/2075-1230-2017-95-11-5-17
3. Русакова Л. И., Черноусова Л. Н., Кучерявая Д. А. Первичная лекарственная устойчивость M. tuberculosis по данным Центра передового опыта Сети супранациональных референс-лабораторий ВОЗ ФГБНУ «ЦНИИТ» в 2016—2021 гг. *Медицинский Альянс*. 2023;11(4):35—42. DOI: 10.36422/23076348-2023-11-4-35-42
4. Яблонский П. К., Вишневский Б. И., Соловьева Н. С., Галкин В. Б. Частота и структура лекарственной устойчивости M. tuberculosis при туберкулезе легких и внелегочной локализации. *Туберкулез и болезни лёгких*. 2024;102(1):40—45. DOI: 10.58838/2075-1230-2024-102-1-40-45
5. Скрыгина Е. М., Калечиц О. М., Журкин Д. М., Глинская Т. Н., Дюсьмикеева М. И., Климук Д. А., Сапрыкина Ж. А., Ветушко Д. А., Бобрукевич Е. Л., Белько А. Ф. Множественно лекарственно-устойчивый туберкулез в Беларуси: заболеваемость, риски развития, прогноз. *Клиническая инфектология и паразитология*. 2023;12(4):301—308. DOI: 10.34883/PI.2023.12.4.017
6. Махмудова П. У., Махмудова Р. У., Закирова К. А., Нуров Р. М., Исмагова М. А. Эпидемиологическая ситуация по множественно лекарственно устойчивым формам туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции. *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения*. 2022;(4):39—43.
7. Галоян А. С., Загдын З. М. Оказание стоматологической помощи пациентам с туберкулезом (аналитический обзор). *Туберкулез и социально значимые заболевания*. 2021;11(1(41)):44—48.
8. Кукурика А. В., Юровская И. А., Юровская Е. И. Язва языка как проявление ВИЧ-ассоциированного туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. *Туберкулез и болезни лёгких*. 2022;100(2):48—52. DOI: 10.21292/2075-1230-2022-100-2-48-52

9. Oral and maxillofacial tuberculosis: A systematic review. *Oral Dis*. 2023;29(7):2483—2492. DOI: 10.1111/odi.14290
10. Sharma S, Bajpai J, Pathak PK, Pradhan A, Singh P, Kant S. Oral tuberculosis — Current concepts. *J Family Med Prim Care*. 2019;8:1308—1312. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_97_19
11. Курьязов А. К. Туберкулез полости рта, миндалин и глотки у больных, проживающих в районе Приаралья. *Вестник науки и образования*. 2022;126(6—2):67—69. DOI: 10.24411/2312-8089-2022-10604
12. Спиридонова О. И., Елескина А. С., Гаранов Д. А., Комилов Ф. М. У. Клиническое значение и диагностика туберкулеза слизистой оболочки полости рта. *Инновации. Наука. Образование*. 2021;47:2454—2455.
13. Радышевская Т. Н., Старикова И. В., Попкова Н. Л., Барканова О. Н., Гагарина С. Г., Калуженина А. А. Туберкулез слизистой полости рта. *Волгоградский научно-медицинский журнал*. 2014;4:3—6.
14. Никулич К. Е., Павлова А. С., Сорокин А. Е., Сорокина О. А. Факторы риска и оральные проявления туберкулеза. *Проблемы научной мысли*. 2023;6(3):124—128.
15. Шукурова Н. Т., Муратова С. К., Тураев А. Б. Врачебная тактика при диагностике туберкулеза полости рта. *Вестник науки и образования*. 2020;(18(часть 2):86—91.
16. Bansal R., Jain A., Mittal S. Orofacial tuberculosis: clinical manifestation, diagnosis and management. *Journal of Family Medicine and Primary care*. 2015;4(3):335—341.
17. Sabah A. I., Yussein A. A., Mustafa E. J. Orofacial tuberculosis: a diagnostic challenge. *ID Cases*. 2020.21:e00825. DOI: 10.1016/j.idcr.2020.e00825
18. Утешева И. З., Муртазаев С. С., Парпиева Н. Н. Стоматологический статус и совершенствование лечения патологических изменений в полости рта детей, больных туберкулезом. *Вестник науки и образования*. 2021;117(14—2):26—31. DOI: 10.24411/2312-8089-2021-11401
19. Лунина Н. А., Великая О. В., Олейник О. В. Туберкулез легких как фактор риска развития хронического генерализованного пародонтита. *Системный анализ и управление в биомедицинских системах*. 2023;22(2):149—153. DOI: 10.36622/VSTU.2023.22.2.021
20. Payal S., Saurabh K. G., Atul Kh., Prasad S. V.S., Abhishek M., Parul S., Shivam K. Oral health status and awareness among tuberculosis patients in Indian population. *Indian Journal of Tuberculosis*. 2015;62(3):162—165. DOI: 10.1016/j.ijtb.2015.09.002
21. Гажва С. В., Заплутанова Д. А., Еремеев А. Ф., Пронина Л. Л. Риск развития хронического орального сепсиса у больных туберкулезом легких. *Здоровье и образование в XXI веке*. 2016;8(2):238—241.
22. Cleveland J. L. Tuberculosis epidemiology, diagnosis and infection control recommendations for dental settings an update on the Centers for Disease Control and Prevention Guidelines. *Journal of the American Dental Association*. 2009;140(9):1092—1099. DOI: 10.14219/jada.archive.2009.0335
23. Zemouri C., Awad S. F., Volgenant C. M.C., Crielaard W., Laheij A. M.G.A., J.J. de Soet. Modeling of the transmission of coronaviruses, measles virus, influenza virus, Mycobacterium tuberculosis, and Legionella pneumophila in Dental Clinics. *Journal of Dental Research*. 2020;99(10):1192—1198. DOI: 10.1177/0022034520940288
24. Burger MS, Abraham-Inpijn L, Vissink A. Tuberculosis in the dental office. Epidemiology, clinical view and prevention. *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 2012;119(4):175—82. DOI: 10.5177/ntvt.2012.04.11215
25. Мишин В. Ю., Завражнов С. П., Митронин А. В., Мишина А. В. Туберкулез челюстно-лицевой области. Фтизиатрия. М.: «Геотар-Медиа»; 2020.

REFERENCES

1. Global Tuberculosis Report. 2023. Geneva: WHO; 2024.
2. Vasilyeva I. A., Belilovsky E. M., Borisov S. E., Sterlikov S. A. Multidrug resistant tuberculosis in the countries of the outer world and in the Russian Federation. *Tuberculosis and Lung Diseases*. [Туберкулез и болезни лёгких]. 2017;95(11):5—17 (In Russian). DOI: 10.21292/2075-1230-2017-95-11-5-17
3. Rusakova L., Chernousova L., Kucheryavay D. Primary drug resistance of M. tuberculosis according to the Center of Excellence of the WHO Network of Supranational Reference Laboratories of the CTRI in 2016—2021. *Medical Alliance*. [Медицинский Альянс]. 2023;11(4):35—42 (In Russian). DOI: 10.36422/23076348-2023-11-4-35-42

4. Yablonskiy P. K., Vishnevskiy B. I., Solovyova N. S., Galkin V. B. Frequency and structure of drug resistance of M. Tuberculosis in pulmonary and extrapulmonary tuberculosis. *Tuberculosis and Lung Diseases. [Tuberkulez i bolezni legkix]*. 2024;102(1):40—45 (In Russian). DOI: 10.58838/2075-1230-2024-102-1-40-45
5. Skryagina E., Kalechits O., Zhurkin D., Glinskaya T., Dyusmikeeva M., Klimuk D., Saprykina Zh., Vetushko D., Bobrukevich E., Belko A. Multidrug-resistant tuberculosis in Belarus: incidence, development risks, prognosis. *Clinical infectology and parasitology. [Klinicheskaya infektologiya i parazitologiya]*. 2023;12(4):301—308 (In Russian). DOI: 10.34883/Pl.2023.12.4.017
6. Makhmudova P. U., Mahmudova R. U., Zakirova K. A., Nurov R. M., Ismatova M. A. Epidemiological situation on multidrug-resistant forms of tuberculosis on the background of HIV infection. *Journal of postgraduate medical education. [Vestnik posle diplomnogo obrazovaniya v sfere zdravooxraneniya]*. 2022;(4):39—43 (In Russian).
7. Galoyan A. S., Zagdyn Z. M. Dental care for TB patients (analytical review). *Tuberculosis and socially significant diseases. [Tuberkulez i social'no znachimy'e zabolvaniya]*. 2021;11(141):44—48 (In Russian).
8. Kukurika A. V., Iurovskaia I. A., Iurovskaia E. I. Tongue ulcer as a manifestation of secondary HIV-associated multidrug-resistant tuberculosis. *Tuberculosis and Lung Diseases. [Tuberkulez i bolezni legkix]*. 2022;100(2):48—52 (In Russian). DOI: 10.21292/2075-1230-2022-100-2-48-52
9. Amanda de Farias Gabriel, Laura Borges Kirschnick, Bruna Barcelos Só, Lauren Frenzel Schuch, Felipe Martins Silveira, Marco Antonio Trevizani Martins, Vivian Petersen Wagner, Márcio Ajudarte Lopes, Manoela Domingues Martins. Oral and maxillofacial tuberculosis: A systematic review. *Oral Dis.* 2023;29(7):2483—2492. DOI: 10.1111/odi.14290
10. Sharma S, Bajpai J, Pathak PK, Pradhan A, Singh P, Kant S. Oral tuberculosis — Current concepts. *J Family Med Prim Care.* 2019;8:1308—12. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_97_19
11. Kurayazov A. K. Tuberculosis of the oral cavity, tonsils and pharynx in patients living in the Aral. *[Vestnik nauki i obrazovaniya]*. 2022;126(6—2):67—69 (In Russian). DOI: 10.24411/2312-8089-2022-10604
12. Spiridonova O. I., Eleskina A. C., Garanov D. A., Komilov F. M. U. Clinical significance and diagnostics of tuberculosis of the oral mucosa. *Innovations. Science. Education. [Innovacii. Nauka. Obrazovanie]*. 2021;47:2454—2455 (In Russian).
13. Radyshevskaya T. N., Starikova I. V., Popkova N. L., Barkanova O. N., Gagarina S. G., Kaluzhenina A. A. Tuberculosis of oral mucosa. *Volgograd journal of medical research. [Volgogradskij nauchno-medicinskij zhurnal]*. 2014;4:3—6 (In Russian).
14. Nikulich K. E., Pavlova A. S., Sorokin A. E., Sorokina O. A. Risk factors of oral manifestation of tuberculosis. *Problems of scientific thought. [Problemy nauchnoj mysli]*. 2023;6(3):124—128 (In Russian).
15. Shukurova N. T., Muratova S. K., Turaev A. B. Medical tactic in diagnosis of oral tuberculosis. *Bulletin of Science and Education. [Vestnik nauki i obrazovaniya]*. 2020;18(part 2):86—91 (In Russian).
16. Bansal R., Jain A., Mittal S. Orofacial tuberculosis: clinical manifestation, diagnosis and management. *Journal of Family Medicine and Primary care.* 2015;4(3):335—341.
17. Sabah A. I., Yussein A. A., Mustafa E. J. Orofacial tuberculosis: a diagnostic challenge. *ID Cases.* 2020.21:e00825. DOI: 10.1016/j.idcr.2020.e00825
18. Utesheva I. Z., Murtazaev S. S., Parpieva N. N. Dental status and improvement of treatment of pathological changes in the oral cavity of children with tuberculosis. *Bulletin of Science and Education. [Vestnik nauki i obrazovaniya]*. 2021;117(14—2):26—31 (In Russian). DOI: 10.24411/2312-8089-2021-11401
19. Lunina N. A., Velikaya O. V., Oleynik O. V. Pulmonary tuberculosis as a risk factor for the development of chronic generalization of periodontitis. *System analysis and control in biomedical systems. [Sistemnyj analiz i upravlenie v biomedicinskih sistemah]*. 2023;22(2):149—153 (in Russian). DOI: 10.36622/VSTU.2023.22.2.021
20. Payal S., Saurabh K. G., Atul Kh., Prasad S. V.S., Abhishek M., Parul S., Shivam K. Oral health status and awareness among tuberculosis patients in Indian population. *Indian Journal of Tuberculosis.* 2015;62(3):162—165. DOI: 10.1016/j.ijtb.2015.09.002
21. Gazhva S. I., Zaplutanova D. A., Ereemeev A. F., Pronina L. L. The risk of developing chronic oral administration of sepsis in patients with pulmonary tuberculosis. *The Journal of scientific articles "Health and Education Millennium"* [Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke]. 2016;18(2): 238—241 (In Russian).
22. Cleveland J. L. Tuberculosis epidemiology, diagnosis and infection control recommendations for dental settings: an update on the Centers for Disease Control and Prevention Guidelines. *Journal of the American Dental Association.* 2009;140(9):1092—1099. DOI: 10.14219/jada.archive.2009.0335
23. Zemouri C., Awad S. F., Volgenant C. M.C., Crielaard W., Laheij A. M.G.A., J.J. de Soet. Modeling of the transmission of coronaviruses, measles virus, influenza virus, Mycobacterium tuberculosis, and Legionella pneumophila in Dental Clinics. *Journal of Dental Research.* 2020;99(10):1192—1198. DOI: 10.1177/0022034520940288
24. Burger MS, Abraham-Inpijn L, Vissink A. Tuberculosis in the dental office. Epidemiology, clinical view and prevention. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2012;119(4):175—82. DOI: 10.5177/ntvt.2012.04.11215
25. Mishin V. Yu., Zavragnov S. P., Mitronin A. V., Mishina A. V. Tuberculosis of the maxillofacial region. Phthisiology. Moscow: Geotar-Media; 2020 (In Russian).

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

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

Статья поступила в редакцию 22.08.2024; одобрена после рецензирования 02.10.2024; принята к публикации 14.03.2025. The article was submitted 22.08.2024; approved after reviewing 02.10.2024; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.003

Влияние профессиональной деятельности медицинских сестер на качество оказания медицинской помощи паллиативным пациентам в стационарных условиях

Наталья Алексеевна Касимовская¹, Наталья Сергеевна Гераскина²

^{1–2}Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), г. Москва, Российская Федерация

¹kasimovskaya_n_a@staff.sechenov.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1046-4349>

²geraskina_n_s@staff.sechenov.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7018-2688>

Аннотация. В паллиативной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в первую очередь нуждаются взрослые пациенты в возрасте старше 60 лет, имеющие хронические заболевания и полиморбидный фон. Реализация потребностей пациентов и решение их насущных проблем в стационарных условиях является основной задачей медицинских сестер. Проведенное в период 2021—2022 гг. исследование подтвердило значимость профессиональной деятельности медицинских сестер в решении проблем и удовлетворении потребностей паллиативных пациентов. Особыми условиями профессиональной деятельности для медицинских сестер является тяжесть состояния пациентов, так как наиболее часто в их практике встречаются пациенты с различными формами злокачественных новообразований (85,0%, ДИ 81,4—88,6), тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения (58,6%, ДИ 53,8—63,4), дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания (40,2%, ДИ 35,4—45,0). Медицинские сестры в рамках профессиональной деятельности часто сталкиваются с такими группами проблем паллиативных пациентов в стационаре, как болевой синдром (85,5%), проявления нарушений пищеварения (60,3%), нарушения дыхания (55,4%), несколько реже — с психическими и неврологическими (48,2%), а также урологическими проблемами пациентов (40,4%). Представлена частота встречаемости проблем и симптомов у паллиативных пациентов в профессиональной деятельности медицинских сестер. Ведущими проблемами и симптомами у паллиативных пациентов, требующих помощи медицинских сестер являются: запор (86,5%), тошнота и рвота (80,0%), сухость во рту (70,1%), одышка (79,4%), недержание мочи (75,9%), затрудненное мочеиспускание (64,5%), бессонница (77,9%), проявления деменции (70,4%) и депрессии (61,6%).

Медицинские сестры подтверждают, что их профессиональная деятельность облегчает страдания паллиативных пациентов, однако, качество сестринского ухода оценивают, как «очень высокое» только в 52% случаев. Исследование определило, что профессиональная деятельность медицинских сестер, оказывающих специализированную паллиативную медицинскую помощь взрослым в стационарных условиях, является значимым компонентом качества медицинской помощи паллиативным пациентам.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, паллиативный пациент, медицинские сестры, проблемы и потребности пациентов, сестринский уход, паллиативная медицинская помощь

Для цитирования: Касимовская Н. А., Гераскина Н. С. Влияние профессиональной деятельности медицинских сестер на качество оказания медицинской помощи паллиативным пациентам в стационарных условиях // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 18—24. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.003.

Original article

The impact of professional activities of nurses on the quality of medical care for palliative patients in inpatient settings

Nataliya A. Kasimovskaya¹, Natalia S. Geraskina²

^{1–2}Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

¹kasimovskaya_n_a@staff.sechenov.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1046-4349>

²geraskina_n_s@staff.sechenov.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7018-2688>

Annotation. Inpatient palliative care is primarily needed by adult patients over the age of 60 who have chronic diseases and a polymorbid background. Realizing the needs of patients and solving their urgent problems in inpatient settings is the main task of nurses. The study conducted in 2021—2022 confirmed the importance of the professional activities of nurses in solving problems and needs of palliative patients. The special conditions of professional activity for nurses are the severity of the patients' condition, since most often in their practice they encounter patients with various forms of cancer (85.0%, CI 81.4—88.6), severe irreversible consequences of cerebrovascular accidents (58.6%, CI 53.8—63.4), degenerative diseases of the nervous system in the late stages of the disease (40.2%, CI 35.4—45.0). Nurses in the professional field often face such groups of problems of palliative patients in inpatient settings, as pain syndrome (85.5%), manifestations of digestive disorders (60.3%), respiratory disorders (55.4%), slightly less — with mental and neurological (48.2%), as well as urological problems of patients (40.4%). The frequency of occurrence of problems and symptoms in palliative patients in the professional activities of nurses is presented. The leading problems in palliative patients requiring nursing care are constipation (86.5%), nausea and vomiting (80.0%), dry mouth (70.1%), shortness of breath (79.4%), urinary incontinence (75.9%), difficulty urinating (64.5%), insomnia (77.9%), manifestations of dementia (70.4%) and depression (61.6%).

Nurses acknowledge that their professional activities alleviate the suffering of palliative patients, however, the quality of nursing care is rated as “very high” in only 52% of cases. The study determined that the professional activity of nurses providing specialized palliative care to adults in inpatient settings is an important component of the quality of care for palliative patients.

Key words: *quality of care, palliative patient, nurses, problems and needs of patients, nursing care, palliative care.*

For citation: Kasimovskaya N. A., Geraskina N. S. The impact of professional activities of nurses on the quality of medical care for palliative patients in inpatient settings. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2025;(1):18–24. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.003.

Введение

В последние десятилетия в Российской Федерации активно развивается паллиативная медицинская помощь (ПМП) — вид помощи, включающий медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера, мероприятия по уходу за пациентом [1—4]. Паллиативная помощь характеризуется как «комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан различными заболеваниями, в том числе онкологическими, другой тяжелой патологией, на этапе неконтролируемого прогрессирования заболевания» [5].

В первую очередь в паллиативной помощи нуждаются взрослые пациенты в возрасте старше 60 лет, которые чаще всего имеют такие хронические заболевания, как сердечно-сосудистая патология (38,5%), рак (34,0%), хроническая обструктивная болезнь легких (10,3%), ВИЧ/СПИД (5,7%), сахарный диабет (4,6%), заболевания почек (2,0%), цирроз печени (1,7%), болезнь Альцгеймера и другие виды деменций (1,7%), что часто требует постоянного ухода за пациентами в стационарных условиях [1, 6, 7]. Тем не менее самое большое число нуждающихся пациентов и требующих ухода в рамках паллиативной помощи приходится на две группы болезней: сердечно-сосудистые заболевания и онкология (38,5% и 34,0% соответственно) [6]. В соответствии с рекомендациями международных медицинских организаций, паллиативная медицинская помощь должна оказываться, исходя из потребностей человека, что является важной составляющей качества оказываемой медицинской помощи для паллиативных пациентов [3]. Мировой опыт свидетельствует о том, что эффективная паллиативная помощь основана на коллективной работе медицинских работников различных специальностей, (онколог, терапевт, психотерапевт, медицинские сестры и др.), социальных работников, родственников, друзей больного, служителей церкви и на высоком уровне преемственности в их совместной деятельности [5]. Реализация потребностей пациентов в стационарных условиях является основной задачей в работе медицинских сестер. Медицинские сестры, осуществляющие уход за пациентами в стационаре, проводят больше времени с пациентами и семьями, чем любой другой медицинский работник [7—10]. При этом потребности паллиативных пациентов в стационаре практически не исследованы, не определено влияние сестринского ухода на качество оказываемой паллиативным пациентам медицинской помощи, что обосновывает актуальность изучения

профессиональной деятельности сестринского персонала при работе с паллиативными пациентами.

Цель: изучить влияние профессиональной деятельности медицинских сестер, осуществляющих уход, решение проблем и потребностей паллиативных пациентов, на качество медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

Материалы и методы

Материалом для анализа явились результаты социологического опроса медицинских сестер, участвующих в оказании специализированной ПМП взрослым в стационарных условиях в различных регионах Российской Федерации, по разработанной авторской анкете. Исследование профессиональной деятельности медицинских сестер проводилось в период 2021—2022 гг., выборка составила $n = 413$ ($N = 1045800$, 2021 г.). Репрезентативность выборки определена по методике В. И. Паниотто [11]. Уровень статистической значимости $p < 0,05$. Для описания основных проблем и тягостных симптомов у паллиативных пациентов была использована терминология, предложенная в книге «Основы паллиативной помощи» под редакцией Р. Твайкросса и Э. Уилкока [12]. Для получения и анализа данных применялись социологический и методы описательной статистики. Статистическая обработка и анализ полученных результатов исследования проведены с использованием программы Excel 2019.

Результаты

В Российской Федерации паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях оказывается в хосписах, Центрах паллиативной помощи, домах сестринского ухода, однако и другие больничные учреждения имеют в своем составе отделения и койки паллиативной помощи [5]. Состояние паллиативных пациентов в стационарных условиях наиболее тягостное, они часто имеют отягощенный полиморбидный фон, и чаще всего паллиативные пациенты госпитализируются в медицинские организации старше трудоспособного возраста, в медицинские организации всех федеральных округов Российской Федерации: ЦФО (41,3^{0/0000}), СЗФО (28,8^{0/0000}), ЮФО (61,6^{0/0000}), СКФО (9,6^{0/0000}), ПФО (46,8^{0/0000}), УФО (18,1^{0/0000}), СФО (23,9^{0/0000}), ДФО (24,6^{0/0000}) (рис. 1).

Сложность ухода за пациентами старше трудоспособного возраста в том, что у паллиативных пациентов часто одновременно возникают несколько тягостных симптомов, особенно в стационарных условиях [1, 2]. Облегчить страдания от их проявлений, способствуя повышению качества жизни пациентов, помогает сестринский персонал [9].

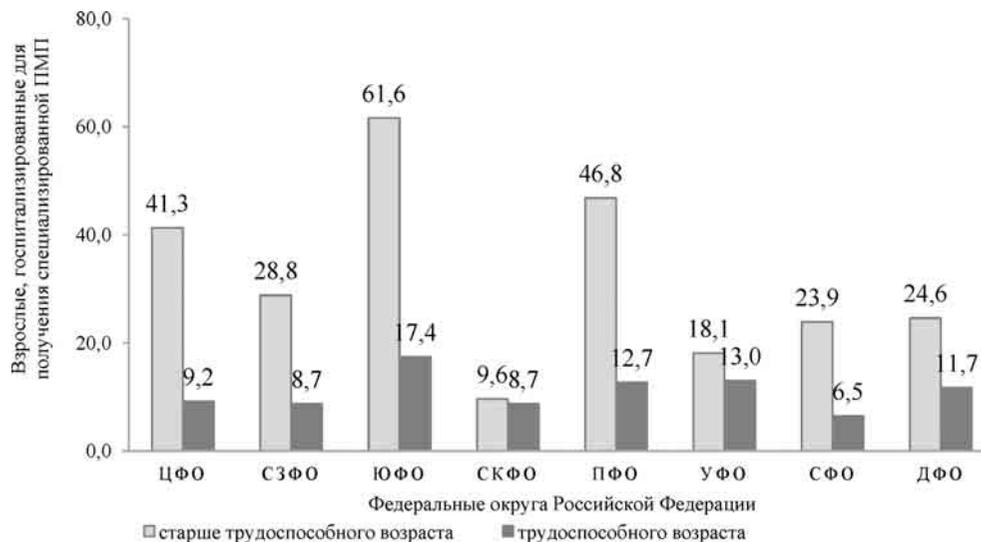


Рис. 1. Частота госпитализаций в медицинские организации взрослых пациентов для получения ПМП по федеральным округам, 2021 год, 1-й квартал (на 100000 населения)

Выявлено, что качество сестринского ухода медицинские сестры, работающие с паллиативными пациентами, оценивают, как «очень высокое» только в 52% случаев, как «высокое» (44%) и «неудовлетворительно» — 4% медицинских сестер.

Медицинские сестры отмечают, что нечасто госпитализируются для получения специализированной ПМП взрослые пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями травм (55,9%, ДИ 51,1—60,7), различными формами деменции, в том числе болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания (48,7%, ДИ 43,7—53,7). Крайне редко, в стационарных условиях, получают ПМП взрослые с социально значимыми инфекционными заболеваниями в терминальной стадии развития (32,4%, ДИ 27,8—37,0) (таблица 1).

Проведенный опрос показал, что большинство опрошенных медицинских сестер, осуществляющих уход за паллиативными пациентами в стационарных условиях, указывают на особые условия профессиональной деятельности, так как наиболее часто в их практике встречаются пациенты с тяжелыми состояниями: различными формами злокачественных новообразований (85,0%, ДИ 81,4—88,6), тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения (58,6%, ДИ 53,8—63,4), дегенеративными заболеваниями нервной си-

стемы на поздних стадиях развития заболевания (40,2%, ДИ 35,4—45,0) (рис.2).

У паллиативных пациентов одновременно возникают несколько тягостных симптомов, поэтому крайне важно выявить их все и определить лидирующий симптом [1]. В современной медицине определены тактики ведения паллиативных пациентов врачом. Однако практически не определены проблемы и симптомы, с которыми работает медицинская сестра подразделения паллиативного профиля стационара. В то время как решение проблем паллиативных пациентов в стационарных условиях является ведущей задачей для повышения качества оказываемой медицинской помощи таким пациентам.

Медицинские сестры признают в 99,5% случаев, что их профессиональная деятельность облегчает страдания паллиативных пациентов.

Большинство медицинских сестер в рамках профессиональной деятельности часто сталкивается с такими группами проблем паллиативных пациентов в стационаре, как болевой синдром (85,5%), проявления нарушений пищеварения (60,3%), нарушений дыхания (55,4%), несколько реже — с психическими и неврологическими (48,2%), а также урологическими проблемами пациентов (40,4%) (табл. 2).

Таблица 1

Группы состояний/заболеваний паллиативных пациентов, с которыми работают медицинские сестры в стационарных условиях (на 100 опрошенных)

№	Группы заболеваний/состояний	Крайне редко		Нечасто		Часто	
		%	ДИ	%	ДИ	%	ДИ
1.	Различные формы злокачественных новообразований	0,7	0,0—1,5	14,3	10,9—17,7	85,0	81,4—88,6
2.	Органная недостаточность в стадии декомпенсации	13,8	10,4—17,2	46,7	41,7—51,7	39,5	34,7—44,3
3.	Тяжелые необратимые последствия нарушений мозгового кровообращения	6,3	3,9—8,7	35,1	30,5—39,7	58,6	53,8—63,4
4.	Тяжелые необратимые последствия травм	25,2	21,0—29,4	55,9	51,1—60,7	18,9	15,1—22,7
5.	Дегенеративные заболевания нервной системы на поздних стадиях развития заболевания	13,1	9,7—16,5	42,9	38,1—47,7	40,2	35,4—45,0
6.	Различные формы деменции, в том числе болезнь Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания	11,6	8,4—14,8	48,7	43,7—53,7	39,7	34,9—44,5
7.	Социально значимые инфекционные заболевания в терминальной стадии развития	32,4	27,8—37,0	47,7	42,7—52,7	19,9	15,9—23,9

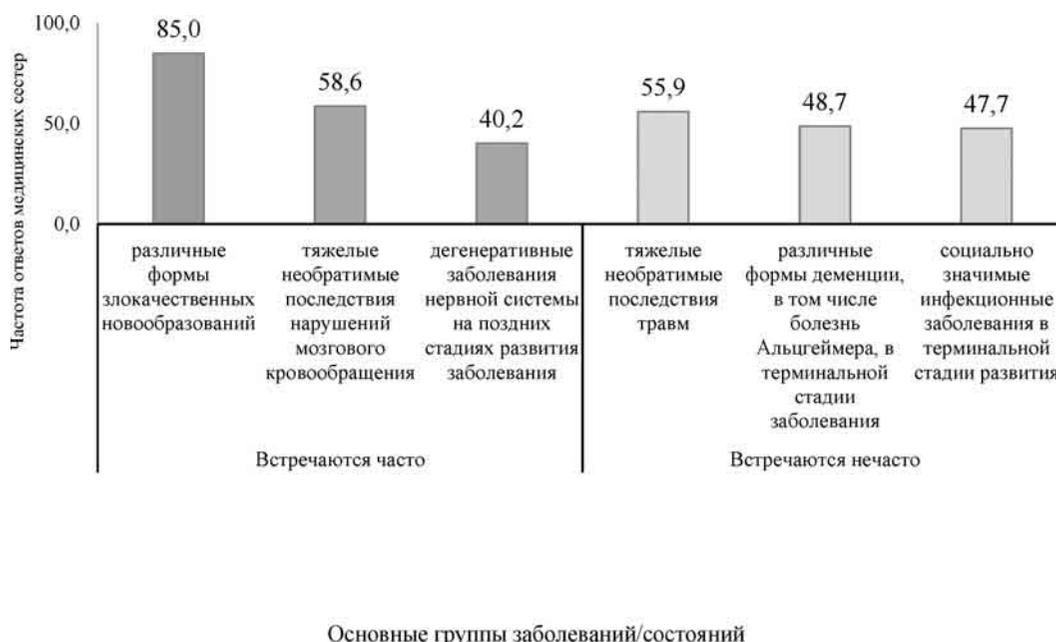


Рис. 2. Основные группы заболеваний (состояний) паллиативных пациентов, за которыми осуществляют уход медицинские сестры в стационаре (на 100 опрошенных).

Исследование определило в профессиональной деятельности медицинских сестер, работающих с паллиативными пациентами в стационарных условиях, группы проблем/симптомов пациентов: нарушения пищеварения, нарушения дыхания, урологические симптомы, психические и неврологические нарушения. Определена частота встречаемости проблем и симптомов у паллиативных пациентов в профессиональной деятельности медицинских сестер (таблице 3).

Выявлена высокая распространенность следующих проблем/симптомов при уходе за паллиативными пациентами: запор (86,5%, ДИ 83,1—89,9), тошнота и рвота (80,0%, ДИ 76,0—84,0), сухость во рту (70,1%, ДИ 65,5—74,7); крайне редко по результатам опроса встречаются нарушение вкуса (18,9%, ДИ 14,9—22,9) и кишечная непроходимость (17,1%, ДИ 13,3—20,9) (рис. 3).

Среди нарушений дыхания, по мнению медицинских сестер, часто встречаются одышка (79,4%) и кашель (53,5%), менее распространенными и встречающимися крайне редко, являются плевральный выпот (28,6%), кровохарканье (25,3%) и икота (17,1%).

При оказании специализированной ПМП в условиях стационара, медицинские сестры чаще стараются облегчить такие урологические нарушения у пациентов как недержание мочи (75,9%) и затруд-

ненное мочеиспускание (64,5 %), нечасто встречаются спазмы мочевого пузыря (56,6%) и учащенное мочеиспускание (45,7%).

Среди психических и неврологических нарушений и проявлений заболеваний у пациентов часто встречается бессонница (77,9%), проявления деменции (70,4%) и депрессии (61,6%). Нечасто профессиональное участие медицинских сестер требуется при возникновении судорог (57,7%), панических атак (54,8%). Крайне редко, по опыту сестринского персонала, оказывающего ПМП в стационарных условиях, у взрослых определялся риск самоубийства (46,5 %).

Профессиональная деятельность сестринского персонала при оказании медицинской помощи паллиативным пациентам влияет на качество оказываемой им медицинской помощи, считают медицинские сестры (100%).

Обсуждение

Среди всех взрослых пациентов, получающих уход и лечение в медицинских организациях, оказывающих специализированную ПМП, сестринский персонал выделил пациентов с различными формами злокачественных новообразований (28,2%), как наиболее распространенную группу [13—14]. Исследование подтверждает, что в паллиативных отделениях стационаров чаще необходим уход за пациентами с различными формами злокачественных новообразований (85,0%, ДИ 81,4—88,6),

Болевой синдром, по данным Всемирного альянса паллиативной помощи, является проблемой для паллиативных пациентов, так как такие пациенты во всем мире ощущали слабую, умеренную и сильную боль в 20,5% и 23,6% дней, в течение которых испытывали серьезные страдания, обусловленные состоянием здоровья [14]. Паллиативные пациенты в России, с которыми работают медицинские сестры в стационарах, имеют болевой синдром в 85,5% слу-

Таблица 2

Основные группы проблем пациентов, получающих ПМП в стационарных условиях, по мнению медицинских сестер (на 100 опрошенных)

Проблемы пациентов	%	ДИ
Болевой синдром	85,5	82,1—88,9
Нарушения пищеварения	60,3	55,5—65,1
Нарушения дыхания	55,4	50,6—60,2
Урологические симптомы	40,4	35,6—45,2
Психические и неврологические нарушения	48,2	43,2—53,2

Таблица 3

Основные проблемы/симптомы паллиативных пациентов, встречающиеся в профессиональной деятельности медицинских сестер (на 100 опрошенных)

Проблемы, симптомы	Крайне редко		Нечасто		Часто	
	%	ДИ	%	ДИ	%	ДИ
1. Нарушения пищеварения						
1.1. Сухость во рту	5,3	3,1—7,5	24,6	20,2—29,0	70,1	65,5—74,7
1.2. Кандидоз полости рта и глотки	16,7	12,9—20,5	50,0	45,0—55,0	33,3	28,5—38,1
1.3. Нарушения вкуса	18,9	14,9—22,9	59,2	54,2—64,2	21,9	17,7—26,1
1.4. Анорексия (плохой аппетит)	4,5	2,5—6,5	25,6	21,2—30,0	69,9	65,3—74,5
1.5. Кахексия	9,4	6,4—12,4	30,2	25,6—34,8	60,4	55,4—65,4
1.6. Дисфагия (затруднение глотания)	4,2	2,2—6,2	28,6	24,0—33,2	67,2	62,6—71,8
1.7. Парез желудка (замедленное опорожнение желудка)	15,7	12,1—19,3	43,4	38,4—48,4	40,9	35,9—45,9
1.8. тошнота и рвота	2,2	0,8—3,6	17,8	14,0—21,6	80,0	76,0—84,0
1.9. Асцит (скопление жидкости в брюшной полости)	8,0	5,2—10,8	43,2	38,2—48,2	48,5	43,5—53,5
1.10 Запор	3,2	1,4—5,0	10,0	7,0—13,0	86,5	83,1—89,9
1.11 Диарея	4,3	2,3—6,3	34,5	29,7—39,3	61,2	56,2—66,2
1.12 Кишечная непроходимость	17,1	13,3—20,9	52,1	47,1—57,1	30,8	26,0—35,6
2. Нарушения дыхания						
2.1. Одышка	0,0		20,6	16,6—24,6	79,4	75,4—83,4
2.2. Кашель	2,5	0,9—4,1	44,0	39,0—49,0	53,5	48,5—58,5
2.3. Кровохарканье	25,3	20,9—29,7	56,3	51,3—61,3	18,2	14,4—22,0
2.4. Плевральный выпот	28,6	24,0—33,2	57,2	52,2—62,2	13,9	10,5—17,3
2.5. Икота	17,1	13,3—20,9	56,5	51,5—61,6	26,3	21,9—30,7
3. Урологические симптомы						
3.1. Учащенное мочеиспускание	5,6	3,2—8,0	45,7	40,7—50,7	48,7	43,7—53,7
3.2. Недержание мочи	1,2	0,2—2,2	22,9	18,7—27,1	75,9	71,7—80,1
3.3. Спазмы мочевого пузыря	14,8	11,2—18,4	56,6	51,6—61,6	28,6	24,0—33,2
3.4. Затрудненное мочеиспускание	4,7	2,5—6,9	30,8	26,2—35,4	64,5	59,7—69,3
4. Психические и неврологические нарушения						
4.1. Панические атаки	15,7	12,1—19,3	54,8	49,8—59,8	29,5	24,9—34,1
4.2. Депрессия	5,0	2,8—7,2	33,4	28,6—38,2	61,6	56,8—66,4
4.3. Риск самоубийства	46,5	41,5—51,5	46,0	41,0—51,0	7,5	4,9—10,1
4.4. Деменция	5,8	3,4—8,2	23,9	19,7—28,1	70,4	63,5—73,6
4.5. Бессонница	0,7	0,0—1,5	21,2	17,2—25,2	77,9	73,7—82,1
4.6. Судороги	20,8	16,8—24,8	57,7	52,7—62,7	21,5	17,5—25,5

чаев, что значительно снижает качество жизни таких пациентов и требует постоянного ухода в среднем 21 день пребывания на паллиативной койке [7].

Невозможность самостоятельного перемещения и изменения положения в постели, отмечается у подавляющего большинства пациентов, нуждающихся

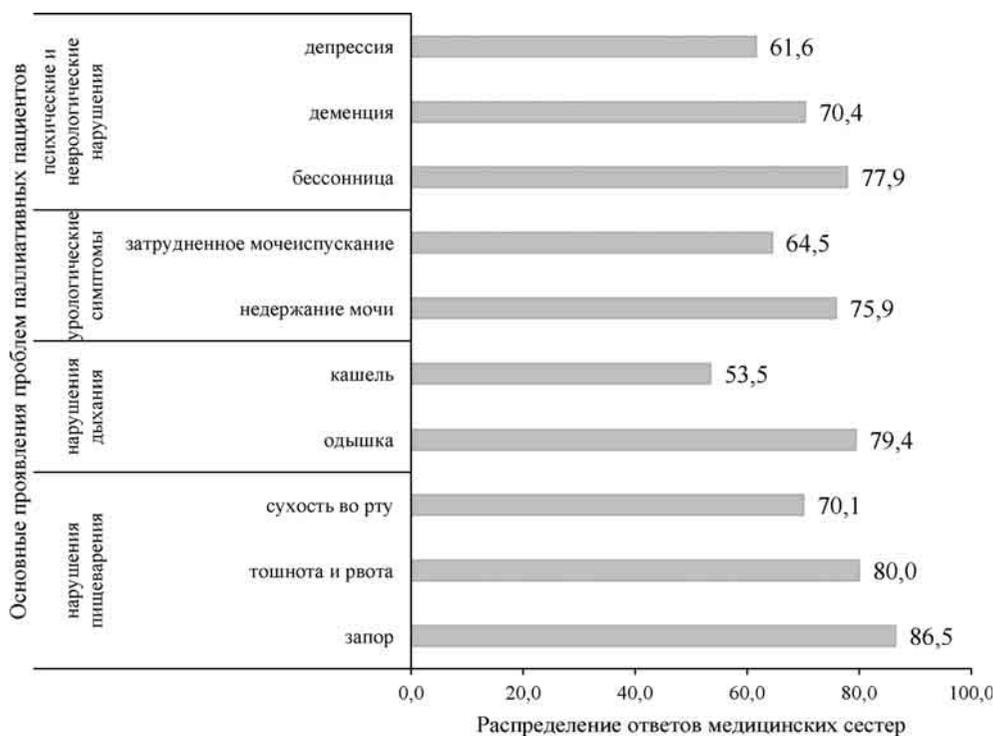


Рис. 3. Основные проявления проблем/симптомов паллиативных пациентов, нуждающихся в профессиональном уходе в стационарных условиях (на 100 опрошенных)

в ПМП в стационарах, это подтверждается мировой статистикой: слабость и спутанность сознания отмечались в 41,9% [14]. В нашем исследовании подтверждено, что среди психических и неврологических нарушений и проявлений заболеваний у пациентов часто встречается бессонница (77,9%), проявления деменции (70,4%) и депрессии (61,6%).

Ежедневно медицинские сестры стараются облегчить желудочно-кишечные тягостные симптомы: нарушение пищеварения, является частой проблемой пациентов паллиативного профиля. Наиболее часто встречающимися проявлениями нарушений пищеварения, которые требуют от сестринского персонала компетентного участия, оказания медицинской помощи, в том числе с применением немедикаментозных методов коррекции, поскольку причинами их развития являются малоподвижность, прием обезболивающих препаратов, пониженный прием жидкости и др., характерные для большинства госпитализированных паллиативных пациентов [1]. Объективные данные подтверждают, что до 9,5% дней, в течение которых взрослые пациенты испытывали серьезные страдания, обусловленные состоянием здоровья, связаны с наличием сухости во рту, запора, диареи, тошноты, рвоты [14]. Результаты исследования подтверждают частоту встречаемости в работе медицинских сестер и значимость таких проблем для паллиативных пациентов, как запор (86,5%), тошнота и рвота (80%), сухость во рту (70,1%), диарея встречается в 61% случаев.

При этом одышка (79,4%), лидирующая среди нарушений дыхания у госпитализированных взрослых паллиативных пациентов, требует от сестринского персонала не только знания общих принципов ведения пациентов, определения угрожающих состояний, проявлениями которых может являться, но и готовности использовать немедикаментозные подходы в составе междисциплинарной команды⁸ [12].

Все выявленные основные проблемы и симптомы у паллиативных пациентов, с которыми работают медицинские сестры в стационарных условиях, снижают качество жизни пациента, требуют постоянного ухода и являются важным компонентом качества оказываемой медицинской помощи.

Заключение

В результате исследования установлено, что:

1. В Российской Федерации в медицинских организациях стационарного типа медицинские сестры чаще всего осуществляют уход за паллиативными пациентами старше трудоспособного возраста, с различными формами злокачественных новообразований (85,0%), тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения (58,6%), дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания (40,2%).

2. Профессиональная деятельность медицинских сестер, работающих с паллиативными пациентами в стационарных условиях, направлена на решение потребностей пациентов по следующим группам проблем: болевой синдром (85,5%), проявления нарушений пищеварения (60,3%), нарушений дыхания (55,4%), психические и неврологические проблемы (48,2%) урологические проблемы пациентов (40,4%).
3. Ведущими проблемами, симптомами у паллиативных пациентов, требующих помощи медицинских сестер, являются: запор (86,5%), тошнота и рвота (80,0%), сухость во рту (70,1%), одышка (79,4%), недержание мочи (75,9%), затрудненное мочеиспускание (64,5%), бессонница (77,9%), проявления деменции (70,4%) и депрессии (61,6%).
4. Профессиональная деятельность сестринского персонала является важным компонентом качества при оказании медицинской помощи паллиативным пациентам.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Белобородова А. В., Невзорова Д. В., Сизова Ж. М., Бакунина Е. А. Оценка и ведение желудочно-кишечных тягостных симптомов у взрослых пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи. *Вестник анестезиологии и реаниматологии*. 2017;14(6):73—78. DOI: 10.21292/2078-5658-2017-14-6-73-78
2. Столбов А. П., Хальфин Р. А., Орлов С. А., Невзорова Д. В., Полевиченко Е. В., Мадьянова В. В., Маньшина А. В. К вопросу об оценке качества и эффективности межведомственного взаимодействия при оказании паллиативной медицинской помощи. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(6):1578—1583. DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-6-1578-1583
3. Коломийченко М. Е. Медико-социальный портрет пациента, нуждающегося в паллиативной помощи. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2020;(1):58—63. DOI: 10.25742/NRIPIH.2020.01.0010
4. Столбов А. П., Хальфин Р. А., Невзорова Д. В., Полевиченко Е. В., Мадьянова В. В., Орлов С. А., Лисовский Д. А., Флорес М. А. Методика расчета показателей обеспеченности населения койками для оказания паллиативной медицинской помощи. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(4):963—965. DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-4-963-965
5. Щепин В. О., Тельнова Е. А., Карпова О. Б., Проклова Т. Н. Паллиативная помощь: история, состояние сегодня, перспективы. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2018;(2):98—110.
6. Фадеева Е. В. Паллиативная помощь в России: состояние и проблемы. *Социологическая наука и социальная практика*. 2019;(3):109—119.
7. Касимовская Н. А., Невзорова Д. В., Гераськина Н. С. Современное состояние и перспективы развития сестринского ухода в системе паллиативной медицинской помощи. *Российский медицинский журнал*. 2022;28(1):17—28. DOI: 10.17816/medjrf108903
8. Диаш Фортеш С. Б., Островская И. В. Качество сестринского ухода при паллиативной помощи. *Медицинская сестра*. 2021;2(23):3—9. DOI: 10.29296/25879979-2021-02-01
9. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020.
10. Консон К., Хайруллин И. И., Габитова С. Е., Туголуков Е. А., Сиднев А. В., Хотинская А. А., Гдалевич М., Невзорова Д. В. Пациент-ориентированный подход в работе медицинской сестры. *Менеджер здравоохранения*. 2022;(2):25—33. DOI: 10.21045/1811-0185-2022-2-25-33
11. Наркевич А. Н., Виноградов К. А. Методы определения минимально необходимого объема выборки в медицинских исследова-

⁸ <https://pro-palliativ.ru/blog/odyshka-v-palliativnoj-pomoshhi/>?ysclid=ly5zoey022267486260 (дата обращения 13.06.2024)

дованиях. Социальные аспекты здоровья населения. 2019;65(6):10. DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-6-10

12. Твайкросс Р., Уилкок Э. Основы паллиативной помощи. Москва: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера»; 2020.
 13. Старинский В. В., Шахзадова А. О., Грецова О. П. Статистические данные о контингенте паллиативных онкологических пациентов в России. Национальное руководство по паллиативной медицинской помощи в онкологии. Москва: Молодая гвардия; 2022.
 14. Connor S. Global Atlas of Palliative Care. 2nd Edition. London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2020.
- REFERENCES
1. Beloborodova A. V., Nevzorova D. V., Sizova Zh.M., Bakunina E.A. Assessment and management of severe gastrointestinal symptoms in the adult patients when providing palliative care. *Messenger of Anesthesiology and Resuscitation. [Vestnik anesteziologii i reanimatologii]*. 2017;14(6):73—78 (in Russian). DOI: 10.21292/2078-5658-2017-14-6-73-78
 2. Stolbov A. P., Halfin R. A., Orlov S. A., Nevzorova D. V., Polevichenko E. V., Madyanova V. V., Manshina A. V. On the issue of evaluation of quality and efficiency of intersectorial interaction under palliative medical care support. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine. [Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini]*. 2021;29(6):1578—1583 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-6-1578-1583
 3. Kolomijchenko M. E. Mediko-social'nyj portret pacienta, nuzhdajushhegosja v palliativnoj pomoshhi. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health. [Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]*. 2020;(1):58—63 (in Russian). DOI: 10.25742/NRIPH.2020.01.0010
 4. Stolbov A. P., Halfin R. A., Nevzorova D. B., Polevichenko E. B., Madyanova V. V., Orlov S. A., Lisovsky D. A., Flores M. A. The methodology of calculation of indices of provision of population with beds of palliative medical care. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine. [Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini]*. 2021;29(4):963—965 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-4-963-965
 5. Shchepin V. O., Telnova E. A., Karpova O. B., Proklova T. N. Palliative care: history, status today, prospects. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health. [Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]*. 2018;(2): 98—110 (in Russian).
 6. Fadeeva E. V. Palliative care in Russia: condition and problems. *Sociological science and social practice. [Sociologicheskaja nauka i social'naja praktika]*. 2019;(3):109—119 (in Russian).
 7. Kasimovskaya N. A., Nevzorova D. V., Geraskina N. S. Current state and prospects for nursing care in the palliative care system. *Russian Medical Journal. [Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal]*. 2022;28(1):17—28 (in Russian). DOI: 10.17816/medjrf108903
 8. Dias Fortes C. B., Ostrovskaya I. V. Quality of nursing care in palliative care. *The Nurse. [Meditsinskaya sestra]*. 2021;2(23):3—9 (in Russian). DOI: 10.29296/25879979-2021-02-01
 9. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020.
 10. Konson C., Khayrullin I. I., Gabitova S. E., Tugolukov E. A., Sidnev A. V., Khotinskaya A. A., Gdalevich M., Nevzorova D. V. Patient-Oriented Approach in Nursing. *Health care manager. [Manager Zdravookhraneniya]*. 2022;(2):25—33 (in Russian). DOI: 10.21045/1811-0185-2022-2-25-33
 11. Narkevich A. N., Vinogradov K. A. Methods for determining the minimum required sample size in medical research. *Social aspects of population health. [Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya]*. 2019;65(6):10 (in Russian). DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-6-10
 12. Wycross R., Wilcock E. Fundamentals of palliative care. Moscow: Charitable Foundation for Hospice Care "Vera"; 2020 (in Russian).
 13. Starinsky V. V., Shakhzadova A. O., Gretsova O. P. Statistical data on the contingent of palliative oncologic patients in Russia. National guide to palliative medical care in oncology. Moscow: Molodaya Gvardiya; 2022 (in Russian).
 14. Connor S. Global Atlas of Palliative Care. 2nd Edition. London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2020.

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

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

Статья поступила в редакцию 25.09.2024; одобрена после рецензирования 12.03.2025; принята к публикации 14.03.2025. The article was submitted 25.09.2024; approved after reviewing 12.03.2025; accepted for publication 14.03.2025.

Оригинальная (диссертационная) статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.004

Кабинеты выписки льготных лекарственных препаратов — организационная практика Министерства здравоохранения Московской области

Наталья Владимировна Шинкарева¹, Роман Викторович Горенков²,
Нелли Анатольевна Вишнякова³, Александр Владимирович Зубко⁴,
Сергей Владимирович Шинкарев⁵

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

^{1,5}Красногорская больница, 143400, Красногорск, Московская область, Российская Федерация;

³Люберецкая областная больница, 140006, Люберцы, Московская область, Российская Федерация;

⁴Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения
Министерства здравоохранения Российской Федерации, 127254, г. Москва, Российская Федерация.

¹natalya.shinkareva@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3648-9181>

²rogorenkov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3483-7928>

³nelli.vishnyakova.76@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9111-9645>

⁴zubko@mednet.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8958-1400>

⁵sergnat@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0000-1549-2122>

Аннотация. Своевременное, систематическое, доступное лекарственное обеспечение направленно на компенсацию хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний у пациентов, в т.ч. льготной категории граждан, нередко имеющих коморбидную патологию. **Цель исследования:** оценка эффективности организации кабинета выписки лекарственных льготных препаратов (кабинета ЛЛО) для своевременного обеспечения льготных категорий граждан, повышения качества и доступности медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. **Материалы и методы:** данные VI-отчетов единой медицинской информационно-аналитической системы Московской области (ЕМИАС МО) по количеству выписанных рецептов по льготному лекарственному обеспечению, из них в кабинете ЛЛО, из них с применением телемедицинских консультаций в 13 поликлинических отделениях государственного бюджетного учреждения Московской области «Люберецкая областная больница» (Люберецкая ОБ). **Методы:** статистический, аналитический, наблюдение, хронометраж, картирование, SWOT-анализ. **Результаты:** Организация кабинета ЛЛО позволила решить ряд поставленных задач: сокращение времени получения рецептов по ЛЛО, повышение охвата диспансеризацией и диспансерным наблюдением пациентов, получающих ЛЛО, направление пациентов на вакцинацию, повышение доступности к врачам узким специалистам и врачам-терапевтам. **Заключение:** Централизация процесса выписки рецептов по ЛЛО с применением цифровых технологий (телемедицинских консультаций, электронных рецептов, отчетов по персонифицированной заявке лекарственных препаратов и получении пациентом их в аптеке) позволяет эффективно организовать обеспечение пациентов лекарственными препаратами, а также проводить профилактические мероприятия и своевременную коррекцию терапии.

Ключевые слова: пациент с хроническими неинфекционными заболеваниями, кабинет льготного лекарственного обеспечения, хронические неинфекционные заболевания, профилактические мероприятия

Для цитирования: Шинкарева Н. В., Горенков Р. В., Вишнякова Н. А., Зубко А. В., Шинкарев С. В. Кабинеты выписки льготных лекарственных препаратов — организационная практика Министерства здравоохранения Московской области // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 25—31. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.004.

Original article

Cabinets for prescribing preferential medications — organizational practice of the Ministry of Health of the Moscow Region

Natalya V. Shinkareva¹, Roman V. Gorenkov², Nelly A. Vishnyakova³, Aleksandr V. Zubko⁴, Sergey V. Shinkarev⁵

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

^{1,5}Krasnogorsk City Hospital, 143400, Krasnogorsk, Moscow region, Russian Federation;

³Lyubertsy Regional Hospital, 140006, Lyubertsy, Moscow Region, Russian Federation;

⁴Central Research Institute for Organization and Informatization of Health Care of the Ministry of Health of the Russian Federation, 127254, Moscow, Russian Federation.

¹natalya.shinkareva@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3648-9181>

²rogorenkov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3483-7928>

³nelli.vishnyakova.76@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9111-9645>

⁴zubko@mednet.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8958-1400>

⁵sergnat@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0000-1549-2122>

Annotation. Timely, systematic, affordable drug provision is aimed at compensating for chronic non-infectious and infectious diseases in patients, incl. preferential category of citizens who often have comorbid pathologies. **Purpose of the study:** Assessing the effectiveness of organizing an office for dispensing preferential medications (LLO office) for the timely provision of privileged categories of citizens, improving the quality and accessibility of medical care in medical organizations providing primary health care. **Materials and methods:** Data from BI reports of the unified medical information and analytical system of the Moscow region (EMIAS MO) on the number of prescriptions written for preferential drug coverage, of which in the medical dispensary office, of which with the use of telemedicine consultations in 13 outpatient departments of the state budgetary institution of the Moscow region «Lyubertsy Regional Hospital» (Lyubertskaaya OB). **Methods:** statistical, analytical, observation, timing, mapping, SWOT analysis. **Results:** The organization of the MLO office made it possible to solve a number of tasks: reducing the time for receiving prescriptions for MLO, increasing the coverage of medical examinations and follow-up of patients receiving MLO, referring patients for vaccination, increasing accessibility to specialized doctors and general practitioners. **Conclusion:** Centralization of the process of issuing prescriptions for medical prescriptions using digital technologies (telemedicine consultations, electronic prescriptions, reports on a personalized application for medications and the patient receiving them at the pharmacy) allows you to effectively organize the provision of medications to patients, as well as carry out preventive measures and timely correction of therapy.

Key words: patient with chronic non-communicable diseases, office of preferential drug provision, chronic non-communicable diseases, preventive measures

For citation: Shinkareva N. V., Gorenkov R. V., Vishnyakova N. A., Zubko A. V., Shinkarev S. V. Cabinets for prescribing preferential medications — organizational practice of the Ministry of Health of the Moscow Region. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(1):25–31. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.004.

Введение

Пациенты с хроническими неинфекционными и инфекционными заболеваниями нередко страдают коморбидной патологией. Правильная коррекция терапии, регулярный контроль за состоянием таких пациентов нацелен на снижение количества случаев экстренной госпитализации и смертности пациентов, увеличение продолжительности их жизни.

Поэтому, в современной системе здравоохранения сохраняется актуальной задача формирования системы рационального назначения и использования лекарственных средств, внедрения эффективных организационных моделей качественного льготного лекарственного обеспечения стандартизируя процесс выписки рецепта, и повышая удовлетворенность населения [1–5].

Основной документ, на основе которого строится концепция лекарственного страхования в России — «Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и план ее реализации»¹.

Организация обеспечения отдельных категорий граждан льготными лекарственными препаратами, как на уровне структурного подразделения и меди-

цинской организации, так и на уровне региона, в целом осуществляется с учетом сложившихся общих подходов к организации медицинской помощи в амбулаторных условиях в зависимости от опыта и позиции должностных лиц, ответственных за это направление деятельности.

Для оформления рецептов на льготные лекарственные препараты пациенты самостоятельно записывались на прием к врачу (терапевту, врачу общей практики, эндокринологу, кардиологу, неврологу), что снижало уровень доступности записи к этим специалистам и увеличивало сроки ожидания данной услуги. По результатам осмотра пациента, врач самостоятельно оформлял рецепты, что удлиняло время приема.

В ряде подразделений медицинских организаций Московской области, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, после осмотра врача пациент направлялся к оператору в кабинет выписки рецептов, где в «живой очереди» ожидал данную медицинскую услугу.

Приведенные примеры организационных процессов увеличивали время нахождения пациента в поликлинике, снижали удовлетворенность льготной категории граждан организаций оказания данной услуги.

В условиях сохраняющегося кадрового дефицита специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, было весьма затруднительно реализовать контроль за формированием и выполне-

¹ Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации: приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.02.2013 № 66 (ред. от 14.04.2015). — URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_179288/ (дата обращения: 20.06.2021).

нием персонифицированной заявки на закупку лекарственных препаратов (необходимо учесть каждого пациента, имеющего право на меры социальной поддержки) с учетом имеющихся запасов, даже при наличии продуктивной обратной связи и логистики с аптечными организациями.

Использовался документооборот на бумажном носителе, и пациенту для получения рецепта необходима была неоднократная очная явка на прием к специалисту в течение года. Отдельно стоит отметить высокую вероятность ошибки при оформлении бумажного рецепта.

Учитывая многозадачность врача на приеме (сбор анамнеза, осмотр пациента, анализ и коррекция терапии, оформление рецепта), ограниченный временной регламент, не осуществлялся контроль за диспансерным наблюдением и диспансеризацией пациента^{2, 3}.

Это стало основанием для поиска организационных решений, направленных на высвобождение времени для «активного приема». Таким решением стала организации кабинетов выписки лекарственных препаратов в рамках ведомственного проекта «Поликлиника: перезагрузка» и официальным размещением расписания в государственной информационной системе «Единая медицинская информационно-аналитическая система Московской области»^{4, 5}.

Организация кабинетов выписки лекарственных препаратов по льготному лекарственному обеспечению (кабинет ЛЛО) направлена на повышение удовлетворенности пациентов качеством оказания амбулаторной помощи за счет централизации процесса выписки рецептов (в том числе с применением телемедицинских консультаций) для пациентов с хроническими заболеваниями, у которых стабилизировано состояние.

А также, предполагает решение целого ряда задач:

1. Повышение доступности услуги выписки рецептов льготной категории граждан — сокращение ожидания записи на прием с 5—7 дней до 1—2 дней.

² Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 марта 2022 г. N 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», URL: <https://base.garant.ru/404523658/>

³ Приказ Минздрава России от 27.04.2021 N 404н (ред. от 01.02.2022) «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_388771/.

⁴ Распоряжение Министерства здравоохранения Московской области от 07.06.2022 № 143-Р «Об организации выписки рецептов на льготные лекарственные препараты гражданам, достигшим 18 лет и старше в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Московской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь», <https://mz.mosreg.ru/dokumenty/normotvorchestvo/rasporiyaditelnye-dokumenty-ministerstva/08-06-2022-13-21-09-rasporiyazhenie-ministerstva-zdravookhraneniya-mosk>

⁵ Распоряжение Министерства здравоохранения Московской области от 07.10.2020 № 127-Р «О порядке ведения регионального сегмента Федерального регистра граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджета Московской области».

2. Сокращение времени пребывания пациентов, обратившихся за выпиской рецептов в поликлинике с 45 мин до 15 мин.
3. Контроль за выпиской рецептов пациентам в соответствии с персонифицированной заявкой, а также подготовка дополнительных заявок при корректировке терапии.
4. Контроль за полученными пациентами лекарственными препаратами в аптеке.
5. Повышение доступности записи на прием к врачам-эндокринологам, врачам-кардиологам, врачам-неврологам на тот пул пациентов, которые записываются только за выпиской льготных рецептов.
6. Сокращение посещений поликлиник пациентов, нуждающихся в выписке рецептов, за счет применения телемедицинских консультаций на 20%.
7. Контроль и охват диспансерным наблюдением пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, имеющих право на набор социальных услуг.
8. Направление на диспансеризацию, вакцинацию пациентов льготных категорий.
9. Сокращение числа обращений на процесс организации выписки рецептов.

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности организации кабинета выписки льготных лекарственных препаратов для своевременного обеспечения соответствующих категорий граждан и повышения качества и доступности медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Материалы и методы

Данные VI-отчетов единой медицинской информационно-аналитической системы Московской области (ЕМИАС МО) по количеству выписанных рецептов по льготному лекарственному обеспечению, из них в кабинетах ЛЛО, из них с применением телемедицинских консультаций в 13 поликлинических отделениях государственного бюджетного учреждения Московской области «Люберецкая областная больница» (ГБУЗ МО «Люберецкая ОБ»).

На 01.04.2024 численность прикрепленного населения в ГБУЗ МО «Люберецкая областная больница» составляет 375536 чел., из них на льготном лекарственном обеспечении состоит 24262 пациента, что составляет 6,46% от прикрепленного населения.

Методы: статистический, аналитический, наблюдение, хронометраж, картирование, SWOT-анализ.

Результаты

Для организации кабинета выписки лекарственных препаратов проведены ряд мероприятий на разных уровнях медицинской организации Люберецкой областной больницы:

Руководство медицинской организации реализовало контроль нормативно-правовой обеспеченности проекта: подготовка приказа об организации централизованного кабинета выписки рецептов по

Таблица 1

SWOT-анализ кабинета выписки лекарственных препаратов

SWOT-анализ кабинета ЛЛО	
S (сильные стороны)	W (слабые стороны)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Доступность для записи пациентов на выписку рецептов в кабинет ЛЛО 1—2 дня 2. Централизация персонифицированной заявки на льготные препараты при коррекции терапии на поликлиническое отделение 3. Возможность на приеме оперативно посмотреть персонифицированную заявку на пациента 4. Доступность отчета по выданным лекарственным препаратам пациенту 5. Доступность отчета по наличию лекарственных препаратов в аптеках 6. Запись пациента в кабинет выписки лекарственных препаратов на следующий прием повышает доступность и своевременную выписку рецептов 7. Активное применение ТМК для выписки рецептов 8. Сокращение числа сотрудников, занимающихся выпиской лекарственных препаратов, сокращает процесс обучения и усиливает контроль за данным процессом 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выделение сотрудника (врача-терапевта, ВОП, фельдшера) для работы в кабинете ЛЛО 2. Обеспечение рабочим местом (кабинет, АРМ, доступ к ЕМИАС) 3. Обучение сотрудника
O — возможности	T — угрозы
<ol style="list-style-type: none"> 1. Централизация отчетов по персонифицированной заявке и создание единых отчетов 2. Централизация отчета по выдаче лекарственных препаратов льготных рецептов 3. Внесение кабинетов выписки лекарственных препаратов в методические рекомендации по организации работы поликлиник, утвержденные приказом МЗ МО 4. Централизация проведения ТМК с применением Гостелемед для всех медицинских организаций МО 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Высокая текучка кадров, обусловленная территориальной близостью Москвы 2. Технические проблемы при выписке рецептов (в т.ч. перебои в отчетах)

каждому поликлиническому отделению, оказывающему медицинскую помощь взрослому населению; внесение изменений в штатное расписание; утверждение Порядка действия кабинета выписки лекарственных препаратов, функциональных обязанностей сотрудников кабинета.

Ответственный за льготное лекарственное обеспечение (ЛЛО) в медицинской организации осуществляет следующие функции: реализует контроль за общей потребностью в лекарственных препаратах для льготных категорий пациентов; разрабатывает алгоритм заявки с выделением ответственных сотрудников, определяет сроки сбора информации по потребности от каждого поликлинического отделения, оформляет и своевременно сдает заявки в Министерство здравоохранения Московской области, осуществляет ежедневный анализ выписки льготных лекарственных препаратов (и их уходимость), логистическое взаимодействие между медицинскими и аптечными организациями.

Заведующая поликлиникой обеспечивает организацию кабинета выписки лекарственных препаратов, контроль за доступностью расписания в ЕМИАС, определяет сотрудников кабинета выписки лекарственных препаратов, их обучение, разрабатывает функционал сотрудников кабинета выписки лекарственных препаратов.

Ежедневный контроль за функционированием кабинета проводится — по данным ЕМИАС, а также выгрузке *bi*-отчетов — количество пациентов, которым были выписаны рецепты, количество пациентов, получивших по рецептам льготные лекарственные препараты (ЛП), количество пациентов, направленных на диспансерное наблюдение, диспансеризацию, количество первичных пациентов, поставленных на учет в кабинете.

Врач-терапевт (врач общей практики, фельдшер) кабинета выписки лекарственных препаратов ежедневно планирует свою работу в кабинете выписки лекарственных препаратов, анализирует запись пациентов в ЕМИАС, проактивно приглашает на прием, проводит телемедицинские консультации стабильным пациентам, осуществляет прием пациентов, контролирует необходимость корректировки терапии/направления на консультацию к врачам-специалистам/лечащим врачам. По итогам рабочего дня сотрудник кабинета ЛЛО ежедневно готовит отчет заведующему поликлиническим отделениям о проделанной работе (число пациентов, которым выписаны рецепты, число пациентов, которые получили ЛП, нуждаются в выписке рецептов в ближайшие 2 недели, направлено на диспансерное наблюдение, диспансеризацию, вакцинацию). Врач (фельдшер) кабинета ЛЛО отмечает в электронной амбулаторной карте на какой курс лечения выписаны препараты. С учетом потребности льготных лекарственных средств сотрудника кабинета ЛЛО своевременно оформляет и предоставляет персонифицированную (иную) заявку в фармацевтический отдел медицинской организации (МО), оформляет срочные и индивидуальные закупки на вновь прибывших пациентов или в случаях изменения схем лечения. Ло-

гистическое взаимодействие с аптечной организацией.

Оператор кабинета ЛЛО: проверяет актуальность персональных данных пациента, его прикрепление к медицинской организации, полноту необходимых сведений в ЕМИАС. На основании назначения врача кабинета ЛЛО оформляет пациенту рецепт на льготное лекарственное средство. Производит еженедельную выгрузку по остаткам лекарственных препаратов в аптечных складах Московской области. Формирует список пациентов, нуждающихся в лекарственном обеспечении на 14 дней 1 раз в неделю. Осуществляет логистическую работу с аптечными учреждениями на предмет наличия и перспектив поставок необходимых лекарственных препаратов. Собирает и анализирует сведения о количестве пациентов, нуждающихся в лекарственном обеспечении и количестве пациентов, получивших лекарственные препараты. Регулирует количество пациентов, записавшихся на выписку рецептов, и количество свободных ячеек для записи и активного приглашения пациентов. Своевременно предоставляет актуальное расписание кабинета централизованной выписки рецептов (на 90 дней).

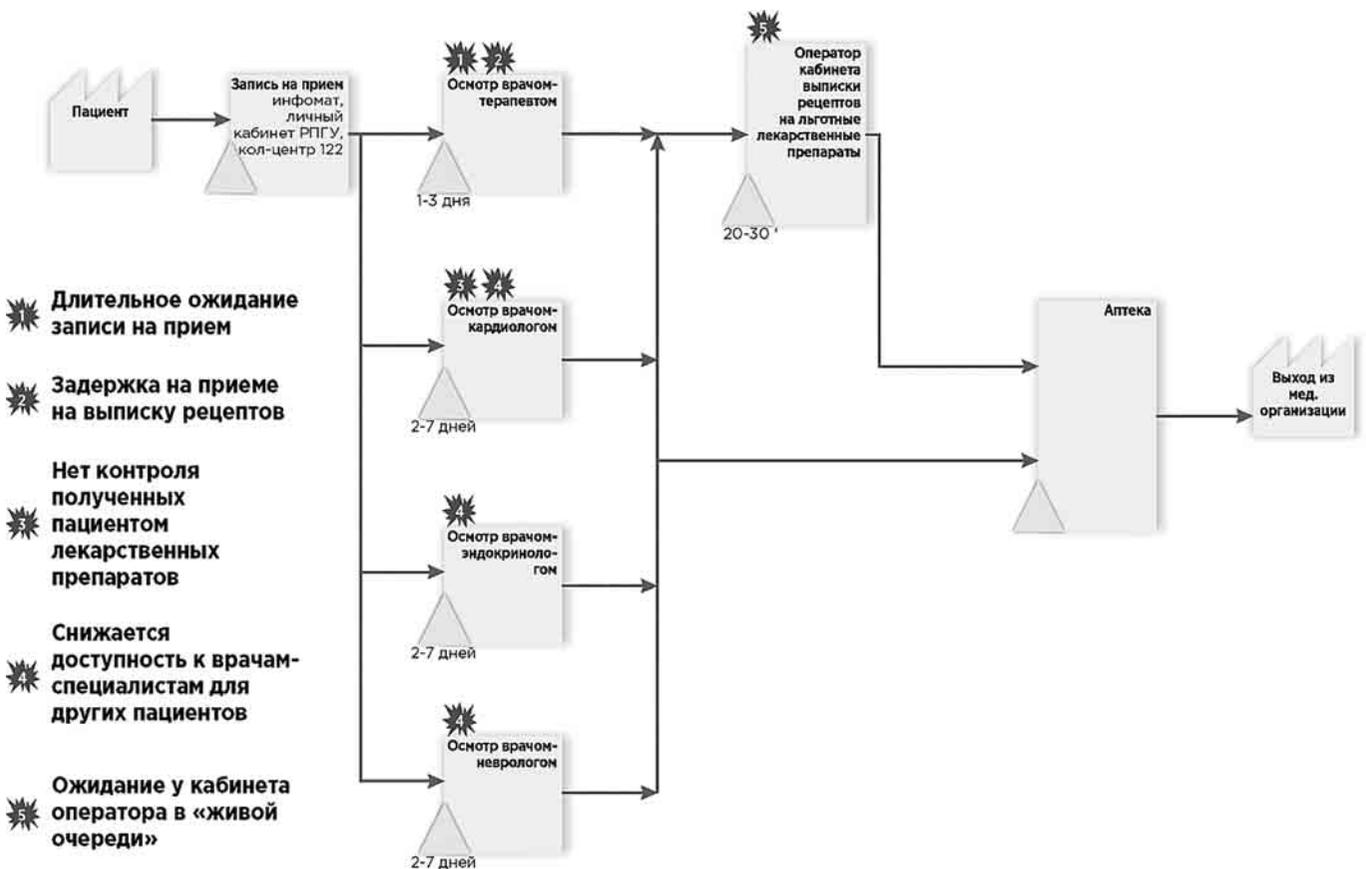


Рис. 1. Карта текущего состояния процесса обеспечения пациента льготной категории, нуждающегося в оформлении рецептов

Проведен SWOT-анализ кабинета выписки рецептов по ЛЛО (табл. 1)

По результатам SWOT-анализа следует отметить превалирование преимуществ и возможностей организации кабинета выписки лекарственных препаратов над слабыми сторонами и угрозами, которые носят в основном обидный (неспецифический) характер (кадровый дефицит, технические сложности, материальные ресурсы). Впервые для выписки рецептов стали применяться ТМК. Т.о., подтвержда-

ется целесообразность организации данного кабинета.

Анализ клиентского пути пациента, имеющего право на набор социальных услуг, нуждающегося в выписке рецептов на льготные лекарственные препараты, показал следующие проблемы до организации кабинета (рис. 1).

Организация кабинетов выписки лекарственных препаратов сокращает время ожидания услуги в 2—3 раза, с 7 дней до 1 дня, а также сокращает время



Рис. 2. Карта целевого состояния процесса обеспечения пациента льготной категории, нуждающегося в оформлении рецептов

Таблица 2

Данные по выписке рецептов на лекарственные препараты в поликлиниках Люберецкой больницы за аналогичные периоды (1 неделя) в 2023 и 2024 гг.

Выписка рецептов по ЛЛО	2023	2024
Всего выписано рецептов	5388	5529
Выписано рецептов через кабинет выпи-ски лекарственных препаратов	2380 (44,17%)	4568 (82,62%)
Выписано рецептов с применением ТМК	2059 (38,21%)	3586 (64,86%)

нахождения пациентов в поликлинике с 45 мин до 15 минут (в случае, если после назначения терапии врачом пациент идет к оператору в кабинет выпи-ски препаратов и ожидает своей очереди с осталь-ными пациентами от других врачей) (рис. 1, 2)

Проведен анализ профиля заболеваний пациен-тов за 2 дня в 3 поликлинических отделениях, ока-зывающих медицинскую помощь взрослому населе-нию.

Всего в кабинет выписки лекарственных препа-ратов обратилось 359 пациентов, из них: 196 паци-ентов для выписки эндокринологических лекарст-венных препаратов, 86 пациентов — кардиологиче-ского профиля, 27 — с неврологической патологией, 50 пациентов для выписки препаратов по разным группам нозологий (терапевтический профиль). Та-ким образом, повышается доступность к врачам-специалистам для других пациентов.

В рамках проекта «Поликлиника: перезагрузка» было проведено обучение сотрудников кабинетов выписки лекарственных препаратов проведению телемедицинских консультаций (ТМК). Это повысило доступность помощи для маломобильных пациен-тов, проживающих в удаленных населенных пун-ктах, а также для социальных работников, помогаю-щих лицам с ограниченными возможностями в обе-спечении лекарственными препаратами. Выписка электронных рецептов по ТМК позволяет пациенту без посещения поликлиники сразу обратиться в ап-теку за лекарственным препаратом.

В 2023 году в поликлиниках Люберецкой больни-цы, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению, за неделю было выписано через кабинет выписки лекарственных препаратов 2380 рецептов из 5388 рецептов, а в 2024 — через кабинет выписки лекарственных препаратов оформлено 4568 из 5529 рецептов. Также при сравнении аналогичных пери-одов за 2023 и 2024 годы более активно применяют-ся ТМК (табл. 2)

Организация кабинета выписки лекарственных препаратов положительно повлиял на охват паци-ентов с ХНИЗ диспансеризацией, диспансерным на-блюдением и вакцинацией.

В 2023 году были направлены из кабинета ЛЛО на диспансеризацию 31356, на диспансерное наблю-дение 32435 пациентов.

Организация кабинета ЛЛО требует времени для стабилизации работы, постепенного высвобожде-ния ресурсов врачей поликлиники, информирова-ния пациентов и их активного перехода на измене-ния в процессе льготного лекарственного обеспече-ния.

Обсуждение

Большое внимание в оказании амбулаторной медицинской помощи уделяется обеспечению ле-карственными препаратами отдельной категории граждан. Ряд научных работ посвящен правовым и экономическим аспектам обеспечения ЛЛО лиц, страдающих хроническими неинфекционными и инфекционными заболеваниями [1—5]. Также от-мечается важность организации процесса выписки рецептов по ЛЛО для сокращения ожидания полу-чения данных услуг пациентов с хроническими за-болеваниями и повышения их удовлетворенности [6—8]. Есть пример организации выписки рецептов в поликлинике Ленинградской области, в которой в кабинетах врачей-терапевтов был установлен про-граммный продукт для выписки рецептов по ЛЛО, также рассматривался вопрос об организации доврачебного кабинета с фельдшером для выписки рецептов. Это обеспечило сокращение перемеще-ний пациентов по поликлинике. В Московской об-ласти принято решение максимально освободить врачей-терапевтов участковых, врачей-неврологов, кардиологов, эндокринологов от выписки рецеп-тов, возложив эту работу на врача-терапевта (фельдшера) кабинета ЛЛО. Таким образом, не только сократилось время пребывания пациента в поликлинике при получении данной медицинской услуги, но и ее доступность. Кроме того, активное применение цифровизации (выписка рецептов по ТМК, переход на электронные рецепты, наличие программных продуктов, в которых врач видит за-явленные и полученные пациентом лекарственные препараты) сократило очереди в коридорах поли-клиники и повысило удовлетворенность пациен-тов.

Заключение

Централизация процесса льготного лекарствен-ного обеспечения в поликлиниках, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, за счет организации кабинета выписки лекарственных препаратов позволило успешно вы-полнить ряд задач.

1. Повысить доступность услуги — выписка ре-цептов в 2 раза.
2. Сократить время пребывания пациента в по-ликлинике при выписке рецептов на лекар-ственные препараты в 2—3 раза.
3. Повысить доступность врачей-эндокриноло-гов, кардиологов, неврологов на пул пациен-тов, которые нуждаются только в выписке ре-цептов.
4. Сократить количество посещений поликлини-ки за счет применения ТМК при выписке ре-цептов.
5. Усилить контроль за оформлением и реализа-цией персонифицированной заявки для льгот-ной категории граждан.
6. Увеличить охват хронических пациентов дис-пансеризацией и диспансерным наблюдением.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

REFERENCES

1. Нагибин О. А., Манухина Е. В., Караушева Л. Е. Льготное лекарственное обеспечение: современное состояние нормативно-правового регулирования. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2021;3(71):18—23.
2. Березин И. Г., Пайков А. Ю. Право на лекарственное обеспечение: совершенствование законодательства. *Вопросы российского и международного права*. 2021;11(2—1):209—216.
3. Ермакова Д. Д. Право на лекарственное обеспечение: проблемы правового регулирования. *Медицинское право: теория и практика*. 2018;4(2):161—167.
4. Путило Н. В., Волкова Н. С., Цомартова Ф. В. Право граждан на лекарственное обеспечение: монография. Москва: Юридическая фирма; 2017. 412 с.
5. Тельнова Е. А. Мониторинг как индикатор качества в системе обращения лекарственных средств. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2021;(1):110.
6. Сочкова Л. В., Быкова М. М., Ким А. В., Носырева О. М. Опыт реализации пилотного проекта «Бережливая поликлиника» в поликлинике крупного города. *Медицина и организация здравоохранения*. 2018;3(2):4—11.
7. Латуха О. А., Калининченко А. В., Соколов С. В., Толстова К. С. Новая модель работы поликлиники как форма устойчивого развития медицинской организации. *Менеджмент в здравоохранении*. 2020;(1):15—21.
8. Школяренко А. В., Коробейникова Е. А., Шипачев К. В. Реализация приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2019;5(3):24—31. DOI: 10.24411/2411-8621-2019-13003
1. Nagibin O. A., Manukhina E. V., Karausheva L. E. Preferential medicine provision: the current state of legal regulation. *Public Health and Health Care. [Obshchestvennoe zdorov'e i zdavookhraneniye]*. 2021;3(71):18—23 (in Russian).
2. Berezin I. G., Paykov A. Yu. The right to provision of medicines: improvement of legislation. *Issues of russian and international law. [Voprosy rossiyskogo i mezhdunarodnogo prava]*. 2021;11(2—1):209—216 (in Russian).
3. Ermakova D. D. The right to drug provision: problems of legal regulation. *Medical law: theory and practice. [Meditsinskoe pravo: teoriya i praktika]*. 2018;4(2):161—167 (in Russian).
4. Putilo N. V., Volkova N. S., Tsomartova F. V. The right of citizens to drug provision: monograph. Moscow: Law firm; 2017. 412 p. (in Russian).
5. Telnova E. A. Monitoring as an indicator of quality in the drug circulation system. *Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N. A. Semashko. [Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]*. 2021;(1):110 (in Russian).
6. Sochkova L. V., Bykova M. M., Kim A. V., Nosiyaeva O. M. Experience in implementing a pilot project «Lean Clinic» in a clinic in a large city. *Medicine and healthcare organization. [Meditsina i organizatsiya zdavookhraneniya]*. 2018;3(2):4—11 (in Russian).
7. Latukha O. A., Kalinichenko A. V., Sokolov S. V., Tolstova K. S. New model of outpatient healthcare operation as a form of sustainable development of healthcare organization (Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia). *Management in healthcare. [Menedzhment v zdavookhraneni]*. 2020;(1):15—21 (in Russian).
8. Shkolyarenko A. V., Korobeinikova E. A., Shipachev K. V. Realization of the priority project «Creation of a new model of healthcare organization providing primary health care». *ORGZDRAV: news, opinions, training. Vestnik VSHOUZ. [ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VShOUZ]*. 2019;5(3):24—31 (in Russian). DOI: 10.24411/2411-8621-2019-13003

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

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

Статья поступила в редакцию 26.10.2024; одобрена после рецензирования 16.01.2025; принята к публикации 14.03.2025. The article was submitted 26.10.2024; approved after reviewing 16.01.2025; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.005

Влияние порядков оказания медицинской помощи на практику её оказания, в том числе в рамках обеспечения качества услуг и информатизации процессов, реализации проектов государственно-частного партнёрства и привлечения пациентов из-за рубежа

Денис Олегович Роцин¹, Петр Васильевич Лактанов², Идрис Рамазанович Магомедов³,
Артем Владиславович Чернецов⁴, Юрий Даниилович Сазыкин⁵,
Люция Суляймановна Фатхуллина⁶, Никита Александрович Телятников⁷,
Михаил Сергеевич Тропынин⁸, Дмитрий Игоревич Шубин⁹

^{1–6}ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

^{7–8}Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, г. Москва, Российская Федерация;

⁹Российский научный центр хирургии им. акад. Б. В. Петровского, г. Москва, Российская Федерация

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

²peetl@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0009-9025-8761>

³magomedov313@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0000-6463-8431>

⁴tredqiwik@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0003-5852-9118>

⁵sazykinyury@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0004-7973-4695>

⁶lusik65@rambler.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8572-0706>

⁷nephrolognikitaalex@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0001-5523-7046>

⁸tropynin77@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3744-2625>

⁹dimashubin@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-5139-4922>

Аннотация В исследовании проведен анализ порядков оказания медицинской помощи (по профилям нефрология, сурдология, ревматология и трансфузиология) с целью оценить реальное содержание в них обязательных требований, то есть положений, которые являются однозначными и императивными, и подлежат последующему контролю. Выявлено, что таких положений из общего числа — не более 15%, при этом документами не регламентируются целые «блоки» оказания медицинской помощи, например, в дневном стационаре по профилям сурдология-оториноларингология и ревматология; детскому населению по профилю нефрология. Такая ситуация приводит к невозможности массового проведения контроля качества медицинской помощи, в том числе с применением информационных систем. Кроме того, отрицательно влияет на привлечение иностранных туристов, и также не позволяет оптимально планировать ресурсы и затраты в рамках проектов государственно-частного партнёрства.

Ключевые слова: порядок оказания медицинской помощи, оториноларингология, сурдология, нефрология, ревматология, информатизация, государственно-частное партнёрство.

Для цитирования: Роцин Д. О., Лактанов П. В., Магомедов И. Р., Чернецов А. В., Сазыкин Ю. Д., Фатхуллина Л. С., Телятников Н. А., Тропынин М. С., Шубин Д. И. Влияние порядков оказания медицинской помощи на практику её оказания, в том числе в рамках обеспечения качества услуг и информатизации процессов, реализации проектов государственно-частного партнёрства и привлечения пациентов из-за рубежа // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 32—36. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.005.

Original article

The real impact of medical care procedures on the practice of its provision, including within the framework of informatization of processes for the purpose of quality assurance, and the implementation of public-private partnership projects, attracting patients, including those from abroad

Denis O. Roshchin¹, Petr V. Laktanov², Idris R. Magomedov³, Artem V. Chernetsov⁴, Yuriy D. Sazykin⁵,
Lyutsiya S. Fatkhullina⁶, Nikita A. Telyatnikov⁷, Mikhail S. Tropynin⁸, Dmitriy I. Shubin⁹

¹⁻⁶N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

⁷⁻⁸Medical and Biological University of Innovation and Continuous Education of the Federal Medical and Biological Center named after A. I. Burnazyan of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, Moscow, Russian Federation;

⁹Russian Scientific Center of Surgery named after academician B. V. Petrovsky, Moscow, Russian Federation

¹droschchin2@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0001-7151-1324>

²peetl@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0009-9025-8761>

³magomedov313@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0000-6463-8431>

⁴tredqiwik@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0003-5852-9118>

⁵sazykinyury@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0004-7973-4695>

⁶lusik65@rambler.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8572-0706>

⁷nephrolognikitaalex@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0001-5523-7046>

⁸tropynin77@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3744-2625>

⁹dimashubin@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-5139-4922>

Abstract. The study analyzed the procedures for the provision of medical care (in the profiles of nephrology, audiology, rheumatology and transfusiology) in order to assess the actual content of mandatory requirements in them, that is, provisions that are unambiguous and imperative, and are subject to subsequent control. It was revealed that such provisions out of the total number are no more than 15%, while the documents do not regulate entire «blocks» of providing medical care, for example, in a day hospital in the profiles of surdology-otolaryngology and rheumatology; for the pediatric population in the profile of nephrology. This situation makes it impossible to conduct mass quality control of medical care, including with the use of information systems. In addition, it has a negative impact on attracting foreign tourists, and also does not allow for optimal planning of resources and costs within public-private partnership projects.

Key words: order of medical care, otolaryngology, surdology, nephrology, rheumatology, informatization, public-private partnership

For citation: Roshchin D. O., Laktanov P. V., Magomedov I. R., Chernetsov A. V., Sazykin Yu. D., Fatkhullina L. S., Telyatnikov N. A., Tropynin M. S., Shubin D. I. The real impact of medical care procedures on the practice of its provision, including within the framework of informatization of processes for the purpose of quality assurance, and the implementation of public-private partnership projects, attracting patients, including those from abroad. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(1):32–36. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.005.

Введение

Порядки оказания медицинской помощи являются основополагающими документами, содержащими требования к организации оказания медицинской помощи¹. Помимо обязательности их исполнения [1], соответствие им проверяется при получении лицензии на осуществление медицинской деятельности, и в рамках лицензионного контроля в последующем². Качество оказываемых медицинских услуг является не только условием достижения демографических целей, но и условием привлечения пациентов, в том числе из-за рубежа [2]. Автоматизация процесса контроля качества существенно затруднена в связи с разнородностью формирования требований [3].

Государственно-частное партнерство (далее — ГЧП) также играет значительную роль в развитии сурдологии, позволяя объединить ресурсы и экс-

пертизу как государственных, так и частных медицинских организаций. Проекты ГЧП могут включать в себя создание совместных клиник, внедрение инновационных технологий и обучение специалистов, что способствует улучшению качества оказываемых услуг и привлечения иностранных специалистов [4].

В рамках ГЧП целью является экономия бюджетных средств, необходимая для обеспечения заданного набора социально значимых функций при обеспечении заданных качественных показателей [5], при этом минимальный объем инвестируемых средств обуславливает и решение инвестора об участии в проекте (в первую очередь оценивая расходы на материально-техническое оснащение) [6]. Соответственно, минимально возможные финансовые вложения определяются обязательными требованиями, в первую очередь, стандартами оснащения, являющимися частью порядков оказания медицинской помощи.

Гармоничное сочетание порядков оказания медицинской помощи, информатизации процессов и ГЧП создает благоприятные условия для развития сурдологии в России и увеличивает ее привлекательность на международной арене [7].

Ранее проведенные исследования относительно содержания положений, включенных в порядок оказания медицинской помощи по профилю «отоларингология»³, демонстрируют, что число фактических обязательных требований (т. е. требований, которые по своему содержанию являются

¹Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации»

²Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации»

директивными, и могут подвергнуться контролю) относительно всех положений порядка невелико: всего 1 для амбулаторного этапа и 1 для дневного стационара, 1 для круглосуточного стационара и ни одного для санаторно-курортного лечения (приведено количество без учёта позиций стандарта оснащения, по которым также существует неравномерность: от 1 для санаторно-курортного лечения до 28 в круглосуточном стационаре) [8].

Вместе с тем, ЛОР-заболевания лидируют в статистике заболеваемости [9] и обращаемости к врачу. Это может быть сопряжено как с относительно высокой доступностью медицинских услуг данного профиля, так и сформировать “сложившуюся практику” и “вертикаль” в организации медицинской помощи, что не будет требовать дополнительного регулирования. В настоящем же исследовании авторам хотелось исследовать требования по профилям оказания медицинской помощи, которые встречаются не так часто (как исходя из числа специалистов, так и исходя из заболеваемости и вклада в смертность). Исходя из этих критериев выбраны профили: сурдология-оториноларингология, нефрология, ревматология, трансфузиология.

Материалы и методы

Проведен анализ действующей нормативной базы (в первую очередь, порядков оказания медицинской помощи) по профилям “сурдология-оториноларингология”, “нефрология”, “ревматология”, “трансфузиология” с целью оценки числа положений, соответствующих следующим разделам: этапы оказания медицинской помощи, правила оказания медицинской помощи, стандарт оснащения, рекомендуемые штатные нормативы.

Методология оценки положений включала в себя герменевтический анализ каждой нормы (пункта, подпункта, проч.) с целью определения реальной обязательности исполнения каждой из них. Таким образом, рекомендательные нормы (“Рекомендуется организовать ..”) и предпочтительные нормы (“Врач вправе направить ..”) оценивались, как не являющиеся “обязательным требованием”, то есть не содержащие триаду нормы: гипотеза-диспозиция-санкция (стоит отметить, что санкция предусмотрена за все случаи нарушения порядка оказания медицинской помощи, в виде статей Кодекса об административных нарушениях РФ №№ 14.1, 19.20, но в реальности состав нарушения, то есть возможность санкции, возникает не по всем положениям, а лишь сформированных в императивной форме).

Результаты

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю (далее — порядок) “сурдология-оториноларингология” (далее — сурдология) утвержден приказом Минздрава России от 09.04.2015 № 178н.

³ Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 905н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»

Всего указанный порядок содержит 83 положения (пункта, позиции), из которых 29 относится к стандарту оснащения. Проведенный анализ показал, что из 54 положений помимо стандарта оснащения, лишь следующее количество, исходя из фактического содержания, может являться обязательным требованием: в рамках первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях — 3 шт., в рамках специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара — 3 шт. Какие-либо требования при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара не предъявляются.

2. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю (далее — порядок) «нефрология» утвержден приказом Минздрава России от 12.11.2012 № 17н. Порядок включает в себя 16 приложений, в соответствии с которыми медицинские организация, оказывающие медицинскую помощь больным с нефрологическими заболеваниями осуществляют свою деятельность.

Относительно небольшое содержание в порядке по профилю «нефрология» обязательных требований (8 из 54) как в абсолютных значениях, так и в относительных (14,8%), демонстрирует низкую степень регулирования данного профиля.

3. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология» утвержден приказом Минздрава России от 12.11.2012 № 900н.

Всего порядок содержит в себе 48 положений, из которых 14 относятся к стандарту оснащения. Анализ содержания порядка оказания по профилю «ревматология» показал, что из 34 положений, исключая стандарт оснащения, лишь следующее количество требований может являться обязательным: в рамках первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях — 3 шт., в рамках специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара — 2 шт., в рамках деятельности кабинета терапии генно-инженерными биологическими препаратами — 2 шт. Какие-либо требования к оказанию медицинской помощи в условиях дневного стационара не предъявляются.

4. Порядок оказания медицинской помощи по профилю трансфузиология утвержден приказом Минздрава России от 28.10.2020 № 1170н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «трансфузиология».

Всего порядок включает в себя 11 приложений. Из которых 4 относятся к стандарту оснащения, 3 по штатному расписанию, 3 по правилам организации деятельности и один по протоколу трансфузии. В соответствии с которыми медицинская организация, обеспечивается компонентами крови и оказывается трансфузиологическая помощь пациентам хирургического и терапевтического профиля, в условиях круглосуточного стационара.

Всего из 176 положений — 105 можно отнести к обязательным требованиям, вместе с этим, 106 из них относятся к стандарту оснащения. Таким образом, из всего объема порядка, лишь 9 положений

могут можно считать имеющими обязательные требования.

Обсуждение

Соотношение во всех проанализированных порядках оказания медицинской помощи обязательных требований является невысоким (не более 15%).

Рассмотренное регулирование, содержащее большое количество “рекомендательных” норм (содержит скорее предпочтительное требование, чем императивное), облегчает доступ провайдеров медицинской помощи на рынок, но затрудняет контроль качества: Росздравнадзор и его территориальные органы, органы прокуратуры оценивают соответствие деятельности действующему законодательству; в случае отсутствия регулирования, оценка деятельности осуществляется экспертным методом, что более затратно, и не позволяет обеспечить контроль качества в “потокном режиме”, в том числе с использованием цифровых технологий и программных продуктов.

Формальное наличие порядков оказания медицинской помощи не помогает разрешить многочисленные проблемы, возникающие в клинической практике. Например, не определены конкретные реабилитационные мероприятия и сроки их проведения в рамках профиля сурдология-оториноларингология. В рамках оказания помощи нефрологического профиля, проблемой которой является позднее выявление хронической почечной недостаточности, является отсутствие четкой регламентации сроков проведения различных диагностических и лечебных мероприятий (отсутствуют конкретные временные рамки, в которые должны осуществляться те или иные мероприятия). При этом целиком “выпадают” требования по формам оказания медицинской помощи (например, отсутствие какой-либо регламентации деятельности дневных стационаров по сурдологии-оториноларингологии и ревматологии). Также бы хотелось отметить, что в порядках оказания медицинской помощи, вынесенных на обсуждение, не имеется ни одного упоминания об использовании компьютерных и телекоммуникационных технологий для обмена медицинской информацией и оказания медицинской помощи.

“Рекомендательность” штатных нормативов, формально выводя их из под государственного контроля, тем не менее, влияет на расчёты, производимые в рамках планирования частно-государственного партнёрства: при расчете штатной численности амбулаторных подразделений на этапе формирования медико-технического задания на основе рекомендуемых штатных нормативов медицинского и иного персонала итоговая штатная емкость превышает необходимую, как правило, более чем на 20%. В населенных пунктах с высокой плотностью населения с учетом проведенного хронометража и нормирования трудозатрат на уровне субъекта Российской Федерации для первичных и повторных приемов фактическая штатная численность амбулатор-

ных подразделений ниже рекомендуемой на 30% и более.

Влияет подобная ситуация и на медицинских туристах (если брать тех из них, кто реально приезжает на лечение, а не находясь здесь попадает в медицинские организации). Четкое понимание регламентов оказания медицинской помощи в отсутствие понимания иерархии медицинских организаций (при применении ими своих собственных практик организации медицинской помощи), например помогло бы развивать кохлеарную имплантацию у детей (по числу операций на 2015 год Россия занимала 4-е место в мире)⁴. Одним из преимуществ медицинского туризма по профилю ревматология является доступность медицинской помощи: стоимость одного койко-дня в европейских странах начинается от 500 евро, в США от 2000 долларов, а в России начинается от 1 тысячи рублей в государственных клиниках и от 5000 рублей в частных клиниках^{5,6,7,8}.

Выводы

1. Содержание требований, которые исходя из своего содержания не являются рекомендательными, и являются обязательными в порядках оказания медицинской помощи по профилям “сурдология-оториноларингология”, “нефрология”, “ревматология” и “трансфузиология” является низким, не превышая 15% от числа всех положений.

2. Отсутствие регламентации маршрутизации пациентов, объемов и временных требований к проводимому обследованию, приводит к использованию собственных практик медицинскими организациями, что затрудняет контроль качества (в том числе с использованием цифровых систем), может негативно влиять на привлечение частного финансирования (проекты ГЧП) и пациентов из-за рубежа.

3. Порядки оказания медицинской помощи требуют регулярного пересмотра, с целью насыщения их обязательными требованиями. Адаптация этих порядков в соответствии с международными тенденциями может повлиять положительно для устойчивого развития сектора здравоохранения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Александрова О. Ю. Требование законодательства об обязательности соблюдения стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи. *Здравоохранение*. 2013;(3):40—46.

⁴ Российская Федерация занимает четвертое место в мире по числу операций по кохлеарной имплантации для глухих детей // Минздрав России 02.09.2015. Доступно: <https://minzdrav.gov.ru/news/2015/08/27/2508-rossiyskaya-federatsiya-zanimaet-chetvertoe-mesto-v-mire-po-chislu-operatsiy-po-kohlearnoy-implantatsii-dlya-gluhih-detey>.

⁵ <https://bolnical3nn.ru/informaciya-dlya-pacientov/platnye-meditsinskie-uslugi/prejskurant/prejskurant-stoimost-kojko-dnya.html>.

⁶ <https://www.forbes.ru/biznes/519442-v-rossii-vyros-spros-na-uslugi-castnyh-klinik>

⁷ How Much Is An Average Hospital Stay Cost Per Day? (2024): <https://www.consumershield.com/articles/average-hospital-stay-cost-per-day>

⁸ 10 things you need to know about the global cost of healthcare. GLOBAL ACCESS TO HEALTHCARE. PUBLISHED: 18 MAY 2023. <https://www.axaglobalhealthcare.com/en/wellbeing/global-access/global-cost-of-healthcare/>

2. Восканян Р. О., Чупрова А. Ю. Потенциал Российской Федерации в сфере медицинского туризма. *Проблемы экономики и юридической практики*. 2020;16(4):74—78.
3. Запевалин П. В., Кицул И. С. Методические подходы к оценке соответствия деятельности медицинских организаций порядкам оказания медицинской помощи. *Менеджер здравоохранения*. 2019;(1):15—23.
4. Акулин И. М., Ионкина И. В. Проблемы и перспективы государственно-частного партнерства в здравоохранении Российской Федерации. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2023;(2):2—38.
5. Зубова Н. М. Реализация принципов государственно-частного партнерства в системе регионального здравоохранения. *Государственное и муниципальное управление в XXI веке: теория, методология, практика*. 2016;(21):55—59.
6. Сенина Ф. С. Государственно-частное партнерство как интеграции в сфере здравоохранения (на примере Волгоградской области). *Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения*. 2015;10(1):406—412.
7. Аксенова Е. И., Богдан И. В., Гатаулин Р. Г. Получение медицинских услуг на территории РФ гражданами СНГ: инсайты для развития экспорта медицинских услуг. *Вестник РАМН*. 2021;76(5S):581—589.
8. Рощин Д. О. Проблемы актуализации порядков оказания медицинской помощи, применяемых при болезнях уха и сосцевидного отростка, горла и носа. *Вестник оториноларингологии*. 2021;86(2):99—103.
9. Иванова М. А., Соколовская Т. А., Армасhevская О. В., Бантьева М. Н. Анализ впервые выявленной заболеваемости населения болезнями ЛОР-органов и обеспеченности врачами оториноларингологами в Российской Федерации. *РМЖ*. 2015;23(23):1416—1419.
10. Voskanyan R. O., Chuprova A. Yu. Potential of the Russian Federation in the field of medical tourism. *Problems of economics and legal practice*. [Problemy ekonomiki i yuridicheskoy praktiki]. 2020;16(4):74—78 (in Russian).
11. Zapevalin P. V., Kitsul I. S. Methodological approaches to assessing the compliance of the activities of medical organizations with the procedures for providing medical care. *Healthcare Manager*. [Menedzher zdravookhraneniya]. 2019;(1):15—23 (in Russian).
12. Akulin I. M., Ionkina I. V. Problems and prospects of public-private partnership in healthcare of the Russian Federation. *Public health and healthcare*. [Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie]. 2023;(2):2—38 (in Russian).
13. Zubova N. M. Implementation of the principles of public-private partnership in the regional healthcare system. *State and municipal management in the 21st century: theory, methodology, practice*. [Gosudarstvennoe i munitsipal'noe upravlenie v XXI veke: teoriya, metodologiya, praktika]. 2016;(21):55—59 (in Russian).
14. Senina F. S. Public-private partnership as integration in the field of healthcare (on the example of the Volgograd region). *Health is the basis of human potential: problems and ways to solve them*. [Zdorov'e — osnova chelovecheskogo potentsiala: problemy i puti ikh resheniya]. 2015;10(1):406—412 (in Russian).
15. Aksenova E. I., Bogdan I. V., Gataulin R. G. Receipt of medical services on the territory of the Russian Federation by citizens of the CIS: insights for the development of export of medical services. *Bulletin of the Russian Academy of Medical Sciences*. [Vestnik RAMN]. 2021;76(5S):581—589 (in Russian).
16. Roshchin D. O. Problems of updating the procedures for providing medical care used for diseases of the ear and mastoid process, nose and throat. *Bulletin of Otorhinolaryngology*. [Vestnik otorinolaringologii]. 2021;86(2):99—103 (in Russian).
17. Ivanova M. A., Sokolovskaya T. A., Armashevskaya O. V., Bantseva M. N. Analysis of the newly identified morbidity of the population with diseases of the ENT organs and the supply of otolaryngologists in the Russian Federation. *RMZh*. [RMZh]. 2015;23(23):1416—1419 (in Russian).

REFERENCES

1. Alexandrova O. Yu. The requirement of legislation on the obligation to comply with standards of medical care and procedures for

Финансовые источники исследования: не привлекались.

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

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Financial sources of the study: not involved.

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

The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 28.10.2024; одобрена после рецензирования 16.01.2025; принята к публикации 14.03.2025.

The article was submitted 28.10.2024; approved after reviewing 16.01.2025; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.006

Социально гигиенические исследования факторов риска, влияющих на снижение качества жизни беременных с гестационным сахарным диабетом: к вопросу о разработке стратегии противодействия рискам снижения качества общественного здоровья

Алена Олеговна Алексашина¹, Сергей Валерьевич Русских², Татьяна Павловна Васильева³, Ирина Александровна Колодина⁴, Екатерина Александровна Путилина⁵

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

^{2,3}ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 109117, г. Москва, Российская Федерация;

⁴ГБУЗ города Москвы «Городская клиническая больница имени С. С. Юдина Департамента здравоохранения города Москвы», Российская Федерация

¹elaleksina@icloud.com, <https://orcid.org/0000-0001-8391-9802>

²russkikh1@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3292-1424>

³vasileva_tp@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4831-1783>

⁴ika1102@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0004-4816-1636>

⁵eapronina@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9245-5659>

Аннотация. Во время беременности в состоянии здоровья женщины происходят серьезные физические и психологические изменения. Даже при неосложненной беременности эти изменения могут повлиять на физический компонент качества жизни беременной женщины, а также здоровье матери и плода. Ранее уже предпринимались попытки изучения качества жизни при физиологически протекающей беременности, а также оценивались связанные с этим социально-демографические, физические и психологические факторы в развитых странах, кроме того, в 2018 г по этой теме был опубликован систематический обзор. Гестационный сахарный диабет ассоциирован с риском неблагоприятных исходов беременности как для матери, так и плода, что может негативно влиять на качество жизни. Задачи настоящего исследования состояли в том, чтобы изучить особенности физического компонента качества жизни беременных с гестационным сахарным диабетом в сравнение с женщинами без данной патологии.

Материалы и методы. С мая 2023 г по январь 2024 г с применением онлайн-анкетирования проведен социологический опрос 553 беременных женщин, направленных на консультацию врача-эндокринолога в консультативно-диагностическое отделение перинатального центра ГКБ им. С. С. Юдина г. Москвы. Инструментом для проведения настоящего исследования выбран валидированный в России международный опросник для изучения качества жизни (SF-36). Блок социально-демографических характеристик анкеты был адаптирован авторами исследования для опроса беременных женщин. Цель настоящего исследования — внести дальнейший вклад в углубление знаний о клинической связи между гестационным сахарным диабетом и физическим и психологическим компонентами качества жизни беременных женщин. Исследования авторов направлены на изучения факторов риска снижения качества общественного здоровья.

Соблюдение этических стандартов: исследование одобрено Межвузовским Комитетом по этике, протокол № 4 от 13.04.2023. Респонденты подписали информированное согласие на участие в исследовании, и дали согласие на публикацию результатов социологических опросов.

Результаты. Согласно проведенному исследованию установлено, что у беременных с гестационным сахарным диабетом статически значимо снижался физический компонент качества жизни. Ведущими факторами, определяющими физическую активность матери, является срок беременности и возраст. Снижение физического компонента качества жизни у беременных с гестационным сахарным диабетом заслуживает серьезного внимания для разработки в рамках стратегии противодействия рискам ухудшения качества общественного здоровья беременных, связанных с медицинскими и социальными детерминантами общественного здоровья унифицированных программ для беременных, включающих в себя дозированную физическую нагрузку, обучение принципам диетотерапии и психологической саморегуляции для формирования у беременных приверженности к здоровому образу жизни. В разработке и реализации таких программ для беременных с гестационным сахарным диабетом должны принимать активное участие наряду с акушерами-гинекологами эндокринологи, медицинские психологи и врачи ЛФК.

Ключевые слова: общественное здоровье, эндокринология, акушерство-гинекология, мониторинг, здоровье беременных, физический компонент качества жизни, интегральный показатель здоровья беременных, медицинские и социальные детерминанты общественного здоровья, медицинские кадры, стратегии противодействия рискам общественного здоровья.

Для цитирования: Алексашина А. О., Русских С. В., Васильева Т. П., Колодина И. А., Путилина Е. А. Социально гигиенические исследования факторов риска, влияющих на снижение качества жизни беременных с гестационным сахарным диабетом: к вопросу о разработке стратегии противодействия рискам снижения качества общественного здоровья // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 37—43. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.006.

Original article

Social hygienic research of risk factors, risk factors affecting the quality of life of pregnant women with gestational diabetes mellitus: towards the development of a strategy to counteract the risks of public health quality decline

Alena O. Aleksashina¹, Sergey V. Russkikh², Tatiana P. Vasilieva³, Irina A. Kolodina⁴, Ekaterina A. Putilina⁵

^{1-3,5}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

^{2,3}State Budgetary Institution of the City of Moscow «Research Institute of Health Care, Russian Federation Organization and Medical Management of the Moscow City Health Department», 109117, Moscow, Russian Federation;

⁴City Clinical Hospital Named after S. S. Yudin, Moscow, Russian Federation

¹elaleksina@icloud.com, <https://orcid.org/0000-0001-8391-9802>

²russkikh1@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3292-1424>

³vasileva_tp@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4831-1783>

⁴ika1102@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0004-4816-1636>

⁵eapronina@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9245-5659>

Annotation. During pregnancy, a woman's health undergoes major physical and psychological changes. Even in uncomplicated pregnancies, these changes can affect the physical component of the pregnant woman's quality of life, as well as the health of the mother and fetus. Earlier attempts have been made to study the quality of life of physiologic pregnancy and assessed the associated socio-demographic, physical and psychological factors in developed countries, in addition, a systematic review was published in 2018. The diagnosis of gestational diabetes mellitus is associated with the risk of adverse pregnancy outcomes for both mother and fetus, which may negatively affect quality of life. The objectives of the present study were to investigate the characteristics of quality of life in pregnant women with gestational diabetes mellitus in comparison with women with physiologically normal pregnancy. This work is part of further planned research to analyze the risks of reduced public health quality in the management of pregnant women with gestational diabetes mellitus.

Materials and Methods. From May 2023 to January 2024, a sociological survey of 553 pregnant women referred for consultation with an endocrinologist at the consultative and diagnostic department of the perinatal center of the S. S. Yudin State Clinical Hospital in Moscow was conducted using online questionnaires. The SF-36 questionnaire (The Short Form-36) is an international questionnaire used to study the quality of life, validated in Russia. The socio-demographic characteristics block of the questionnaire was adapted by the authors of the study to interview pregnant women. The aim of the present study was to further contribute to the knowledge of the clinical relationship between gestational diabetes mellitus and physical and psychological components of the quality of life of pregnant women. Compliance with ethical standards: the study was approved by the Interuniversity Ethics Committee, Protocol No. 4 of 13.04.2023. Respondents signed informed consent to participate in the study, and gave consent to publish the results of sociological surveys.

Results. The study revealed that the physical component of quality of life was statistically significantly reduced in pregnant women with gestational diabetes mellitus. The leading factors determining the physical functioning of the mother are pregnancy term and age. The decrease of the physical component of pregnant women with gestational diabetes mellitus quality of life deserves serious attention for the development of unified programs for pregnant women with gestational diabetes mellitus as part of a strategy to counter the risks of deterioration in the quality of public health of pregnant women associated with medical and social determinants of public health. Such unified programs for pregnant women with gestational diabetes mellitus must include dosed physical activity, training in the principles of diet therapy and psychological self-regulation to form pregnant women's with gestational diabetes mellitus commitment to a healthy lifestyle. In the development and implementation of such programs for pregnant women with gestational diabetes mellitus, endocrinologists, medical psychologists, and exercise therapy doctors should take an active part, along with obstetricians and gynecologists.

The decrease in the physical component of quality of life in pregnant women with GDM certainly deserves attention for the development of individual/universal programs of dosed physical activity, teaching the principles of nutritional therapy in the direction of the formation of commitment to a healthy lifestyle in pregnant women. Detection of a pathological condition in a future mother is always a stressful factor, in this regard, psychological counseling/work with a psychologist seems reasonable to improve the care and quality of life of pregnant women with gestational diabetes mellitus.

Key words: *public health, outpatient care, endocrinology, obstetrics, monitoring, health saving of pregnant women, physical component of quality of life, quality of life as an integral indicator of pregnant women's health, medical and social determinants of public health, medical personnel, strategies to counter public health risks.*

For citations: Aleksashina A. O., Russkikh S. V., Vasilieva T. P., Kolodina I. A., Putilina E. A. Social hygienic research of risk factors, risk factors affecting the quality of life of pregnant women with gestational diabetes mellitus: towards the development of a strategy to counteract the risks of public health quality decline. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2025;(1):37–43. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.006.

Введение

В соответствии с Указом Президента РФ от 21 июля 2020 г. № 474¹ одной из ключевых национальных целей выступает «сохранение населения, здоровье и благополучие людей». В НИИ Семашко проводятся фундаментальные научные исследования с учетом возрастающих рисков в сфере общественного здоровья [1, 2]. Риск-ориентированный подход в здравоохранении к изучению социально-гигиенических факторов определен рядом исследований [3–6]. Согласно определению Всемирной организации

здравоохранения «качество жизни определяется как восприятие человеком его позиции в жизни в контексте той культуры и системы ценностей, к которым он принадлежит и которые разделяет, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами» [7]. Качество жизни, сопряженное со здоровьем, является интегральным показателем трех сфер жизнедеятельности человека: физической, психологической и социальной, с позиции его субъективного представления [8, 9].

Основными инструментами исследования качества жизни во время беременности являются следующие опросники: Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36), опросник Medical Outcomes Study

¹ Указ Президента РФ от 21 июля 2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года»

Short Form 12 (SF-12), Шкала качества жизни ВОЗ (WHOQOL) и Шкала качества жизни ВОЗ — BREF (WHOQOL — Bref). Каждый из этих опросников оценивает физическое, эмоциональное, социальное и ролевое функционирование испытуемых. [10—13]

«Беременность — это период в жизни женщины, сопровождающийся важными физическими и эмоциональными изменениями. Даже при неосложненной беременности эти изменения могут повлиять на качество жизни беременной женщины, а также здоровье матери и плода» [14,15]. Ранее уже предпринимались попытки изучения качества жизни при нормально протекающей беременности, а также оценивались связанные с этим социально-демографические, физические и психологические факторы в развитых странах, кроме того, по этой теме был опубликован систематический обзор [13,16—20]. Таким образом, внимание ученых к изучению данной тематики было привлечено, однако направленность этих исследований была посвящена нормально протекающей беременности; при этом работы, в которых изучались физические и психологические компоненты качества жизни при возникновении такого фактора, как гестационный сахарный диабет (далее — ГСД), практически не публиковались.

Цель исследования: в рамках настоящего исследования изучить особенности физического компонента качества жизни беременных женщин с ГСД в сравнении с женщинами без ГСД, для разработки унифицированных программ ведения беременности с ГСД в рамках стратегии противодействия рискам ухудшения качества общественного здоровья беременных, связанных с медицинскими и социальными детерминантами общественного здоровья.

Материал и методы исследования

Проведено кабинетное исследование анализ научных публикаций российских и зарубежных авторов, исследовавших качество жизни беременных женщин, при анализе законодательной базы статьи выбирались по ключевым словам «беременность», «качество жизни» «факторы риска» по тематике «медицина и здравоохранение, общественное здоровье» в международной базе данных рецензируемой научной литературы индексируемой Scopus и в российской научной электронной библиотеке Elibrary.ru. Было проанализировано текущее состояние методологической базы управления рисками в отечественном здравоохранении.

В качестве эмпирической базы для количественного анализа выступил опрос, проведенный авторами с мая 2023 г по январь 2024 г. Было опрошено 553 беременных женщины на сроке гестации до 40 недель, находящихся под наблюдением консультативно-диагностического отделения перинатального центра ГКБ им. С. С. Юдина г. Москвы.

Для изучения качества жизни использовался валидированный в России международный опросник для изучения качества жизни (SF-36), который сгруппирован в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социаль-

ное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни. Также с помощью анкетирования выявлялась информированность респондентов о риске перинатальной патологии. Для первичной обработки данных (социально-демографические характеристики респондентов) использовалась автоматизированная система сбора и обработки информации (СОДА, версия 1 — это система для сбора, обработки, анализа и хранения данных опроса) [21]. Обработка собранного материала проводилась с использованием таких статистических методов, как непараметрический критерий Манна — Уитни (при ненормальном распределении), качественных показателей — с помощью критерия хи-квадрат Пирсона (χ^2), χ^2 с поправкой Йейтса или точным критерием Фишера. Статистическая значимость определялась как $p < 0,05$. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета программы StatTech. Были рассчитаны интенсивные и средние показатели и ошибки средней. В данном исследовании мы использовали корреляцию Пирсона для того, чтобы посмотреть взаимосвязь между переменными из физического компонента и группой риска пациенток. Рассмотрели, как возраст, срок беременности и какая по счету беременность влияют на различные виды физической активности беременной в группе риска.

Результаты и обсуждение

Все пациентки были стратифицированы с учетом возраста на группы моложе 30 лет, 31—45 лет, 45—60 лет. Средний возраст будущей матери составил 31,9 года (минимальный возраст 18 лет, максимальный — 54 лет). Согласно опросу у 45,4 % респондентов беременность была первая, у 24,1% — вторая, 16,5 % — третья.

По данным литературных источников ГСД является наиболее распространенным метаболическим заболеванием во время беременности и встречается примерно в 7 % (диапазон: 2—18 %) всех беременностей [15]. В нашем исследовании при анализе причин обращения установлено, что наиболее частым поводом для консультации врача эндокринолога был ГСД, в связи с чем при проведении дальнейшей обработки материала беременные разделены на 2 группы: основная группа А — беременные с ГСД ($n=348$) и контрольная группа В ($n=205$) — беременные с другими эндокринными состояниями. Статистически значимой разницы между количеством соматических заболеваний между пациентками двух групп установлено не было (табл. 1).

Также в ходе анкетирования выявлялась информированность беременных о риске перинатальной патологии — по результатам нашего исследования установлено, что в 20 % случаев риск развития пе-

Таблица 1

Осложненный соматический анамнез среди беременных двух групп

Показания	Основная группа А, n = 48		Контрольная группа В, n = 205		p
	абс.	%	абс.	%	
Нарушение жирового обмена (НЖО)	78	22,4	36	17,6	0,174
Анемия легкой степени тяжести	52	15	37	18	0,338
Анемия средней степени тяжести	11	3,2	7	3,4	0,932
Хроническая артериальная гипертензия (ХАГ)	22	6,3	8	3,9	0,309
Варикозная болезнь вен нижних конечностей (ВБВНК)	20	5,7	10	4,9	0,663
Миопия слабой степени тяжести	11	3,2	4	2	>0,05
Миопия средней степени тяжести	4	1,1	1	0,5	>0,05
Миопия тяжелой степени	1	0,3	3	1,5	>0,05
Периферическая дистрофия сетчатки (ПВХРД)	1	0,3	4	2	>0,05
Гиперметропия легкой степени тяжести	1	0,3	0	0	>0,05
Генетическая тромбофилия	10	2,9	2	1	>0,05
Врожденный порок сердца (ВПС)	8	2,3	4	2	>0,05
Хронический аутоиммунный тиреоидит (ХАТ)	4	1,1	4	2	>0,05
Эпилепсия	1	0,3	0	0	>0,05
Псориаз	1	0,3	0	0	>0,05
Рассеянный склероз	1	0,3	0	0	>0,05
Смешанное заболевание соединительной ткани	1	0,3	0	0	>0,05
Нарушение ритма сердца	3	0,9	3	1,5	>0,05
Межпозвоночная грыжа	3	0,9	1	0,5	>0,05
Тромбофлебит	3	0,9	0	0	>0,05
Посттромбофлебитический синдром	1	0,3	1	0,5	>0,05
Бронхиальная астма	0	0	1	0,5	>0,05
НСV-носительство	1	0,3	0	0	>0,05
НВsAg-носительство	3	0,9	1	0,5	>0,05
Хронический гастрит	3	0,9	1	0,5	>0,05
Хронический тонзиллит	1	0,3	0	0	>0,05
Хронический пиелонефрит	0	0	1	0,5	>0,05
Хронический цистит	0	0	1	0,5	>0,05
Хроническая болезнь почек	0	0	1	0,5	>0,05

ринатальной патологии связан с наличием у женщины ГСД (табл.2).

В 2018 г Lagades, N. и соавт. опубликовали систематический обзор, посвященный изучению факторов, влияющих на качество жизни беременных с нормально протекающей беременностью. Согласно полученным данным «физический компонент качества жизни снижался на протяжении всей беременности, психический компонент оставался стабильным и даже улучшался во время беременности». Исследователи считают, что «к основным факторам ухудшающим качество жизни, относятся: беременность посредством вспомогательных репродуктивных технологий, осложнения до или во время беременности, ожирение, тошнота и рвота, эпигастралгия, боли в спине, курение в течение нескольких месяцев до зачатия, алкогольная зависимость, проблемы со сном, стресс, тревога, депрессия во время беременности, сексуальное или домашнее насилие» [16].

В ходе настоящего исследования выявлена обратная корреляционная зависимость беременных в группе риска между переменными «срок беременности в неделях» и следующими видами физической нагрузки: «Пройти расстояние в несколько кварталов» ($r=-0,2$ при $p=0,01$), «Физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой

обычной повседневной деятельности, вследствие чего Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности» ($r=-0,2$ при $p=0,01$), «Физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)» ($r=-0,2$ при $p=0,01$). Чем больше срок беременности в группе риска, тем сложнее пациенткам справляться даже с небольшой физической нагрузкой.

Кроме того, была выявлена обратная корреляционная зависимость беременных в группе риска между переменной «возраст» и следующими видами физической нагрузки: «Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта» ($r=-0,2$ при $p=0,01$), «Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать пыль» ($r=-0,2$ при $p=0,01$), «Подняться пешком по лестнице на один пролет» ($r=-0,2$ при $p=0,01$), «Физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнитель-

Таблица 2

Распределение беременных женщин по группам риска развития плода (n=553)

К какой группе риска развития плода Вы относитесь	Количество исследуемых	Доля от общего %
1 скрининг — отслойка плодных оболочек	1	0,20
1 скрининг: ЗРП, ГСД	1	0,20
2 скрининг: ВПС (КТМС), ГСД	1	0,20
Болезнь Грейвса	1	0,20
Возраст	3	0,20
ВТЭО, преэклампсия (ПЭ), СД 1 типа	1	0,20
ГСД	117	20,80
ГСД, инсулинотерапия	2	0,20
ГСД, гипертензия	1	0,20
ГСД, ДФ	2	0,20
ГСД, ЗРП	1	0,20
ГСД, ПЭ	1	0,20
Да	12	2,20
Замершая беременность	1	0,20
ЗРП	11	1,60
ЗРП, ГСД	2	0,40
Многоплодная беременность	1	0,20
МПК 1А степени	1	0,20
Не знаю	68	12,30
Несостоявшаяся двойня	1	0,20
Нет	298	53,90
Преждевременные роды, поздняя ПЭ, ГСД	1	0,20
Резусные антитела	1	0,20
Риск ВП	1	0,20
Риск ЗРП, риск ХА	2	0,20
Риск преэклампсии	2	0,20
Риск ПЭ и риск ЗРП	1	0,20
Риск ХА	8	0,30
Риск ХА по НИПТ	1	0,20
Риск ХА, ГСД	3	0,60
Риск ХА, по НИПТ — не выявлено, ГСД	1	0,20
СД 1 типа	2	0,40
Общий и т о г...	553	1,00

Таблица 3

Связь между возрастом пациенток, сроком беременности и количеством предыдущих беременностей, и переносимостью различных видов физических нагрузок

Статистический анализ	Возраст	Срок беременности в неделях	Какая по счету беременность
Вид физической активности [Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта]			
Корреляция Пирсона	-0,186	-0,116	-0,078
Знач. (двухсторонняя)	,011	,117	,293
n	184	184	184
Вид физической активности [Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать]			
Корреляция Пирсона	-0,182	-0,070	-0,018
Знач. (двухсторонняя)	,013	,343	,803
n	186	186	186
Вид физической активности [Подняться пешком по лестнице на один пролет]			
Корреляция Пирсона	-0,201	-0,132	,014
Знач. (двухсторонняя)	,006	,075	,852
n	183	183	183
Вид физической активности [Наклониться, встать на колени, присесть на корточки]			
Корреляция Пирсона	-0,124	-0,112	-0,045
Знач. (двухсторонняя)	,095	,133	,544
n	182	182	182
Вид физической активности [Пройти расстояние более одного километра]			
Корреляция Пирсона	-0,109	-0,104	-0,030
Знач. (двухсторонняя)	,140	,159	,685
n	184	184	184
Вид физической активности [Пройти расстояние в один квартал]			
Корреляция Пирсона	-0,112	-0,113	-0,098
Знач. (двухсторонняя)	,132	,127	,189
n	183	183	183
Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (выберете один вариант ответа в каждой строке): [Выполнили меньше, чем хотели]			
Корреляция Пирсона	-0,157	-0,053	-0,115
Знач. (двухсторонняя)	,033	,473	,120
n	184	184	184
Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (выберете один вариант ответа в каждой строке): [Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)]			
Корреляция Пирсона	-0,222	-0,196	-0,126
Знач. (двухсторонняя)	,002	,008	,088
n	184	184	184

ных усилий)» ($r=-0,2$ при $p=0,01$). Чем выше возраст беременных в группе риска, тем сложнее им справляться даже с небольшой физической нагрузкой (табл. 3).

Переменная «какая по счету беременность» никак не влияла на физический компонент беременных из группы риска.

Ограничение исследования. В настоящее время исследование продолжается, дополнительно набрана контрольная группа ($n = 203$) из родильниц, с целью изучения качества жизни на фоне реализованной перинатальной патологии.

Заключение

Согласно проведенному исследованию, в котором были проанализированы данные опросника SF-36, установлено, что в 20 % случаев риск развития перинатальной патологии связан с наличием у женщины ГСД. У беременных с ГСД статически значимо снижался физический компонент качества жизни. Ведущими факторами, определяющими физическое функционирование матери, являлись срок беременности и возраст женщины: чем больше срок беременности и возраст беременной женщины в группе риска, тем сложнее им справляться даже с небольшой нагрузкой, а переменная «какая по счету

беременность» никак не влияла на физический компонент беременных из группы риска.

Снижение физического компонента качества жизни у беременных с ГСД необходимо учитывать для разработки стратегии противодействия рискам ухудшения качества общественного здоровья. Это связанного с медицинскими и социальными детерминантами общественного здоровья в рамках подготовки унифицированных программ для беременных с ГСД, включающих в себя дозированную физическую нагрузку, обучение принципам диетотерапии и психологической саморегуляции для формирования у беременных приверженности к здоровому образу жизни.

В разработке и реализации таких программ для беременных с ГСД должны принимать активное участие наряду с акушерами-гинекологами эндокринологи, медицинские психологи и врачи ЛФК, с подготовкой унифицированных программ по их профессиональной подготовке, что относится к медицинской детерминанте общественного здоровья.

Снижение физического компонента качества жизни у беременных с ГСД безусловно заслуживает внимания для разработки индивидуальных/универсальных программ дозированной физической нагрузки. Учитывая патофизиологию данного состоя-

ния, физическая активность является одним из принципов терапии, доказанным в клинической практике. Также, основой лечения ГСД является диетотерапия. Субъективно ограничение потребления определенных продуктов/ блюд, необходимость расчета углеводной нагрузки может восприниматься беременной женщиной как один из факторов ухудшения качества жизни. Однако при грамотном обучении и ведении пациентки эндокринологом, восприятие данной проблемы меняется для достижения максимального эффекта от лечения. Обнаружение у будущей мамы патологического состояния всегда является стрессовым фактором, который также необходимо учитывать при рассмотрении критериев ухудшения качества жизни беременной женщины. В связи с этим, психологическое консультирование/ работа с психологом представляется обоснованным для совершенствования помощи и улучшения качества жизни беременных с ГСД.

Данная статья является частью дальнейших запланированных авторами исследований по анализу рисков снижения качества общественного здоровья при ведении беременных.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Васильева Т. П., Ларионов А. В., Русских С. В., Зудин А. Б., Горенков Р. В., Васильев М. Д., Костров А. А., Хапалов А. А. Методический подход к организации мониторинга общественного здоровья Российской Федерации. *Здоровье населения и среда обитания*. 2022;(7):7—17. DOI:10.35627/2219—5238/2022-30-7-7-17
2. Васильева Т. П., Ларионов А. В., Русских С. В., Зудин А. Б., Васюнина А. Е., Васильев М. Д. Методические подходы к измерению общественного здоровья как медико-социального ресурса и потенциала общества. *Здоровье населения и среда обитания*. 2022;30(11):7—15. DOI:10.35627/2219—5238/2022-30-11-7-15
3. Русских С. В., Тарасенко Е. А., Васильева Т. П., Москвичева Л. И., Габуня Н. Ю., Макарова Е. В., Дворникова Т. А., Путилина Е. А. Отношение к внедрению риск-ориентированного подхода в систему российской здравоохранения среди сотрудников медицинских организаций. *Сибирский научный медицинский журнал*. 2023;43(1):211—229. DOI: 10.18699/SSMJ20240121
4. Русских С. В., Васильева Т. П., Путилина Е. А., Сакбаева Г. Е., Васильев М. Д., Уткин С. А., Загдын З. М., Кобесов Н. В., Алексашина А. О., Абрамов А. С. Схема «Алгоритм оценки профессионального потенциала медицинских кадров врачей — детских эндокринологов, в предупреждении медицинских рисков при оказании медицинской помощи детям и подросткам с сахарным диабетом 1 типа на основе интегральной оценки количественных и качественных показателей социологических исследований». Патент на промышленный образец 140653, 19.02.2024. Заявка № 2023503639 от 21.07.2023.
5. Сычёв Д. С., Родионов И. А., Русских С. В., Алексашина А. О., Дворникова Т. А. Теоретическое обоснование понятия «Детские риски» (обзор литературы). *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2024;(1):35—39. DOI: 10.25742/NRIPH.2024.01.006
6. Аминова И. П., Васильева Т. П., Русских С. В., Афанасьева Л. Н., Васильев М. Д. Распространенность социальных факторов риска и ее тенденции в популяции женщин репродуктивного возраста на территориальном уровне. *Якутский медицинский журнал*. 2023;4(84):94—100. DOI: 10.25789/YMJ.2023.84.23
7. What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. *World health forum*. 1996;17(4):354—356.
8. Karimi M., Brazier J. Health, HealthRelated Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmaco Economics*. 2016;34(7):645—649.

9. Шипова Н. С. Применение методики «краткий опросник воз для оценки качества жизни» в исследовании лиц с ограниченными возможностями здоровья. *Вестник КГУ. Педагогика. Психология. Социокинетика*. 2018;(4):250—255.
10. Котов М. С., Подолужный В. И. Оценка качества жизни пациентов, связанного со здоровьем. *Медицина в Кузбассе*. 2007;(3):15—18.
11. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF. World Health Organization. 2004. P. 6.
12. Varni J.W, Seid M., Kurtin P. S. Peds Q. L. 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Med Care*. 2001;39(8):800—812. DOI: 10.1097/00005650-200108000-00006
13. Соколовская Т. А., Васильева Т. П., Гурьев Д. Л., Туманова Н. Г. Взаимосвязь качества жизни беременной женщины и новорожденного ребенка. *Социальные аспекты здоровья населения (сетевое издание)* 2019;65(6):6. DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-6-6
14. Шапошникова Е. В., Базина М. И., Мендик М. М., Шагеева Е. В., Шагеев Т. А. Особенности течения беременности и родоразрешение у пациенток с нарушениями углеводного обмена. *РМЖ. Мать и дитя*. 2020;3(3):163—168. DOI: 10.32364/2618-8430-2020-3-3-163-168
15. Marchetti D., Carrozzino D., Fraticelli F., Fulcheri M., Vitacolonna E. Quality of Life in Women with Gestational Diabetes Mellitus: A Systematic Review. *J Diabetes Res*. 2017;2017:7058082. DOI: 10.1155/2017/7058082
16. Lagadec N., Steinecker M., Kapassi A., Magnier A. M., Chastang J., Robert S., Gaouaou N., Ibanez G. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18:1—14. DOI: 10.1186/s12884-018-2087-4
17. Золотых И. В., Налобина А. Н., Желистова Л. В. Исследование качества жизни у женщин в III триместре физиологически протекающей беременности. *Мать и дитя в Кузбассе*. 2015;(2):28—33.
18. Клименко Г. Я., Стародубов В. И., Говоров С. В., Костюкова Н. Б., Чопоров О. Н. Исследование качества жизни беременных женщин как новый интегральный показатель оценки состояния их здоровья. *Успехи современного естествознания*. 2010;(9):131—132.
19. Романенко И. Ю., Романенко И. В., Дивитаева А. А. Оценка качества жизни женщин с физиологически протекающей беременностью. *Репродуктивное здоровье. Восточная Европа*. 2016;6(3):359—366.
20. Черкасов С. Н., Кравцова И. В., Безмельницына Л. Ю., Мешков Д. О. Предикторы здоровья и качество жизни беременных женщин. *Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2016;(7):71—76.
21. Зудин А. Б., Русских С. В., Васильева Т. П., Костров А. А., Першин А. В., Васильев М. Д. Система автоматической обработки данных и проведение анкетирования (СОДА версия 1). Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ № 2024613395.

REFERENCES

1. Vasilieva T. P., Larionov A. V., Russkikh S. V., Zudin A. B., Gorenkov R. V., Vasiliev M. D., Kostrov A. A., Khapalov A. A. Methodological approach to organizing public health monitoring in the Russian Federation. *Public health and habitat. [Zdorov'e Naseleniya i Sreda Obitaniya]*. 2022;30(7):7—17 (In Russian). DOI:10.35627/2219—5238/2022-30-7-7-17
2. Vasilieva T.P, Larionov A. V., Russkikh S. V., Zudin A. B., Vasunina A. E., Vasiliev M. D. Methodological Approaches to Measuring Public Health as the Sociomedical Resource and Potential of the Society. *Public health and habitat. [Zdorov'e Naseleniya i Sreda Obitaniya]*. 2022;30(11):7—15 (In Russian). DOI: 10.35627/2219—5238/2022-30-11-7-15
3. Russkikh S. V., Tarasenko E. A., Vasilieva T. P., Moskvicheva L. I., Gabunia N. Yu., Makarova E. V., Dvornikova T. A., Putilina E. A. Attitude towards the risk-based approach implementation into the Russian healthcare system among employees of medical organizations. *Siberian Scientific Medical Journal. [Sibirskij nauchnyj medicinskij zhurnal]*. 2023;43(1):211—229 (in Russian). DOI: 10.18699/SSMJ20240121
4. Russkikh S. V., Vasilieva T. P., Putilina E. A., Sakbaeva G. E., Vasiliev M. D., Utkin S. A., Zagdyn Z. M., Kobesov N. V., Aleksashina A. O., Abramov A. S. Scheme «Algorithm of evaluation of professional potential of medical personnel of doctors — pediatric endocrinologists, in the prevention of medical risks in the provi-

- sion of medical care to children and adolescents with type 1 diabetes mellitus on the basis of integral assessment of quantitative and qualitative indicators of sociological research» Industrial Design Patent 140653, 19.02.2024. Application No. 2023503639, 21.07.2023 (In Russian).
5. Sychev D. S., Rodionov I. A., Russkikh S. V., Aleksashina A. O., Dvornikova T. A. Theoretical substantiation of the concept of the «children's risks» (literature review). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health. [Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]*. 2024;(1):35—39. DOI: 10.25742/NRIPH.2024.01.006 (In Russian).
 6. Aminodova I. P., Vasilieva T. P., Russkikh S. V., Afanasyeva L. N., Vasiliev M. D. Prevalence of social risk factors and its trends in the population of women of reproductive age at the territorial level. *Yakut Medical Journal. [Yakutsk Medical Journal]*. 2023;4(84):94—100. DOI: 10.25789/YMJ.2023.84.23 (In Russian).
 7. What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. *World health forum*. 1996;17(4):354—356.
 8. Karimi M., Brazier J. Health, HealthRelated Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmaco Economics*. 2016;34(7):645—649.
 9. Shipova N. S. «Application of the methodology «brief questionnaire for assessing the quality of life» in the study of persons with disabilities». *Bulletin of KSU. Pedagogy. Psychology. Sociokinetics. [Vestnik KSU]*. 2018;(4):250—255 (In Russian).
 10. Kotov M. S., Podoluzhny V. I. Estimation of patients' health-related quality of life. *Medicine in Kuzbass. [Medicina v Kuzbasse]*. 2007;(3):15—18.
 11. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF. World Health Organization. 2004. P. 6.
 12. Varni J.W, Seid M., Kurtin P. S. Peds Q. L. 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Med Care*. 2001;39(8):800—812. DOI: 10.1097/00005650-200108000-00006
 13. Sokolovskaya T. A., Vasilieva T. P., Guriev D. L., Tumanova N. G. The relationship between the quality of life of a pregnant woman and a newborn child. *Social aspects of public health (online edition)*. [Social'nye aspekty zdorov'a naseleniya]. 2019;65(6):6 (In Russian). DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-6-6
 14. Shaposhnikova E. V., Bazina M. I., Mentsik M. M., Shageeva E. V., Shageev T. A. Features of the course of pregnancy and delivery in patients with disorders of carbohydrate metabolism. *RMZH. Mother and Child. [Mat' i Ditya]*. 2020;3(3):163—168 (In Russian). DOI: 10.32364/2618-8430-2020-3-3-163-168
 15. Marchetti D., Carrozzino D., Fraticelli F., Fulcheri M., Vitacolonna E. Quality of Life in Women with Gestational Diabetes Mellitus: A Systematic Review. *J Diabetes Res*. 2017;2017:7058082. DOI: 10.1155/2017/7058082
 16. Lagadec N., Steinecker M., Kapassi A., Magnier A. M., Chastang J., Robert S., Gaouaou N., Ibanez G. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18:1—14. DOI: 10.1186/s12884-018-2087-4
 17. Zolotikh Irina Vladimirovna, Nalobina Anna Nikolaevna, & Zhelostova Larisa Vladimirovna (2015). Study of quality of life in women in the III trimester of physiologically proceeding pregnancy. *Mother and Child in Kuzbass. [Mat' i Ditya v Kuzbasse]*. 2015;(2):28—33 (In Russian).
 18. Klimenko G. Y., Starodubov V. I., Govorov S. V., Kostyukova N. B., Choporov O. N. Study of the quality of life of pregnant women as a new integral indicator for assessing the state of their health. *The successes of modern natural science. [Uspekhi sovremennoi nauchnostvosnaniya]*. 2010;(9): 131—132 (In Russian).
 19. Romanenko I. Yu., Romanenko I. V., Divitaeva A. A. Estimation of the quality of life of women with physiologic pregnancy. *Reproductive Health. Eastern Europe. [Reproduktivnoe zdorov'e. Vostochnaya Evropa]*. 2016;6(3):359—366 (In Russian).
 20. Cherkasov S. N., Kravtsova I. V., Bezmelnitsyna L. Y., Meshkov D. O. Predictors of health and quality of life of pregnant women. *Bulletin of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. [Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]*. 2016;(7):71—76 (In Russian).
 21. Zudin A. B., Russkikh S. V., Vasilieva T. P., Kostrov A. A., Pershin A. V., Vasiliev M. D. System of Automatic Data Processing and Questionnaire Administration (SODA version 1). Certificate of registration of computer program № 2024613395 (In Russian).

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

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

Статья поступила в редакцию 14.05.2024; одобрена после рецензирования 22.10.2024; принята к публикации 14.03.2025. The article was submitted 14.05.2024; approved after reviewing 22.10.2024; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 316.353

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.007

Проблемы формирования социального здоровья студенческой молодежи (по материалам социологического исследования)

Елена Ивановна Мозговая¹, Елена Николаевна Бессмольная²

¹Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород, Российская Федерация;

²Московский международный университет, г. Москва, Российская Федерация

¹mozgovaya@bsu.edu.ru; <https://orcid.org/0000-0003-2122-3847>

²ben7171@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4708-0218>

Аннотация. В статье представлены основные результаты социологического исследования проблем формирования социального здоровья студенческой молодежи г. Белгорода. Установлено, что социальное здоровье современного студенчества детерминировано, прежде всего, социальными факторами и характеризует внутреннее состояние индивида. В исследовании представлены структурные компоненты социального здоровья и выявлены причины, препятствующие развитию ценностных установок ведения здорового образа жизни у студенческой молодежи. Авторами определены факторы, способствующие формированию социального здоровья студенческой молодежи и обоснована важность формирования социально значимых качеств личности и повышения социальной активности молодых людей. В результате предложены рекомендации по формированию и сохранению социального здоровья студенческой молодежи г. Белгорода.

Ключевые слова: социальное здоровье, студенческая молодежь, социальная активность, ценностные ориентации, социально опасные заболевания, социальная инициатива, здоровый образ жизни

Для цитирования: Мозговая Е. И., Бессмольная Е. Н. Проблемы формирования социального здоровья студенческой молодежи (по материалам социологического исследования) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 44—50. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.007.

Original article

Problems of formation of social health of student youth (based on the materials of a sociological study)

Elena I. Mozgovaya¹, Elena N. Bessmolnaya²

¹Belgorod State National Research University, Belgorod, Russian Federation;

²Moscow International University, Moscow, Russian Federation

¹mozgovaya@bsu.edu.ru; <https://orcid.org/0000-0003-2122-3847>

²ben7171@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4708-0218>

Abstract: The article presents the main results of a sociological study of the problems of formation of the social health of student youth in Belgorod. It is established that the social health of modern students is determined primarily by social factors and characterizes the internal state of an individual. The structural components of social health are presented and the reasons preventing the formation of social health of students are identified. The factors contributing to the formation of the social health of students are identified and the importance of forming socially significant personality qualities and increasing the social activity of young people is substantiated. Recommendations on the formation of the social health of the student youth of Belgorod are proposed.

Key words: social health, student youth, social activity, value orientations, socially dangerous diseases, social initiative, healthy lifestyle

For citation: Mozgovaya E. I., Bessmolnaya E. N. Problems of formation of social health of student youth (based on the materials of a sociological study). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(1):44–50. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.007.

Введение

В условиях модернизирующегося и трансформирующегося общества проблема формирования социального здоровья молодежи приобретает все большую значимость. Социальное здоровье молодого поколения признается важнейшей общественной ценностью и является основным критерием и условием социального благополучия современного российского общества. В условиях изменяющейся

действительности четко обозначается потребность в качественно новом научно-практическом рассмотрении проблем в области формирования, укрепления, сохранения социального здоровья студенческой молодежи, поскольку в силу возрастных, психологических, социальных особенностей студенчество в большей степени восприимчиво к переменам, происходящим в обществе, и в то же время может демонстрировать двойственность сознания, противоречивость в принятии решений, обусловленные

незавершенностью процесса формирования индивидуально-личностных качеств и социального становления.

В научной литературе существуют разные подходы к трактовке социального здоровья молодежи и его структурных составляющих, однако исследователей объединяет общее понимание социального здоровья как показателя общественного развития страны и важного индикатора социально-экономического и социально-культурного потенциала общества. Социальное здоровье студенческой молодежи как сложносоставное образование, по мнению Н. Х. Гафиятулиной, формируется в процессе взаимодействия индивида с социальными институтами и, отражая уровень данного взаимодействия, представляет собой общественный феномен [1, с.237].

Социальное здоровье молодежи, как отмечают Бондарев В. Г., Башмакова Н. И., Снина А. И. и Цыплакова Е. П., характеризуется степенью удовлетворенности молодыми людьми своим положением в обществе, что во многом определяется генетическими факторами, условиями и образом жизни молодого человека, уровнем медицинского обеспечения, состоянием окружающей среды, деятельностью социальных институтов и органов муниципального управления, в чьи функции входит власти, ответственных за разработку организационно-управленческих механизмов, регулирующих социальную поддержку молодого поколения [2, с.15].

Следует согласиться с Е. И. Сеницыной, относящей к компонентам социального здоровья молодых людей продуктивную социально-экономическую жизнедеятельность, духовно-нравственные личностные основы, установки и мотивы, состояние организма, позволяющее полноценно функционировать в социуме [3, с.154], в тоже время подчеркнув динамический характер социального здоровья человека или группы, что выражается в социальной адаптированности, восприятии социальных норм и общечеловеческих ценностей, здоровом образе жизни [4, с.47].

Феномен социального здоровья как характеристику социального, психического и физического здоровья подробно рассматривают Е. В. Дворникова и А. В. Кошелева, выделяя критерии социального здоровья: социальную активность, критическое мышление, самоорганизацию и саморефлексию, свободу выбора [5, с.11].

Социальное здоровье, по мнению ряда исследователей, как показатель индивидуально-личностного и общественного состояния подвержено глубокому научному анализу на уровнях группового и индивидуально-личностного здоровья [6] с позиции культуры самоохранения и персональной ответственности за физическое, психологическое, социальное состояние себя и своих близких [7].

Отечественными авторами обоснована социальная значимость сохранения социального здоровья студенческой молодежи ввиду повышенного риска возникновения заболеваний вследствие эмоциональной, психической, умственной нагрузки [8], информационной перегруженности, гиподинамии,

несбалансированного питания, наличием вредных привычек, отсутствием адекватной физической нагрузки, нарушениями в режиме труда и отдыха, хронического стресса [9].

В этой связи становятся актуальными исследования анализа ценностных ориентаций студенческой молодежи и факторов, оказывающих положительное влияние на социальное здоровье молодых людей, компонентов и показателей, поведенческих практик молодежи в области социального здоровья [10;11].

Цель исследования: определить структурные компоненты социального здоровья студенческой молодежи, выявить факторы и разработать рекомендации, способствующие формированию и сохранению социального здоровья современного студенчества.

Материалы и методы

Для диагностики проблем формирования социального здоровья студенческой молодежи в апреле-мае 2024 года было проведено собственное социологическое исследование (разработана авторская анкета для проведения исследования; метод интернет-опроса). Участниками опроса стали студенты ФГАО ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» (НИУ «БелГУ») в возрасте от 18 до 26 лет, обучающиеся на 1—4 курсе бакалавриата и 1—2 курсе магистратуры. (n=354). В экспертном интервью приняли участие сотрудники Министерства по делам молодежи Белгородской области, преподаватели и сотрудники НИУ «БелГУ» (n=55).

Результаты и обсуждение

Для исследования была важна интерпретация студенческой молодежью понятия «здоровье». Оказалось, что в основу данного понятия респонденты определяют «хорошее самочувствие и отсутствие болезни» (52%), «высокую физическую активность» (46%), «отсутствие пагубных привычек — употребления алкоголя, токсических веществ, табакокурения» (40%), «хорошее психологическое самочувствие, отсутствие стресса» (34%). Отметим, что молодые люди практически не рассматривают факторы социального порядка как важные компоненты понятия «здоровье» — варианты ответов «наличие социальных знаний, умений, навыков» (26%), «социальная активность» (18%), «устойчивость к социально неблагоприятным факторам среды» (12%) выбрали незначительное количество студентов (см. рисунок 1).

Проведенный опрос показал, что оценка респондентами собственного здоровья достаточно невысока. Так, состояние здоровья на «отлично» оценивают только 28% студентов, еще 36% опрошенных молодых людей считают свое здоровье «хорошим», 22% — удовлетворительным и 14% — очень плохим. Полностью удовлетворены состоянием своего здоровья 34% опрошенных, остальные «скорее удовлетворены» — 24% и «не удовлетворены» — 42% молодых людей.

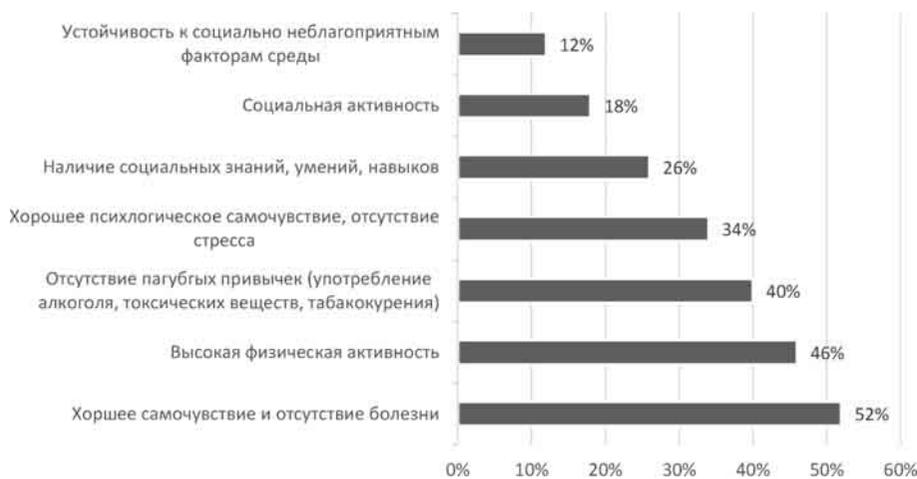


Рис. 1. Интерпретация студенческой молодежью понятия «здоровье»

В контексте исследования проблемы формирования социального здоровья современного студенчества важным является анализ жизненных приоритетов и ценностных ориентаций современного студенчества. Для большинства участников опроса (64%) наиболее важными жизненными приоритетами становятся материальное благополучие (88%), профессиональный рост и карьера (72%), «семья и дети» (68%). Также респондентами были выбраны варианты ответов «безопасность жизни» (56%), «уважение окружающих» (52%), «самореализация» (48%), «общественное признание, авторитет» (44%), «хорошее самочувствие» (36%), «свобода, независимость» (24%).

В рейтинге ценностей молодых людей лидирующее положение занимают «честность» (62%), «надежность» (58%), «доброта» (54%), «отзывчивость» (46%), «справедливость» (40%), «верность» (38%).

Респондентам было предложено определить, какими характеристиками должен обладать здоровый человек. Результаты ответов на вопрос представлены на рисунке 2.

Итак, как следует из представленных данных, здоровый молодой человек должен быть физически активен, у него не должно быть лишнего веса (74%), его кожа имеет здоровый цвет (62%), у него здоровый аппетит (56%), и он следует принципам ведения здорового образа жизни (32%), имеет твердый характер (48%), склонен к постоянному совершенствованию (44%) и адекватно оценивает себя и свои возможности (38%). По всей видимости респонденты, описывая здорового человека, опираются на собственные представления о понятии «здоровье», жизненные смыслы, убеждения и установки.

Большинство респондентов (68%) связывают свое будущее, дальнейшие успехи в жизни с наличием здоровья, поскольку от состояния организма и масштабов использования его психофизиологического потенциала во

многом зависит и семейное счастье (34%), и профессиональная карьера (44%) молодых людей. К основным структурным компонентам здорового образа жизни респонденты отнесли «правильное питание» (84%), «спорт и физическая культура» (80%), «отсутствие стресса» (72%), «полноценный отдых» (64%), «крепкий иммунитет» (60%), «отсутствие вредных привычек» (52%), «культура межличностного общения» (34%).

В этой связи необходимо выяснить, готовы ли участники исследования поддерживать свое здоровье, сбалансированно питаться, повысить физическую активность, отказаться от вредных привычек. Опрос показал, что приверженцами здорового образа жизни считают себя 38% респондентов, «скорее здоровым, чем нет» — 34%, и ответ «скорее нет» выбрали 28% молодых людей. При этом вредные привычки имеют 42%, ведут малоподвижный образ жизни 40% и не занимаются профилактикой хронических заболеваний 34% опрошенных по причине «нехватки времени» (56%), «отсутствия поддержки близких людей» (28%) и собственной лени (22%). Если респонденты испытывают психологическое перенапряжение, то снимают его посредством «общения с друзьями и близкими» (62%), «употреблением кофе, энергетических напитков» (54%), «табачными изделиями и алкоголем» (46%), «физическими нагрузками» (32%), «сменой деятельности» (24%), «обращением к психологу или врачу» (8%). Это свидетельствует, на наш взгляд, о недостаточном количестве признаков социального здоровья и уровня сформированности самосохранительного поведения студенческой молодежи.

Среди важнейших условий ведения здорового образа жизни респонденты выделили «пропаганду принципов здорового образа жизни» (56%), «папортизацию маршрутов здоровья» (44%), «обустройство в муниципалитетах пунктов самоконтроля здоровья» (40%), «приложение усилий самого человека» (32%). Как видим, наиболее эффективными

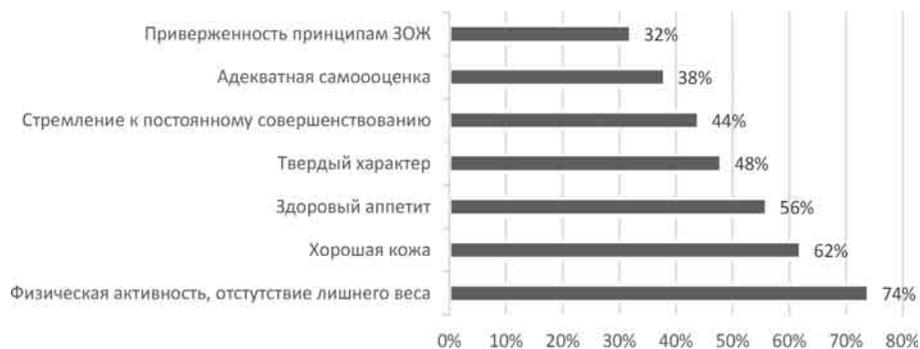


Рис. 2. Распределение ответов на вопрос «Какими качествами должен обладать, по Вашему мнению, здоровый человек?»

Таблица 1

Распределение ответов респондентов на вопрос «Насколько Вы удовлетворены...» %

Характеристика	В полной мере	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Нет	Затрудняюсь ответить
Эмоциональная близость со значимыми людьми	32	24	12	18	14
Отношения с микросоциумом (родители, дети, супруг/а)	28	38	14	12	8
Отношения с субъектами образовательной деятельности (преподаватели, кураторы, администрация вуза)	26	44	22	8	—
Жилищные условия	42	12	26	20	—
Материальное положение	30	18	16	18	18
Проведение досуга	48	26	22	4	—
Сфера медицинского обслуживания	18	32	24	26	—
Социально-политическая обстановка	22	30	36	—	12
Образ жизни в целом	44	20	32	—	4

механизмами популяризации принципов здорового образа жизни среди молодого поколения респонденты считают пропаганду ЗОЖ на государственном уровне, создание инфраструктуры, способствующей приобщению к практикам здорового образа жизни, при этом определяя Интернет-ресурсы как основной источник информации по всем интересующим молодежь вопросам.

В контексте исследования проблемы формирования социального здоровья молодежи целесообразно оценить социальное самочувствие студенчества в социуме, что во многом определяется степенью его социальной активности. Оказалось, что активная социальная деятельность участников исследования детерминирована потребностью приносить пользу обществу и желанием помогать людям, и в то же время обусловлена индивидуальными интересами молодых людей, возможностью быстрее построить профессиональную карьеру. Считают себя социально активными 48% опрошенных и чаще всего активность респонденты проявляют в образовательной (28%), творческой (24%), спортивной (20%), общественной (16%), волонтерской (12%) деятельности, реализуя высокую потребность к самовыражению и самореализации в процессе социальной деятельности в субъективном и объективном пространстве.

Полностью доверяют государственным и общественным институтам 48% опрошенных и 24% молодых людей заявляют, что в современных условиях «никому верить нельзя». Это свидетельствует о недостаточно развитом уровне институционального и межличностного доверия участников исследования. На наш взгляд, это представляет тревожную тенденцию, поскольку предполагаем тесную взаимосвязь между доверием как социокультурным ресурсом и социальным здоровьем молодежи. Дефицит доверия может оказывать негативное влияние на социальное и психоэмоциональное самочувствие молодых людей и тем самым затруднять формирование социального здоровья.

В этой связи исследовательский интерес представляет оценка студенческой молодежью удовлетворенности собственной жизнью и отношениями с другими людьми, которая отражена в

таблице 1. В общей совокупности удовлетворены эмоциональной близостью с окружающими — 56%, отношениями с ближайшими людьми — 66%, с субъектами образовательной деятельности — 70% респондентов. Жилищными условиями в целом довольны 54% молодых людей, материальным положением — 48%, качеством проводимого досуга 74%. Образ жизни в целом положительно оценивают 64% опрошенных, что является достаточно высоким показателем самооценки. Как видим, социальные аспекты составляют специфику социального здоровья студенческой молодежи и являются преобладающими в структуре рассматриваемого явления.

Результаты экспертного интервью способствуют глубинной интерпретации эмпирических данных и позволяют определить основные показатели уровня развития социального здоровья современного студенчества. Признают актуальность проблемы формирования социального здоровья современной молодежи абсолютное большинство экспертов (84%) и интерпретируют данное понятие как «социальное, физическое, психологическое благополучие» (58%), «внутреннее состояние человека, оптимистичный настрой» (52%), «способность полноценно и бесконфликтно функционировать в социуме» (44%), «внутренний фактор защиты от социально значимых, опасных для общества заболеваний» (36%), «адекватное восприятие собственного положения в социуме» (32%) (см. рисунок 3)

Как следует из представленных данных, социальное здоровье студенческой молодежи детерминировано множеством факторов, прежде всего, социальных, и во многом характеризует внутреннее состояние молодого человека. Следует согласиться с экспертами, полагающими, что высокий уровень сфор-

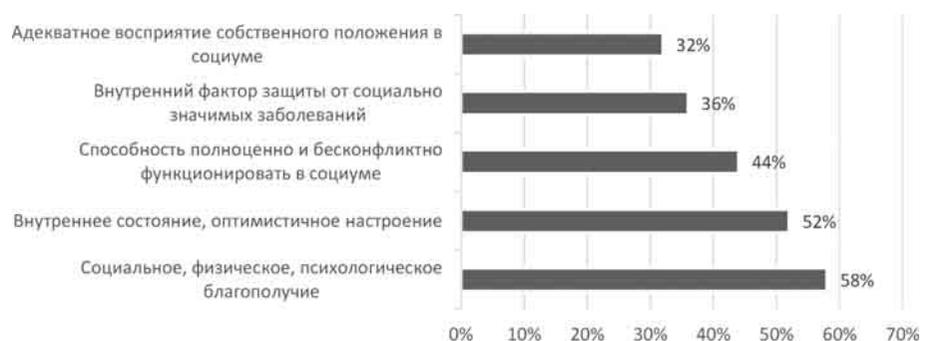


Рис. 3. Интерпретация понятия «социальное здоровье» экспертами

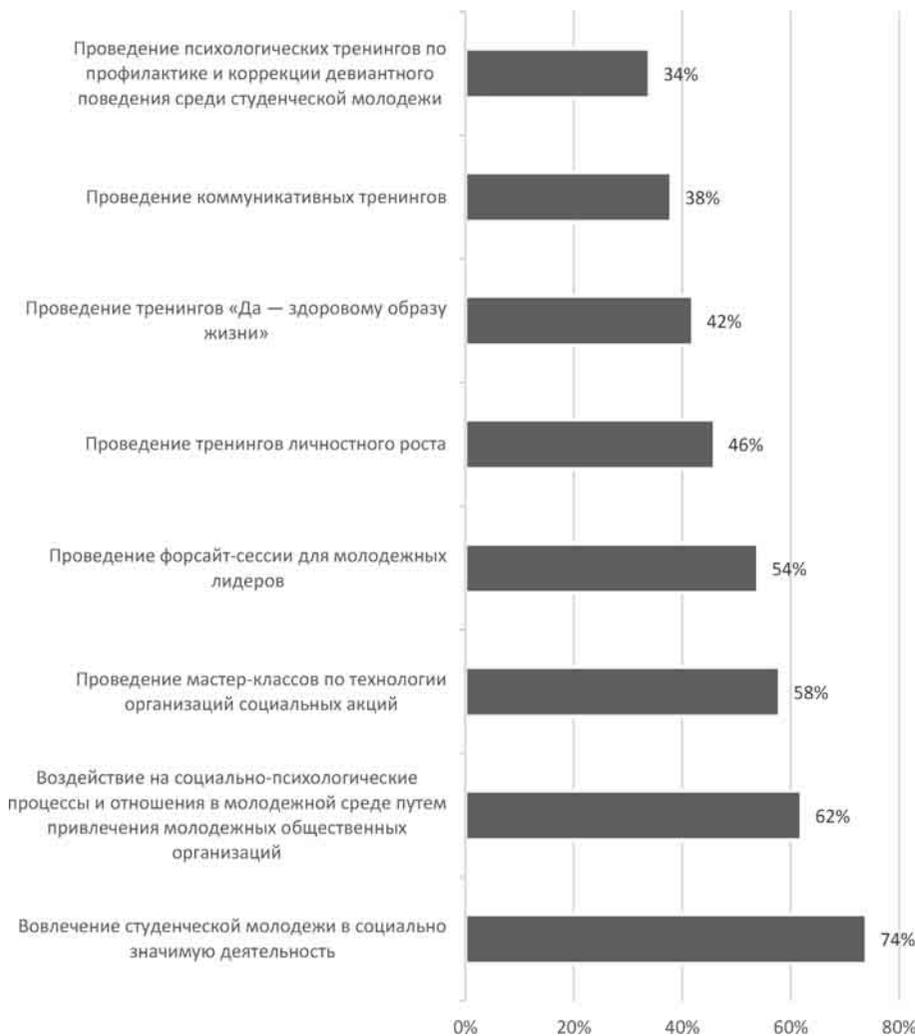


Рис. 4. Рекомендации экспертов по формированию и сохранению социального здоровья студенческой молодежи

мированности социального здоровья способствует профилактике социально опасных заболеваний — алкоголизма, наркомании, употребления запрещенных психоактивных веществ, расстройств поведения, инфекций, передающихся половым путем, ВИЧ.

Однако только 14% экспертов могут назвать современную студенческую молодежь социально здоровой, остальные при ответе на вопрос анкеты выбрали отрицательный ответ. Эксперты считают, что развитию социального здоровья препятствуют пассивность молодых людей (52%), приверженность ценностям индивидуализма (46%), «инфантильность, нежелание брать ответственность на себя» (40%), приоритет материальных ценностей над духовными (34%), усиление тревожности, развитие депрессии (26%) среди молодого поколения.

Результаты экспертного интервью дают возможность представить структурные компоненты социального здоровья: 1) духовно-нравственные основы личности молодого человека, приверженность традиционным нравственным ценностям; 2) социально значимая деятельность и степень вовлечения в нее; 3) устойчивость к воздействию негативных влияний среды.

Эксперты определяют факторы, оказывающие непосредственное влияние на развитие социального здоровья студенчества, отдавая приоритет формированию социальных качеств личности — социальной ответственности, лидерских качеств, эмпатии, толерантности) и отмечают необходимость поиска механизмов повышения социальной активности молодежи для успешного вхождения в систему социальных отношений, приобретения умений проявлять социальную инициативу и находить рациональный выход из проблемных ситуаций, развивать чувство социальной ответственности.

Также эксперты обозначают роль высших учебных заведений в формировании и сохранении социального здоровья современного студенчества. На рисунке 4 представлены конкретные рекомендации по формированию социального здоровья, улучшения социального самочувствия и повышения социальной активности студенческой молодежи.

Согласно результатам опроса, вовлечение в социально значимую деятельность будет являться важным ресурсом формирования и сохранения социального здоровья студенческой молодежи (74%). В условиях высшего учеб-

ного заведения усилиями Психологической службы университета и при взаимодействии со студенческими организациями университета и региона станет возможным воздействовать на социально-психологические процессы и отношения в молодежной среде (62%). Программные мероприятия будут включать проведение мастер-классов по технологии организаций социальных акций (58%), форсайт-сессии для молодежных лидеров (54%), тренингов личностного роста (46%) и тренингов «Да — здоровому образу жизни» (42%), коммуникативных (38%) и психологических тренингов по профилактике и коррекции девиантного поведения среди студенческой молодежи (34%).

Проведенное исследование предоставило возможность сформировать практические рекомендации по формированию и сохранению социального здоровья студенческой молодежи. Развитию ценностных установок ведения здорового образа жизни, формированию социально значимых качеств личности и повышению социальной активности будет способствовать целенаправленная деятельность по вовлечению современной студенческой молодежи в социально значимую общественную деятельность. Важным компонентом работы сотрудников

высших учебных заведений может являться сотрудничество с общественными организациями, в особенности с теми, профиль деятельности которых совпадает с направлением подготовки в вузе [12], что будет способствовать повышению уровня сформированности самосохранительного поведения студенческой молодежи.

Заключение

Исследование показало, что проблема формирования и сохранения социального здоровья приобретает особое значение для современной студенческой молодежи в связи с требованиями, которые выдвигает общество к молодому поколению: быть не только высококлассным специалистом, но и здоровым физически и нравственно, уметь адаптироваться к изменениям социальной среды в условиях нестабильности, усвоить и транслировать традиционные ценности, обладать способностью адекватно реагировать на вызовы современности и успешно контактировать с социумом. Проведенное исследование дает возможность рассматривать социальное здоровье исходя из взаимоотношений молодого человека и социума, возможности выбора самореализации и гармоничного взаимодействия с социальной средой.

Установлено, что в структуру социального здоровья студенческой молодежи входят аксиологический, когнитивный и поведенческий компоненты, которые, по нашему мнению, отражают специфику взаимоотношений молодых людей с социумом.

Сделан вывод о том, что социальная активность молодежи неразрывно связана с социальным здоровьем ввиду многоаспектности понимания данного системного образования. В процессе освоения личностью социальной среды, путем познания общественных явлений и процессов, с установлением социальных связей у молодых людей развивается потребность в социально значимой деятельности, что выступает характеристикой социальной активности и показателем социального здоровья.

Степень социальной активности во многом определяет характер социального самочувствия студенческой молодежи. Иными словами, социальное здоровье выступает мерой социальной активности молодого человека.

Отметим, что сами участники опроса практически не рассматривают социальные факторы как важные компоненты понятия «здоровье», уделяя внимание физическим показателям больше, чем наличию социальных знаний, умений, и устойчивости к социально неблагоприятным воздействиям среды.

Предложенные рекомендации по формированию и сохранению социального здоровья студенческой молодежи направлены на развитие общественно значимых качеств личности и повышение социальной активности с целью полноценного вхождения в систему социальных отношений и приобретения молодыми людьми умений находить выход из проблемных ситуаций, самостоятельно принимать решения, активно противодействовать распространению деструктивных социальных явлений.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Гафиатулина Н. Х. Когнитивный модус структурной архитектуры социального здоровья студенческой молодежи: индикаторы социологического измерения. *Государственное и муниципальное управление. Ученые записки*. 2020;(1):236—240.
2. Бондарев В. Г., Башмакова Н. И., Снина А. И., Цыплакова Е. П. Социальное здоровье современной молодежи как приоритет социальной политики государства. *Общество: политика, экономика, право*. 2020;(5—82):13—20.
3. Синицына Е. И. Факторы формирования социального здоровья современной молодежи. *Образование и наука без границ: фундаментальные и прикладные исследования*. 2022;(16):153—157.
4. Лига М. Б., Цикалюк Е. В. Социальное здоровье студенческой молодежи: механизм формирования. *Гуманизация образования*. 2014;(5):46—51.
5. Дворникова Е. В., Кошелева А. В. Социальное здоровье молодежи: состояние и факторы формирования. *Вестник социально-политических наук*. 2019;(18):10—15.
6. Тер-Геворкова Н. К. Социальное здоровье современной молодежи российского общества. *Молодой ученый*. 2019;(12):237—241.
7. Лихачева С. Н. Здоровье молодежи как предмет ее социальной защиты: социологический аспект. *Вестник Магіл'євського державного університету імя А. А. Куляшова. Сер. Д, Економіка, саціологія, права*. 2022;(2—60):50—56.
8. Бондаренко Д. В., Ткачева Е. Г., Брыкина В. А. Социальное здоровье студенческой молодежи. *Наука-2020*. 2021;(1—46):47—51.
9. Ковальчук О. В., Лазуренко Н. В., Нифонтова В. А. Здоровьесберегающее поведение студенческой молодежи: факторы формирования и условия сохранения. *НОМОТНЕТІКА: Філософія. Соціологія. Право*. 2021;(46—3):461—473.
10. Сетко, Н.П., Сетко А. Г., Жданова О. М., Мокеева М. М., Бейлина Е. Б., Закурдаева Е. А., Васильева Ф. Ф. Особенности формирования уровня социального здоровья и качества жизни у студенческой молодежи. *Оренбургский медицинский вестник*. 2023;(11-1-41):64—69.
11. Чернов И. В. Социальное здоровье молодежи в условиях информационного общества. *Социально-гуманитарные знания*. 2019;(11):67—72.
12. Мозговая Е. И., Водолазова Ж. М., Горский А. А., Волкова О. А. Здоровый образ жизни населения в условиях пандемии: экспертные мнения исследователей и представителей некоммерческих организаций. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(S1):763—767.

REFERENCES

1. Gafiatulina N. H. Cognitive mode of structural architectonics of social health of student youth: indicators of sociological measurement. *State and municipal administration. Scientific notes. [Gosudarstvennoe i munitsipal'noe upravlenie. Uchenye zapiski]*. 2020;(1):236—240 (in Russian).
2. Bondarev V. G., Bashmakova N. I., Sinina A. I., Tsyplakova E. P. Social health of modern youth as a priority of social policy of the state. *Society: politics, economics, law. [Obshchestvo: politika, ekonomika, pravo]*. 2020;(5—82):13—20 (in Russian).
3. Sinitsyna E. I. Factors of formation of social health of modern youth. *Education and Science without borders: fundamental and applied research. [Obrazovanie i nauka bez granits: fundamental'nye i prikladnye issledovaniya]*. 2022;(16):153—157 (in Russian).
4. Liga M. B., Tsikaluk E. V. Social health of student youth: the mechanism of formation. *Humanization of education. [Gumani-zatsiya obrazovaniya]*. 2014;(5):46—51 (in Russian).
5. Dvornikova E. V., Kosheleva A. V. Social health of youth: state and factors of formation. *Bulletin of Socio-political Sciences. [Vestnik sotsial'no-politicheskikh nauk]*. 2019;(18):10—15 (in Russian).
6. Ter-Gevorkova N. K. Social health of modern youth in Russian society. *A young scientist. [Moloday uchenyy]*. 2019;(12):237—241 (in Russian).
7. Likhacheva S. N. Youth health as a subject of its social protection: a sociological aspect. *Bulletin of Mogilev State University named after A. A. Kuleshov. Ser. D, economics, sociology, law. [Vesnik Magileyskaya dzharzhaynaga universiteta imya A. A. Kulyashova. Ser. D, Ekonomika, satsyologiya, prava]*. 2022;(2—60):50—56 (in Ukrainian).

8. Bondarenko D. V., Tkacheva E. G., Brykina V. A. Social health of students. *Science— 2020. [Nauka-2020].* 2021;(1—46):47—51 (in Russian).
9. Kovalchuk O. V., Lazurenko N. V., Nifontova V. A. Health-saving behavior of students: factors of formation and conditions of preservation. *NOMOTHETIKA: Philosophy. Sociology. Right. [NOMOTHETIKA: Filosofiya. Sotsiologiya. Pravo].* 2021;(46—3):461—473 (in Russian).
10. Setko, N.P., Setko A. G., Zhdanova O. M., Mokeeva M. M., Beilina E. B., Zakurdaeva E. A., Vasilyeva F. F. Features of the formation of the level of social health and quality of life among students. *Orenburg Medical Bulletin. [Orenburgskiy meditsinskiy vestnik].* 2023;(11-1-41):64—69 (in Russian).
11. Chernov I. V. Social health of youth in the conditions of information society. *Social and humanitarian knowledge. [Sotsial'no-gumanitarnye znaniya].* 2019;(11):67—72 (in Russian).
12. Mozgovaya E. I., Vodolazova Zh.M., Gorsky A. A., Volkova O. A. Healthy lifestyle of the population in a pandemic: expert opinions of researchers and representatives of non-profit organizations. *Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny].* 2021;29(S1):763—767 (in Russian).

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

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

Статья поступила в редакцию 26.05.2024; одобрена после рецензирования 18.11.2024; принята к публикации 14.03.2025. The article was submitted 26.05.2024; approved after reviewing 18.11.2024; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.008

Экстенсивные показатели детской госпитальной заболеваемости по профилю «нефрология»: сравнительная характеристика по группам госпитализированных из различных территорий проживания

Муминат Магомедовна Гасайниева¹, Эльмира Нурисламовна Мингазова²✉

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

²ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань, Российская Федерация

¹mgasajnieva@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7300-7746>

²elmira_mingazova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8558-8928>

Аннотация. Исследование посвящено определению специфических особенностей экстенсивных показателей госпитальной заболеваемости детей, проживающих на различных территориях Республики Дагестан. Основное внимание уделено изучению распределения госпитализированных по возрасту, полу, месту проживания, нозологическим формам и классам заболеваний, особенностям течения нефрологической патологии. Выявлено, что значительная доля госпитализированных приходится на детей младшего школьного возраста во всех исследуемых группах, что может быть связано с адаптацией к новым условиям жизни обучающихся и к учебно-образовательному процессу. Установлены существенные различия в распределении определенных классов заболеваний и форм течения уронефрологической патологии в зависимости от территории проживания. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости совершенствования системы оказания медицинской помощи детям в Республике Дагестан, обеспечению доступности нефрологической помощи, в частности в районах высокогорья.

Ключевые слова: госпитальная заболеваемость, экстенсивные показатели, дети, школьники, дошкольники, нефрологические заболевания, госпитализированные, территории проживания, заболеваемость городского и сельского населения, высокогорье.

Для цитирования: Гасайниева М. М., Мингазова Э. Н. Экстенсивные показатели детской госпитальной заболеваемости по профилю «нефрология»: сравнительная характеристика по группам госпитализированных из различных территорий проживания // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 51—57. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.008.

Original article

Extensive indicators of pediatric hospital morbidity in the «nephrology» profile: comparative characteristics by groups of hospitalized from different territories of residence

Muminat M Gasajnieva¹, Elmira N. Mingazova²✉

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

²Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation

¹mgasajnieva@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7300-7746>

²elmira_mingazova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8558-8928>

Annotation. The study is devoted to determining the specific features of extensive indicators of hospital morbidity of children living in various territories of the Republic of Dagestan. The main attention is paid to the study of the distribution of hospitalized patients by age, gender, place of residence, nosological forms and classes of diseases, and the peculiarities of the course of nephrological pathology. It was revealed that a significant proportion of hospitalized children are of primary school age in all the studied groups, which may be due to adaptation to new living conditions of students and to the educational process. Significant differences have been established in the distribution of certain classes of diseases and forms of the course of uro-nephrological pathology depending on the territory of residence. The results obtained indicate the need to improve the system of medical care for children in the Republic of Dagestan, to ensure the availability of nephrological care, in particular in the highlands.

Key words: hospital morbidity, extensive indicators, children, schoolchildren, preschoolers, nephrological diseases, hospitalized, residential areas, morbidity of urban and rural populations, highlands.

For citation: Gasajnieva M. M., Mingazova E. N. Extensive indicators of pediatric hospital morbidity in the «nephrology» profile: comparative characteristics by groups of hospitalized from different territories of residence. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2025;(1):51–57. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.008.

Введение

Госпитальная заболеваемость представляет собой учет случаев выявления заболеваний среди па-

циентов, проходивших лечение в медицинских стационарах за определённый период времени, обычно за год. Информация о госпитальной заболеваемости необходима для планирования количества койко-

мест в больницах, определения потребностей в специализированных отделениях и оценки эффективности работы медицинского учреждения [1—3]. Особое значение приобретает изучение госпитальной заболеваемости населения, имеющие особенности территорий проживания, удаленности медицинских организаций при несоблюдении радиуса обслуживания, сниженной доступности первичной медико-санитарной помощи, в том числе из-за дефицита медицинских кадров [4—7].

При сравнительном анализе экстенсивные показатели используются реже, чем интенсивные, однако в некоторых случаях их применение оправдано для получения более подробных и точных данных о характеристиках различий между группами сравнения. Такие показатели помогают детально проанализировать различия, предоставляя дополнительную информацию о распределениях, формах распределения и других особенностях сравниваемых выборок. Их использование целесообразно с целью проведения глубокого анализа и выделения специфических особенностей данных, которые невозможно полностью раскрыть с помощью стандартных методов [8].

Цель исследования: изучить специфические особенности экстенсивных показателей госпитальной заболеваемости детей, госпитализированных из различных территорий Республики Дагестан.

Методы исследования

Исследование проведено на базе нефрологического отделения Детской республиканской клинической больницы имени Н. М. Кураева. Для реализации поставленной задачи была осуществлена выкопировка данных из формы № 066/у-02 «Карта выбывшего из стационара» за период с 2019 по 2023 гг. Проведено сплошное ретроспективное исследование на основе анализа 6618 карт, что позволило обеспечить репрезентативность полученных результатов.

В работе использованы методы: аналитический, статистический.

На основе выкопировки были заполнены специально разработанные карты, в которых отражены общие данные о пациентах — место жительства, пол, возраст, а также информация о нозологических формах и классах заболеваний по МКБ-10, особенностях течения нефрологической патологии, о длительности пребывания в стационаре, наличии сопутствующих хронических заболеваний, особенностях выдачи направлений на госпитализацию, прогнозах пациента при выписке.

В ходе анализа госпитализированные были распределены по 5 группам с учетом территории проживания: город Махачкала; города Дагестана (Каспийск, Дербент, Хасавюрт и др.); сельские районы в низменной и предгорной части Дагестана; сельские районы среднегорья Дагестана; сельские районы высокогорья Дагестана.

Из общей численности госпитализированных (6618 чел.), 31,2% (2064 чел.) проживало в Махачкале, 29,2% (1932 чел.) — в сельских районах низменной части, 17,6% (1164 чел.) — в других городах Дагестана (Каспийск, Дербент, Хасавюрт и др.), 15,2% (1006 чел.) — в сельских районах высокогорья и 6,8% (452 чел.) — в сельских районах среднегорья (рис. 1).

Далее в анализе было применено агрегирование по показателю «место проживания» в две группы: городское и сельское население. Распределение оказалось почти равномерным: из числа всех госпитализированных 48,8% (3228 чел.) проживали в городах республики, 51,2% (3390 чел.) — в сельских районах.

Характеристика изучаемого контингента по показателю «возраст» осуществлялась с применением стандартной, общепринятой классификации для групп обучающихся и воспитанников: старший школьный возраст (от 14 лет 6 мес. — до 18 лет); средний школьный (от 10 лет 6 мес. — до 14 лет 5 мес. 29 дней); младший школьный (от 6 лет 6 мес. — до 10 лет 5 мес. 29 дней); дошкольный (от 3 лет 9 мес. — до 6 лет 5 мес. 29 дней); преддошко-

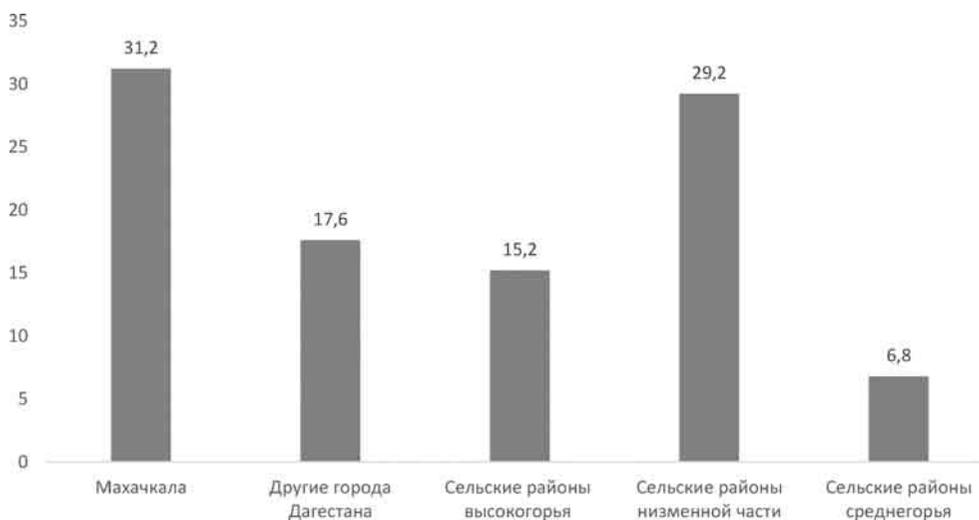


Рис. 1. Распределение госпитализированных по территориям их проживания (в процентах к итогу)

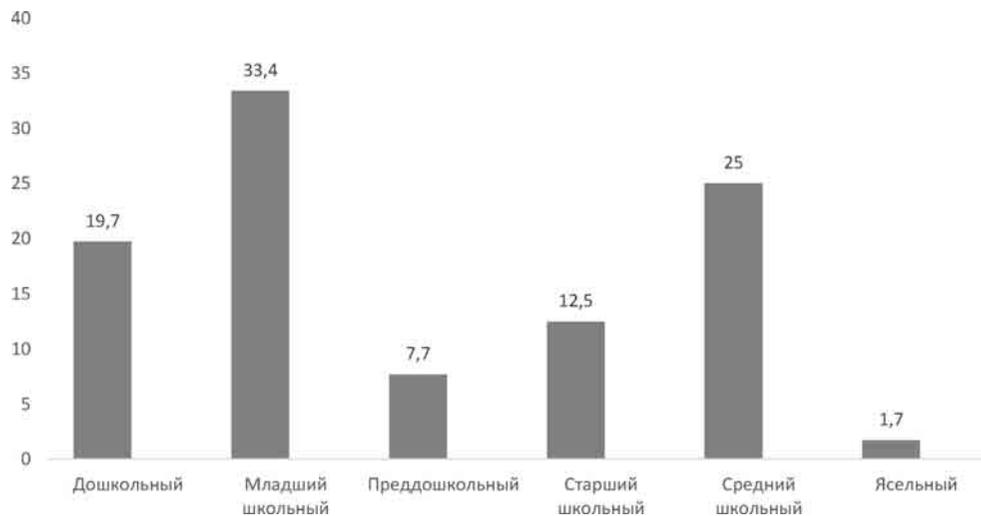


Рис. 2. Распределение госпитализированных по возрастным группировкам (в процентах к итогу)

льный (от 1 года 11 мес. — до 3 лет 9 мес.), ясельный (от 1 года — до 1 года 11 мес.).

В общей численности треть госпитализированных (33,4%) были младшего школьного возраста, четверть (25%) — среднего школьного возраста, каждый пятый (19,7%) — дошкольного возраста. На долю госпитализированных старшего школьного возраста пришлось 12,5%, преддошкольного возраста — 7,7%, ясельного возраста — 1,7% от общего числа госпитализированных (рис. 2).

Доля госпитализированных младшего школьного возраста была наибольшей среди всех детей и подростков, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении, независимо от их территории проживания: от 31,19% среди детей из сельских районах среднегорья до 34,06% среди детей из г. Махачкала.

Доля госпитализированных среднего школьного возраста колебалась от 21,90% (из г. Махачкалы) до 29,6% (из сельских районов среднегорья), дошкольников — от 16,90% в сельских районах высокогорья до 21,80% в г. Махачкала. При этом были определены статистически достоверные различия в распределении среди детей ясельного возраста (существенно выше в г. Махачкале), среди детей дошкольного (выше в городах Дагестана, включая столицу); среди детей среднего школьного возраста (выше в сельских районах), среди детей старшего школьного возраста (выше в сельских районах высокогорья), ($P \leq 0,05$). Распределение госпитализированных по возрастным группам на момент поступления на ста-

ционарное лечение в зависимости от территории проживания представлено в таблице 1.

В целом, в изучаемой выборке более двух третей (70,9%) составили школьники, 29,1% приходилось на детей дошкольного возраста. Для выявления общих тенденций госпитализированные были объединены в две основные группы: школьники и дошкольники. При этом выявлено, что среди городских госпитализированных школьники составляли 68,1%, а среди сельских — 73,6%, ($P \leq 0,05$).

В изучаемой выборке 55,2% составляли девочки, 44,8% — соответственно мальчики. Проведенный анализ с учетом места жительства показал, что из числа городских госпитализированных детей на долю девочек приходилось 57,8%, а среди сельских — 52,7% ($P \leq 0,05$).

Наибольшую долю госпитализированных составляли дети и подростки с тубулоинтерстициальными болезнями почек, доля которых варьировалась от 77,15% среди госпитализированных из городов Дагестана до 87,17% в сельских районах среднегорья. Доля детей и подростков, имеющих гломерулярные болезни, составляла от 11,06% среди госпитализированных из сельских районов среднегорья до 19,50% — из городов Дагестана. По остальным нозологическим наименованиям, классам заболеваний доля госпитализированных детей и подростков со всех рассматриваемых территорий не превышала 2%. Обращает на себя внимание, что в сельских районах среднегорья была сравнительно высокая доля госпитализированных с тубулоинтерстициальной

Таблица 1

Распределение госпитализированных по возрастным группам на момент госпитализации и по территории проживания (в процентах от численности госпитализированных для каждой территории)

Возрастная группа	Махачкала	Города Дагестана	Сельские районы высокогорья	Сельские районы низменной части	Сельские районы среднегорья
Дошкольный	21,80%	21,31%	16,90%	18,43%	17,92%
Младший школьный	34,06%	33,85%	31,41%	33,90%	31,19%
Преддошкольный	8,58%	7,82%	7,55%	6,73%	7,30%
Старший школьный	11,48%	11,60%	15,41%	12,63%	12,61%
Средний школьный	21,90%	23,80%	27,04%	26,97%	29,65%
Ясельный	2,18%	1,63%	1,69%	1,35%	1,33%

Таблица 2

Распределение госпитализированных по классу заболевания на момент госпитализации и с учетом территорий проживания (в процентах от численности госпитализированных для каждой территории)

Класс заболевания	Махачкала	Города Дагестана	Сельские районы высокогорья	Сельские районы низменной части	Сельские районы среднегорья
N00—N08 — Гломерулярные болезни	13,86%	19,50%	15,41%	15,94%	11,06%
N10—N16 — Тубуло-интерстициальные болезни почек	83,87%	77,15%	82,31%	81,57%	87,17%
N25—N29 — Другие болезни почки и мочеточника	1,31%	1,80%	0,80%	1,50%	0,66%
N17—N19 — Почечная недостаточность	0,87%	1,37%	1,49%	0,93%	1,11%
N20—N23 — Мочекаменная болезнь	0,10%	0,17%	0,00%	0,05%	0,00%

болезнью почек, а в городах Дагестана — с гломерулярными болезнями ($P \leq 0,05$), что позволяет говорить о присутствии различий по классу заболевания детей и подростков на момент госпитализации с учетом территорий проживания (табл. 2).

При анализе учитывалась форма патологического процесса: острая, хроническая с компенсированным течением уронефрологической патологии (обострение 1—2 раза/год), хроническая с субкомпенсированным течением уронефрологической патологии (обострение 3—4 раза/год), хроническая, с декомпенсированным течением (обострение 5 и более раз/год).

Распределение госпитализированных по форме течения уронефрологической патологии и территории проживания представлено в таблице 3.

Как видно из таблицы хроническое, субкомпенсированное течение заболевания (обострение 3—4 раза/год) является наиболее распространенной формой среди госпитализированных со всех территорий республики (от 86,18% среди госпитализированных из сельских районах высокогорья до 91,72% среди госпитализированных из города Махачкала). Распространенность форм патологии с хроническим субкомпенсированным течением (обострение 3—4 раза/год) доля госпитализированных детей изменялась от 3,63% из города Махачкалы до 9,34% из сельских районах высокогорья; с острым течением — от 3,08% из сельских районах высокогорья до 4,60% в города Махачкалы. Обращает внимание, что доля детей и подростков, имеющих хроническое, компенсированное течение уронефрологической патологии из городов Дагестана была достоверно выше, чем из сельских районах; а госпитализированных с хронической декомпенсированной (обострение 5 и более раз/год) и субкомпенсированной формами заболеваний (обострение 3—4 раза/год) было достоверно больше среди госпитализированных из сельских районов высокогорья, ($P \leq 0,05$).

После агрегации госпитализированных на две группы по месту жительства (из городской и сель-

ской местности) определено, что в группе сельских чаще встречались дети с хроническим декомпенсированным течением заболевания (обострения пять и более раз в год) — 0,94% против 0,09% в группе городских госпитализированных, а также с субкомпенсированным течением болезни (обострение три-четыре раза в год) — 6,58% против 3,66% соответственно, ($P \leq 0,05$). Госпитализированные с острой формой уронефрологической патологии встречались несколько чаще среди городских детей — 4,58% против 3,27% среди сельских.

Наибольшая доля детей и подростков с уронефрологической патологией пребывали в стационаре 9—12 дней, их доля варьировалась от 75,2% среди приехавших из городов Дагестана до 80,09% из сельских районах среднегорья. Доля детей и подростков, пребывающих в стационаре более 12 дней, составляла от 13,05% среди приехавших из сельских районах среднегорья до 16,49% приехавших из городах Дагестана. Пребывающие в стационаре 6—8 дней составили от 5,53% среди приехавших из сельских районов среднегорья до 8,33% среди жителей города Махачкала. Статистически значимых различий по длительности пребывания детей и подростков в стационаре в зависимости от территории проживания выявлено не было ($P \geq 0,05$). Распределение госпитализированных по длительности пребывания в стационаре и территории проживания представлено в таблице 4.

Чуть более 20% госпитализированных детей и подростков с уронефрологической патологией имели сопутствующие заболевания. Следует указать, что статистически значимых различий по наличию сопутствующих хронических заболеваний у детей и подростков в зависимости от территории проживания выявлено не было ($P \geq 0,05$). Распределение респондентов по наличию сопутствующих хронических заболеваний и территории проживания представлено в таблице 5.

Наибольшую часть направлений на госпитализацию заболевшим выдавали врачи Детского клини-

Таблица 3

Распределение госпитализированных по форме течения уронефрологической патологии с учетом территории их проживания (в процентах от численности госпитализированных для каждой территории)

Форма течения патологии	Махачкала	Города Дагестана	Сельские районы высокогорья	Сельские районы низменной части	Сельские районы среднегорья
Хроническое, декомпенсированное (Обострение 5 и более раз/год)	0,05%	0,17%	1,39%	0,57%	1,55%
Хроническое, субкомпенсированное (Обострение 3—4 раза/год)	3,63%	3,69%	9,34%	5,12%	6,64%
Хроническое, компенсированное (Обострение 1—2 раза/год)	91,72%	91,58%	86,18%	91,15%	87,61%
Острое	4,60%	4,55%	3,08%	3,16%	4,20%

Таблица 4

Распределение госпитализированных по длительности пребывания в стационаре и территории проживания (в процентах от численности госпитализированных для каждой территории)

Длительность пребывания в стационаре	Махачкала	Города Дагестана	Сельские районы высокогорья	Сельские районы низменной части	Сельские районы среднегорья
12+ дней	13,91%	16,49%	15,11%	13,72%	13,05%
6—8 дней	8,33%	6,79%	7,55%	7,25%	5,53%
4—5 дней	0,63%	0,86%	0,50%	1,09%	0,88%
9—12 дней	76,89%	75,17%	76,54%	77,48%	80,09%
2—3 дня	0,24%	0,69%	0,30%	0,47%	0,44%

Таблица 5

Распределение госпитализированных по наличию сопутствующих хронических заболеваний и территории проживания (в процентах от численности госпитализированных для каждой территории)

Наличие сопутствующих хронических заболеваний	Махачкала	Города Дагестана	Сельские районы высокогорья	Сельские районы низменной части	Сельские районы среднегорья
Нет	77,57%	75,26%	76,44%	73,96%	79,87%
Да	22,43%	24,74%	23,56%	26,04%	20,13%

ко-диагностического Центра (КДЦ — НММО Бережливая поликлиника) как структурного подразделения ГБУ РД «Детская республиканская клиническая больница имени Н. М. Кураева», доля таких направлений среди различных групп варьировала от 69,82% среди госпитализированных из города Махачкала до 77,23% среди госпитализированных из сельских районах низменной части Дагестана. Доля направлений от участковых врачей-педиатром составляла от 18,36% в группе детей из сельских районов среднегорья до 22,38% в группе детей из города Махачкала. По экстренной госпитализации СМП на стационарное лечение были направлены от 4,40% госпитализированных из сельских районах низменной части Дагестана до 7,75% госпитализированных из города Махачкала. Существенно выше, чем в других рассматриваемых территориях, была доля детей и подростков, которые имели экстренную госпитализацию СМП в городе Махачкала, также отличалась доля детей и подростков, получивших направление от участкового педиатра на госпитализацию в городах Дагестана, что позволяет говорить о присутствии статистических значимых различий в вы-

даче направлений на госпитализацию и территории проживания ($P \leq 0,05$). Распределение госпитализированных по вариантам направлений на госпитализацию от различных специалистов с учетом территории проживания представлено в таблице 6.

При рассмотрении укрупненных групп (городское и сельское население) необходимо отметить, что 59,7% из всех экстренно госпитализированных детей и подростков приходится на проживающих в городах республики против 40,3%, ($P \leq 0,05$).

Относительно благоприятный прогноз при выписке пациентов отмечалась практически у 98—99% детей и подростков и здесь не фиксировалось статистически значимых различий в зависимости от района проживания ($P \geq 0,05$). Распределение респондентов по прогнозу пациентов при выписке и территории проживания представлено в таблице 7.

Заключение

Наибольшая доля (30—35%) среди госпитализированных детей и подростков с уронефрологическими заболеваниями приходилась на возрастную группу «младший школьный возраст» (от 6 лет

Таблица 6

Распределение госпитализированных по вариантам направлений на госпитализацию от различных специалистов с учетом территории проживания (в процентах от численности госпитализированных для каждой территории)

Вариант направления на госпитализацию	Махачкала	Города Дагестана	Сельские районы высокогорья	Сельские районы низменной части	Сельские районы среднегорья
Экстренная госпитализация СМП	7,75%	5,84%	4,67%	4,40%	4,87%
Врач КДЦ (Детская Республиканская Клиническая Больница)	69,82%	72,16%	76,44%	77,23%	76,55%
Участковый врач педиатр	22,38%	21,99%	18,79%	18,37%	18,36%
Врач нефролог районной больницы	0,05%	0,00%	0,10%	0,00%	0,22%

Таблица 7

Распределение респондентов по прогнозу пациентов при выписке и территории проживания (в процентах от численности госпитализированных для каждой территории)

Прогноз при выписке	Махачкала	Города Дагестана	Сельские районы высокогорья	Сельские районы низменной части	Сельские районы среднегорья
Возможно выздоровление — относительно благоприятный	99,56%	98,88%	99,01%	99,59%	99,34%
Ухудшение — неблагоприятный	0,10%	0,09%	0,10%	0,21%	0,22%
Возможно ухудшение — относительно неблагоприятный	0,29%	0,95%	0,89%	0,21%	0,44%
Выздоровление — благоприятный	0,05%	0,09%	0,00%	0,00%	0,00%

6 мес. — до 10 лет 5 мес. 29 дней) во всех изучаемых группах независимо от места проживания. Данная закономерность отражает сложность адаптации детей к школьным условиям, изменению режима дня, преодолению пути к школе, который нередко бывает длительным при нарушении рекомендаций по радиусу обслуживания школьников, что имеет особенно существенное значение в холодный период года. Кроме того, выявленные особенности отчасти могут свидетельствовать о лучшей выявляемости патологии среди школьников в ходе проведения обязательных профилактических осмотров и диспансеризации. Известно, что в результате сложившихся традиций и особенностей местности не все дети дошкольного возраста в Республики Дагестан посещают образовательные организации «ясли-детский сад», что отражается на проценте охвата профилактическими осмотрами и диспансеризацией.

В Махачкале в структуре госпитализированных детей и подростков существенно выше была доля детей ясельного возраста относительно других территорий (2,18% против 1,33% в сельских районах среднегорья). В целом в городах Дагестана, включая столицу, доля госпитализированных детей дошкольного возраста (от 1 года до 6,5 лет) составляла 31,9%, тогда как в сельской местности значительно ниже — 26,4%. На наш взгляд данная тенденция обусловлена социальными факторами — дошкольники села чаще находятся в домашних условиях, менее подвержены охлаждению, реже посещают дошкольные образовательные организации (детские ясли, детский сад) в силу сложившихся традиций и низкой их доступности, особенно в высокогорных территориях.

Среди госпитализированных детей из городов Дагестана на долю девочек приходилось 57,8% от общего числа пациентов, из сельской местности — 52,7%. В группе госпитализированных из сельских районов среднегорья республики определялась наибольшая доля встречаемости уронефрологической патологии, квалифицируемой по МКБ-10 как тубулоинтерстициальная болезнь (87,17%), а в группе городских детей — гломерулярные болезни (19,50%).

По форме протекания патологического процесса также были выявлены достоверные отличия в группах, госпитализированных из различных территорий республики. Доля острой формы уронефрологических заболеваний при госпитализации была наибольшей среди городских по сравнению с сельскими (4,58% против 3,27%), что является одним из показателей лучшей доступности медицинской помощи. Об этом же свидетельствует доля экстренно госпитализированных, которая была наивысшей среди проживающих в городе Махачкала (7,75%). Аналогичная ситуация по распределению долей, приходящихся на частоту случаев с хроническим компенсированным течением уронефрологической патологии (1—2 обострения в год): 91,67% среди городских и 91,67% среди сельских.

Особое внимание требует выявленная закономерность: среди госпитализированных сельских де-

тей, проживающих в высокогорье, чаще встречается хроническая форма патологии с субкомпенсированным (3—4 обострения в год) и декомпенсированным (5 и более обострений в год) течением, что свидетельствует о низкой доступности и недостаточном качестве оказываемой специализированной помощи по месту проживания.

Большинство детей и подростков находились в стационаре 9—12 дней, без значительных территориальных различий (доли в каждой группе были в пределах от 75,17–до 80,09%). Доля госпитализированных с наличием сопутствующей хронической патологии в группах сравнения была в пределах 20,13–26,04% и не имела статистически значимых различий в зависимости от территории проживания. Относительно благоприятный прогноз при выписке наблюдался почти у детей и подростков вне зависимости от района проживания, доля таковых была в каждой группе в пределах 98—99%.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Подчернина А. М. Госпитальная заболеваемость детей города Москвы в период пандемии COVID-19. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(S):1097—1104. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1097-1104
2. Оленичев Д. Н., Подчернина А. М. Стационарная помощь детскому населению столицы 2014—2021 гг.: Аналитический обзор. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»; 2022. 24 с.
3. Мкртчян С. А., Дунамалаян Р. А., Саканян Г. Г. и др. Основные подходы по совершенствованию качества госпитализированной ЛОР помощи в многопрофильном стационаре. *Danish Scientific Journal*. 2020;(36—1):34—38.
4. Кизеев М. В., Лазарев А. В., Валеев В. В. и др. Возрастные особенности заболеваемости населения в условиях пандемии COVID-19. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(S):1023—1026. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1023-1026
5. Муслимов М. И., Мингазова Р. Н., Мингазова Э. Н. Дефицит медицинских кадров как глобальная проблема современности. *Менеджер здравоохранения*. 2024;(9):103—111. DOI: 10.21045/1811-0185-2024-9-103-111
6. Атамбаева Р. М., Мингазова Э. Н. Основные особенности заболеваемости детей и подростков Кыргызской Республики. *Современные проблемы науки и образования*. 2015;(2—1):111.
7. Мингазова Э. Н., Бакирова Э. А., Шигабутдинова Т. Н. Динамика изменений и прогностические модели уровней заболеваемости городского и сельского населения субъекта Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(6):1505—1509. DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-6-1505-1509
8. Айнетдинова О. С., Кондратова Л. Я., Миронова А. Н., Фатеева С. С. Первичная инвалидность вследствие врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений среди детского населения Кемеровской области — Кузбасс за период 2017—2021 гг. *Медико-социальные проблемы инвалидности*. 2023;(1):45—52.

REFERENCES

1. Podchernina A. M. Hospital morbidity of children in Moscow during the COVID-19 pandemic. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine. [Problemy social'noj gigieny, zdorovoohranenija i istorii mediciny]*. 2022;30(S):1097—1104 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1097-1104
2. Olenichev D. N., Podchernina A. M. Inpatient care for the capital's child population in 2014—2021: An analytical review. Moscow: GBU «NIIOZMM DZM»; 2022. 24 p. (in Russian).
3. Mkrtychyan S. A., Dunamalyan R. A., Sakanyan G. G. et al. Key approaches to improving the quality of hospitalized ENT care in a multidisciplinary hospital. *Danish Scientific Journal*. 2020;(36—1):34—38 (in Russian).

4. Kizeev M. V., Lazarev A. V., Valeev V. V. et al. The age-related features of the morbidity of the population in the context of the COVID-19 pandemic. *Problems of social hygiene, public health, and history of medicine. [Problemy social'noj gigieny, zdravooхранeniya i istorii mediciny]*. 2022;30(S):1023—1026 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1023-1026
5. Muslimov M. I., Mingazov R. N., Mingazova E. N. Shortage of medical personnel as a global problem of modern times. *Healthcare manager. [Menedzher zdravookhraneniya]*. 2024;(9):103—111 (in Russian). DOI: 10.21045/1811-0185-2024-9-103-111
6. Atambaeva R. M., Mingazova E. N. Main features of morbidity among children and adolescents in the Kyrgyz Republic. *Modern problems of science and education. [Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya]*. 2015;(2—1):111 (in Russian).
7. Mingazova E. N., Bakirova E. A., Shigabutdinova T. N. Dynamics of changes and predictive models of morbidity levels in urban and rural populations of a Russian Federation subject. *Problems of social hygiene, public health, and history of medicine. [Problemy social'noj gigieny, zdravooхранeniya i istorii mediciny]*. 2021;29(6):1505—1509 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-6-1505-1509
8. Aynetdinova O. S., Kondratova L. Ya., Mironova A. N., Fateeva S. S. Primary disability due to congenital anomalies (developmental defects), deformities, and chromosomal abnormalities among the child population of the Kemerovo Region — Kuzbass for the period 2017—2021. *Medical and Social Problems of Disability. [Mediko-social'nye problemy invalidnosti]*. 2023;(1):45—52 (in Russian).

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

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

Статья поступила в редакцию 23.11.2024; одобрена после рецензирования 22.01.2025; принята к публикации 14.03.2025. The article was submitted 23.11.2024; approved after reviewing 22.01.2025; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 616.89—008.442.36

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.009

Эффективность гендерно-аффирмативных мероприятий в улучшении психо-социальных показателей у лиц с гендерным несоответствием: кросс-секциональное исследование на российской выборке

Яна Кирей-Ситникова

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

yana.kirey.sitnikova@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-9603-5114>

Аннотация. Обоснование. Эффективность гендерно-аффирмативных медицинских и юридических мероприятий в улучшении психо-социальных показателей лиц с гендерным несоответствием показана в большом количестве зарубежных исследований, однако они характеризовались рядом методологических проблем, таких как неуказание типа вмешательства, учёт возможного влияния других вмешательств и социальных факторов. **Материалы и методы.** Проведено кросс-секциональное исследование на российской выборке лиц с гендерным несоответствием с помощью онлайн-анкеты, включающей разделы: демографические и социальные факторы, медицинские и юридические гендерно-аффирмативные мероприятия, Шкала гендерного соответствия и удовлетворённости жизнью (ШГСУЖ). Для непрерывных переменных найдены средние и коэффициенты корреляции. Сравнивались средние по ШГСУЖ для респондентов, прошедших данное вмешательство, и респондентов, желающих его пройти, но не прошедших. Строились линейные регрессионные модели, в которых значение по ШГСУЖ выступало как зависимая переменная, а остальные параметры — как независимые. **Результаты.** Возраст, уровень социальной поддержки, различия между исходной и нынешней, а также между нынешней и идеальной внешностью статистически значимым образом коррелировали с ШГСУЖ. Показана эффективность изменения гражданского пола в улучшении показателей по ШГСУЖ у лиц с мужским полом при рождении; изменения гражданского пола, заместительной гормональной терапии, гистерэктомии и мастэктомии — у лиц с женским полом при рождении. Линейные регрессионные модели подтвердили значимость социальной поддержки и различия между нынешней и идеальной внешностью во всей выборке; вагинопластики — у лиц с мужским полом при рождении; изменения гражданского пола — у лиц с женским полом при рождении; в остальном результаты смешанные. **Обсуждение.** Выбранный дизайн позволил показать синергетический эффект совмещения гендерно-аффирмативных вмешательств, который может отличаться от их эффективности, взятых по отдельности. **Заключение.** Рекомендовать для включения в клинические рекомендации вагинопластику — для лиц с мужским полом при рождении; заместительную гормональную терапию, мастэктомию и гистерэктомию — для лиц с женским полом при рождении; изменение гражданского пола — для всех.

Ключевые слова: трансгендерность, транссексуальность, гендерная дисфория, гендерное несоответствие, эффективность, эпидемиология

Для цитирования: Кирей-Ситникова Я. Эффективность гендерно-аффирмативных мероприятий в улучшении психо-социальных показателей у лиц с гендерным несоответствием: кросс-секциональное исследование на российской выборке // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 58—63. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.009.

Research article

Effectiveness of gender-affirming interventions in improving psychosocial indicators in individuals with gender incongruence: a cross-sectional study on a Russian sample

Yana Kirey-Sitnikova¹

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

yana.kirey.sitnikova@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-9603-5114>

Annotation. Background. Effectiveness of gender-affirming medical and legal interventions in improving psychosocial indicators in individuals with gender incongruence has been shown in a large number of international studies. However, they suffer from a number of methodological problems such as the failure to indicate the type of intervention and take into consideration the possible effects of other interventions and social factors. **Materials and methods.** We conducted a cross-sectional study on a Russian sample of individuals with gender incongruence using an online survey featuring the following sections: demographic and social factors, medical and legal gender-affirming interventions, and the Gender Congruence and Life Satisfaction Scale (GCLS). Means and correlation with GCLS found for continuous variables. Compared GCLS means for respondents who had and had not (but wanted to) undergone interventions. Built linear regression models with GCLS as a dependent variable and all others as independent. **Results.** Age, social support, and differences between baseline and current and between current and ideal appearance correlated with GCLS in a statistically significant manner. Legal gender recognition and vaginoplasty were effective in improving GCLS outcomes among the respondents assigned male at birth; legal gender recognition, hormone-replacement therapy, hysterectomy, and mastectomy — among those assigned female at birth. Linear regression models reaffirmed the importance of social support and the difference between current and ideal appearance in the whole sample; vaginoplasty — among the respondents assigned female at birth; legal gender recognition — among the respondents assigned female at birth; other results were mixed. **Discussion.** The chosen design helped to demonstrate the synergetic effect of combining gender-affirm-

ing interventions, which can be different from their effectivenesses when considered alone. **Conclusions.** Recommend inclusion in clinical practice guidelines of vaginoplasty — for individuals assigned male at birth; hormone-replacement therapy, mastectomy, and hysterectomy — for individuals assigned female at birth; legal gender recognition — for all.

Key words: *transgender, transsexual, gender dysphoria, gender incongruence, effectiveness, epidemiology*

For citation: Kirey-Sitnikova Y. Effectiveness of gender-affirming interventions in improving psychosocial indicators in individuals with gender incongruence: a cross-sectional study on a Russian sample. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2025;(1):58–63. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.009.

Введение

Эффективность гендерно-аффирмативных медицинских и юридических вмешательств в улучшении психо-социальных показателей у лиц с гендерным несоответствием (ГН) (НА60, НА61 и НА6Z по МКБ-11 или F64 «расстройства половой идентификации», «транссексуализм» по МКБ-10) была показана в большом количестве зарубежных исследований [1–9]. Однако в России, несмотря на более чем полувековую историю изучения этого явления, подобные эпидемиологические исследования до сих пор не проведены, что, вероятно, объясняется тем, что ГН составляет предмет научного интереса, в первую очередь, психиатров, хирургов и эндокринологов, но не эпидемиологов и специалистов в сфере общественного здоровья. Между тем, согласно правилам Министерства здравоохранения РФ (Приказ № 103н от 28 февраля 2019 г.), клинические рекомендации пишутся по принципам доказательной медицины, что делает важным получение эпидемиологических данных, доказывающих эффективность рекомендуемых вмешательств, в особенности на российских выборках. Таким образом, настоящее исследование является первой попыткой получить данные об эффективности заместительной гормональной терапии (ЗГТ), гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств и изменения гражданского пола в улучшении психо-социальных показателей у российской выборки лиц с ГН.

Настоящая публикация является частью более широкого проекта, в котором, наряду с данными об эффективности гендерно-аффирмативных вмешательств, собирались данные об их экономической эффективности, что можно использовать для рекомендации по включению или невключению их покрытия за счёт средств системы медицинского страхования. После получения первичных комментариев рецензентов принято решение разделить изложение результатов на две части: в данной статье приведены данные по эффективности, тогда как их экономическая эффективность является предметом другой статьи (на рецензировании).

Материалы и методы

Разрабатывая дизайн исследования, мы учитывали критику ранее проведённых зарубежных исследований. Так, во многих из них недостаточно чётко определено изучаемое вмешательство (схема ЗГТ, тип хирургического вмешательства), не учитывается возможное влияние на психо-социальное состояние иных медицинских вмешательств (например, если изучается эффективность вагинопластики, не учи-

тывается, что человек ещё мог проходить маммопластику), смены гражданского пола, а также социальных факторов (например, уровня социальной поддержки) [10]. С целью учёта обозначенных факторов выбран кросс-секционный (одномоментный) дизайн. Разработана онлайн-анкета на базе Google Forms. Разделы анкеты: (а) демографические, социальные и юридические данные; (б) информация о пройденных и желаемых гендерно-аффирмативных вмешательствах; (в) Шкала гендерного соответствия и удовлетворённости жизнью (ШГСУЖ). Приглашение заполнить анкету распространялось в группах в социальных сетях, посвящённых обсуждению ГН.

(а) *Демографические, социальные и юридические данные.* Данный раздел содержал вопросы: гендерная идентичность (свободное поле); пол, определённый при рождении (женский/мужской); пол, указанный в идентификационных документах (женский/мужской); возраст и место проживания. В случаях, если гендерная идентичность соответствовала полу, определённому при рождении, респонденты исключались в связи с отсутствием ГН. Создана переменная ИГП (изменение гражданского пола), которой приписывалось значение «да», если текущий гражданский пол отличался от пола при рождении, и «нет» в противном случае. Ответы на вопрос о месте проживания использовались для исключения респондентов, не проживавших в России в течение последнего года.

Также этот раздел включал пять дополнительных вопросов: (1) Насколько феминной или маскулинной была ваша внешность до начала перехода? (термин для обозначения смены пола, употребляемый лицами с ГН); (2) Насколько феминной или маскулинной является ваша внешность сейчас? (3) В идеале, какую внешность вы бы хотели иметь? (4) Насколько вы открыты перед вашим окружением (семья, друзья, коллеги по работе) о вашей трансгендерности? (5) Как бы вы оценили уровень социальной поддержки со стороны вашего окружения (семья, друзья, коллеги по работе) в связи с вашей трансгендерностью? Ответы записывались по шкале Лайкерта от 1 до 5. Включение упомянутых вопросов обусловлено пониманием того, что (а) исходные половые характеристики (женские или мужские) у разных людей выражены в различной степени, что влияет на объём необходимых гендерно-аффирмативных вмешательств [11]; (б) ЗГТ может воздействовать на тела разных людей с различной эффективностью, что приводит к необходимости проведения дополнительных хирургических вмешательств (например, феминизирующей пластики лица) для одних пациентов, тогда как другим она не

требуется [11]; (в) лица с ГН имеют различные пожелания относительно «идеальной» внешности (в то время как одни стремятся к стереотипной женской или мужской внешности, другие стремятся к андрогинному образу); (г) гендерная дисфория проистекает не только из неудовлетворённостью своим телом (нарратив «жизни в чужом теле», распространённый в старой литературе, см. [12]), но и имеет социальное измерение, т. е. «социальную гендерную дисфорию», проистекающую от восприятия человека в гендере, противоречащем его гендерной идентичности [11,13,14]. В то время как объективное измерение степени феминизации или маскулинизации затруднительно [11], абсолютная разница между ответами на вопросы (1) и (2) показывала воспринимаемую (респондентами и окружающими) эффективность гендерно-аффирмативных мероприятий в изменении внешности и кодировалась переменной $\Delta_{\text{исх-нынеш}}$. Абсолютная разница между ответами на вопросы (2) и (3) кодировалась переменной $\Delta_{\text{нынеш-идеал}}$. Отсутствующие данные заполнялись медианами.

(б) *Медицинские вмешательства.* В этом разделе респондентам предлагалось отметить пройденные ими и желаемые гендерно-аффирмативные медицинские вмешательства. Для лиц с мужским полом при рождении доступны следующие варианты: орхиэктомия, вагинопластика, косметическая СРС (от англ. SRS = sex-reassignment surgery, т. е. вульвопластика без формирования неовлагалища), маммопластика, спиливание надбровных дуг, имплант в лоб, хирургическое снижение линии роста волос, пересадка волос, ринопластика, булхорн (укорочение верхней губы), мандибулопластика (спиливание нижней челюсти), гениопластика (изменение формы подбородка), хондроларингопластика (уменьшение кадыка), и операция на голосовых связках. Для лиц с женским полом при рождении: гистерэктомия, метоидиопластика, фаллопластика, мастэктомия, увеличение надбровных дуг, пересадка волос на скальпе, пересадка волос бороды, ринопластика, увеличение нижней челюсти, гениопластика (изменение формы подбородка), создание кадыка и операция на голосовых связках. Поскольку не все лица с ГН желают проходить все вмешательства, в качестве предзаданных ответов предлагались три варианта: «прошли данную процедуру» (кодировалось как «да»), «не прошли, но хочу пройти» (кодировалось как «хочу») и «не прошли и не хочу проходить» (кодировалось как «не хочу»). В случае отсутствия ответа предполагалось, что респондент не прошёл и не желает проходить данную процедуру. Наряду с хирургическими вмешательствами, респондентам предлагалось свободное поле для ответа на вопрос о приёме ЗГТ. Ответы кодировались как «да», если указан приём ЗГТ; «хочу», если указано желание приёма ЗГТ в будущем либо переменная $\Delta_{\text{исх-нынеш}}$ отличалась от нуля; и «не хочу», если приём ЗГТ не начат и отмечено нежелание в будущем либо переменная $\Delta_{\text{исх-нынеш}}$ равна нулю.

(в) *Шкала гендерного соответствия и удовлетворённости жизнью (ШГСУЖ).* Учитывая большое

разнообразие инструментов для измерения гендерной дисфории [15], выбор ШГСУЖ [16] (перевод на русский взят из [15]) был сделан в связи с её применимостью широкому кругу лиц с ГН, включая лиц с бинарными и небинарными идентичностями, а также находящихся на разных этапах гендерного перехода. Шкала состоит из семи разделов (гениталии, грудь, иные вторичные половые характеристики, признание социальной гендерной роли, физическая и эмоциональная близость, психологическое функционирование, удовлетворённостью жизнью), содержащих 38 вопросов с предзаданными ответами по шкале Лайкерта (1 = всегда, 5 = никогда). Отсутствующие данные заполнялись медианами.

Анализ данных. Для всех непрерывных переменных вычислялись средние и коэффициенты корреляции с ШГСУЖ. Для каждого гендерно-аффирмативного вмешательства сравнивались средние по ШГСУЖ для респондентов, прошедших данное вмешательство («да»), и респондентов, желающих его пройти, но не прошедших («хочу»); различия между средними, согласно t-критерию Уэлча, считались статистически значимыми при $p < 0.05$. Строились линейные регрессионные модели, в которых значение по ШГСУЖ выступало в качестве зависимой переменной, а независимыми были все остальные, т. е. возраст, $\Delta_{\text{исх-нынеш}}$, $\Delta_{\text{нынеш-идеал}}$, открытость относительно своего ГН, уровень социальной поддержки, изменение гражданского пола, прохождение ЗГТ и операций; независимые переменные предварительно отбирались с помощью поэтапной регрессии.

Публикация одобрена Независимым этическим комитетом ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко», заседание № 11 от 2 декабря 2024 года.

Результаты

В период с 4 августа по 4 октября 2022 года собрано 262 ответа, из которых 13 были исключены в связи с тем, что респонденты не имели ГН либо не проживали в России в течение последнего года. Средние и коэффициенты корреляции с ШГСУЖ приводятся в Таблице 1.

Наивысшие коэффициенты корреляции с ШГСУЖ наблюдались для уровня поддержки (с положительным знаком) и различия между идеальной и нынешней внешности ($\Delta_{\text{нынеш-идеал}}$) (с отрицательным знаком). Несколько ниже были коэффициенты для возраст и степени изменения внешности в результате гендерно-аффирмативных мероприятий

Таблица 1

Средние и коэффициенты корреляции с ШГСУЖ для непрерывных переменных

	Среднее	ШГСУЖ
Возраст	26.9	0.16 (0.04—0.28) $p=0.0092^*$
$\Delta_{\text{исх-нынеш}}$	1.24	0.13 (0.01—0.25) $p=0.03^*$
$\Delta_{\text{нынеш-идеал}}$	1.0	-0.40 (-0.50—0.29) $p=6.13e-11^*$
Открытость о ГН	3.1	0.03 (-0.10—0.16) $p=0.61$
Уровень поддержки	3.3	0.40 (0.29—0.50) $p=8.49e-11^*$

* Корреляция статистически значима ($p < 0.05$).

Таблица 2а

Средние по ШГСУЖ для лиц с мужским полом при рождении, прошедших гендерно-аффирмативные вмешательства («да»), и не прошедших («хочу» или «нет») и *p*-значения (*t*-критерию Уэлча), показывающие статистическую значимость между ними

Гендерно-аффирмативные мероприятия ^о	Среднее для «нет»§ или «хочу»†	Среднее для «да»	<i>p</i> -значение
Изменение гражданского пола	2.89 §	3.29	0.01 *
ЗГТ	3.15 †	3.04	0.63
Орхиэктомия	3.01 †	3.38	0.20
Вагинопластика	2.89 †	3.60	0.04 *
Маммопластика	2.98 †	3.09	0.77
Спиливание надбровных дуг	2.78 †	3.42	0.08
Имплант в лоб	2.88 †	3.27	0.52
Хирургическое снижение линии роста волос	2.66 †	3.34	0.12
Ринопластика	2.93 †	3.50	0.39
Мандибулопластика	2.81 †	3.37	0.10
Гениопластика	2.86 †	3.40	0.12
Хондроларингопластика	2.98 †	3.18	0.52
Операция на голосовых связках	2.95 †	3.05	0.89

^оПриведены данные для мероприятий, которые прошли не менее двух респондентов; * различие статистически значимо (*p* < 0.05).

Таблица 2б

Средние по ШГСУЖ для лиц с женским полом при рождении, прошедших гендерно-аффирмативные вмешательства («да»), и не прошедших («хочу» или «нет») и *p*-значения (*t*-критерию Уэлча), показывающие статистическую значимость между ними

Гендерно-аффирмативные мероприятия ^о	Среднее для «нет»§ или «хочу»†	Среднее для «да»	<i>p</i> -значение
Изменение гражданского пола	2.93 §	3.71	1.47e-11 *
ЗГТ	2.77 †	3.55	1.48e-7 *
Гистерэктомия	3.30 †	3.98	0.001 *
Мастэктомия	3.09 †	3.81	6.50e-9 *

^оПриведены данные для мероприятий, которые прошли не менее двух респондентов; * различие статистически значимо (*p* < 0.05).

(*Δ_{ннынешн-идеал}*). Открытость относительно собственной ГН никак не коррелировала со значениями по ШГСУЖ.

В Табл. 2а и 2б показаны различия между средними по ШГСУЖ для прошедших и не прошедших гендерно-аффирмативные мероприятия из числа лиц с мужским и женским полом при рождении соответственно. Для лиц с мужским полом при рождении статистически значимые различия обнаружены для изменения гражданского пола и вагинопластики; для лиц с женским полом при рождении — для изменения гражданского пола, ЗГТ, гистерэктомии и мастэктомии.

В Табл. 3а и 3б представлены линейные регрессионные модели, содержащие ШГСУЖ в качестве зависимой переменной и непрерывные переменные в сочетании с прохождением гендерно-аффирмативных мероприятий в качестве независимых, для лиц с мужским и женским полом при рождении соответственно. В обе модели статистически значимым образом входит уровень поддержки с положительным знаком и различие между текущей и идеальной внешностью (*Δ_{ннынешн-идеал}*) с отрицательным знаком. Для лиц с мужским полом при рождении (Табл. 3а)

Таблица 3а

Линейные регрессионные модели для лиц с мужским полом при рождении

Переменная	Оценка	Станд. погрешность	Pr(> t)
*(Свободный член)	2,87	0,42	2,33E-09
* <i>Δ_{ннынешн-идеал}</i>	-0,24	0,08	0,002562
*Уровень поддержки	0,24	0,06	0,000231
*Вагинопластика («хочу»)	-0,39	0,13	0,004602
Вагинопластика («да»)	0,15	0,25	0,56435
*Открытость о ГН	-0,16	0,05	0,003293
*Сниж. роста волос («хочу»)	-0,4	0,14	0,005352
Сниж. роста волос («да»)	0,2	0,3	0,497472
Возраст	0,01	0,01	0,083531
Булхорн («хочу»)	-0,29	0,2	0,157302
*Булхорн («да»)	1,34	0,6	0,028781
Орхиэктомия («хочу»)	0,24	0,14	0,095981
Орхиэктомия («да»)	0,36	0,22	0,109685

Скорректированный R² = 0.4139; * *p* < 0.05

Таблица 3б

Линейные регрессионные модели для лиц с женским полом при рождении

Переменная	Оценка	Станд. погрешность	Pr(> t)
*(Свободный член)	2,541717	0,228816	2,00E-16
*ИГП («да»)	0,370032	0,105364	0,000582
* <i>Δ_{ннынешн-идеал}</i>	-0,30097	0,070291	3,23E-05
*Ринопластика («хочу»)	-0,493075	0,150893	0,001334
*Уровень поддержки	0,162468	0,047936	0,000888
Голос. операция («хочу»)	-0,283055	0,167738	0,093508
*Голос. операция («да»)	-1,236643	0,585367	0,036228
*Возраст	0,01621	0,006117	0,008875
Хондроларингопластика («хочу»)	-0,295251	0,161085	0,068725

Скорректированный R² = 0.4603; * *p* < 0.05

в модель входит вагинопластика с предсказуемыми коэффициентами: отрицательный для тех, кто её не сделал, но хотел, и положительный для сделавших; это соответствует статистической значимости различий средних по ШГСУЖ (Табл. 2а). Напротив, изменение гражданского пола, оказавшееся статистически значимым в Табл. 2а, в регрессионную модель не вошло, зато вошли снижение линии роста волос, булхорн и орхиэктомия, причём в последнем случае по необъяснимым причинам переменные «хочу» и «да» имели одинаковый знак. Переходя к регрессионной модели для лиц с женским полом при рождении (Табл. 3б), в неё входило изменение гражданского пола, что согласуется с Табл. 2б, однако не входили ЗГТ, мастэктомия и гистерэктомия. Дополнительными независимыми переменными были возраст и желание пройти ринопластику. Также в модель входило прохождение операции по изменению голоса, но, вопреки ожиданиям, с отрицательным знаком.

Обсуждение

Исследование обладает уникальным для данной области дизайном и учитывает одновременно большое число гендерно-аффирмативных вмешательств, которые могли повлиять на психо-социальные показатели лиц с ГН. Это выгодно отличает его от предыдущих зарубежных исследований, в которых тип вмешательства не указывается (например, в Naeimi

et al. [17], где, как удалось выяснить в результате личного общения с авторами, вмешательства включали мастэктомию, гистерэктомию и фаллопластику, однако не все пациенты проходили все три) либо изучается эффект одного вмешательства без учёта других, проходивших в тот же временной промежуток (например, в Lindqvist et al. [18], где рассматривается эффект вагинопластики, однако не учитывается, что пациенты могли менять гражданский пол, проходить маммопластику и феминизирующую пластику лица). Такой дизайн позволил оценить не только эффект отдельных медицинских вмешательств (статистически значимые различия по ШГСУЖ, Табл. 2а и 2б), но и их и их синергетический эффект в сочетании с изменением гражданского пола, социальными (уровень социальной поддержки, открытость о своём ГН) и демографическими (возраст) факторами (регрессионные модели, Табл. 3а и 3б). Результаты этих двух способов оценки частично перекрываются (например, вагинопластика оказалась статистически значимой и в Табл. 2а, и в Табл. 3а), однако имеются и значимые различия (например, мастэктомия и гистерэктомия, оказавшиеся статистически значимыми в Табл. 2б, не вошли в регрессионную модель в Табл. 3б). Какой из этих способов оценки использовать, зависит от поставленной задачи.

Если целью является написание клинических рекомендаций, в которых даются рекомендации по конкретным вмешательствам, то следует использовать Табл. 2а и 2б. Согласно этим результатам, лицам с мужским полом при рождении следует рекомендовать вагинопластику; лицам с женским полом — ЗГТ, мастэктомию и гистерэктомию. Примечательно, что приём ЗГТ оказывал статистически значимый эффект только на лиц с женским полом при рождении, но не с мужским; данный артефакт можно объяснить тем, что феминизирующая ЗГТ требует более длительного времени и приводит к менее явному изменению половых характеристик, чем маскулинизирующая ЗГТ [19]. Также можно рекомендовать и изменение гражданского пола для всех лиц с ГН, которым оно требуется, — хотя данная процедура не является медицинской, она справедливо включалась в предыдущие советские и российские клинические рекомендации по ГН [20,21].

Если же целью является понимание того, какие факторы влияют на психо-социальные исходы у лиц с ГН «в реальной жизни», то необходимо учитывать всю совокупность факторов — медицинских, социальных, демографических — как в регрессионных моделях (Табл. 3а и 3б). Эти модели дают порой неожиданные результаты, когда прохождение процедуры и желание её пройти входят в модель с одним знаком. Это может объясняться как неэффективностью процедуры, так и неучётом в модели дополнительных факторов, таких как информированность о существовании такой процедуры или наличие денег на её прохождение. Однозначным выводом является важность социальной поддержки, которая входит во все модели и показывает высокую корреля-

цию с ШГСУЖ; это согласуется с предыдущими исследованиями [22]. Интересным результатом стала высокая корреляция с ШГСУЖ возраста, который также входит в модель для респондентов с женским полом при рождении (Табл. 3б); это совпадает с данными нашего качественного исследования, в котором респонденты отмечали снижение беспокойства по поводу гендерной дисфории с возрастом (на рецензировании).

Вместе с тем, предложенный дизайн имел и ограничения, главным из которых было то, что респонденты, прошедшие и не прошедшие вмешательства, могли иметь разные характеристики по параметрам, не учтённым в этом исследовании. Поскольку гендерно-аффирмативные мероприятия не покрываются системой обязательного медицинского страхования в России, респонденты, прошедшие их, с большей долей вероятности были богаче, что могло положительно сказываться и на их психо-социальных показателях. Иными словами, могли иметь место спутывающие факторы, и будущие исследования должны в обязательном порядке учитывать экономическое положение респондентов. Вторым ограничением была невалидность ШГСУЖ на российской выборке лиц с ГН, что могло приводить к лингвистически и культурно обусловленным различиям в понимании вопросов по сравнению с англоязычной выборкой. К сожалению, в настоящее время ни одна шкала по измерению гендерной дисфории и ГН не валидирована на российских выборках, что также представляет собой направление для будущей работы.

Заключение

Рекомендовать для включения в клинические рекомендации вагинопластику — для лиц с мужским полом при рождении; заместительную гормональную терапию, мастэктомию и гистерэктомию — для лиц с женским полом при рождении; изменение гражданского пола — для всех. Однако эффективность сочетания гендерно-аффирмативных мероприятий может отличаться от их эффективностей, взятых по отдельности.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010;72(2):214—31.
2. Costa R, Colizzi M. The effect of cross-sex hormonal treatment on gender dysphoria individuals' mental health: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:1953—66.
3. White Hughto JM, Reisner SL. A Systematic Review of the Effects of Hormone Therapy on Psychological Functioning and Quality of Life in Transgender Individuals. *Transgender Health*. 2016;1(1):21—31.
4. Rowniak S, Bolt L, Sharifi C. Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: a quantitative systematic review. *JBI Database Syst Rev Implement Rep*. 2019;17(9):1826—54.
5. Wernick JA, Busa S, Matouk K, Nicholson J, Janssen A. A Systematic Review of the Psychological Benefits of Gender-Affirming Surgery. *Urol Clin North Am*. 2019;46(4):475—86.
6. Passos TS, Teixeira MS, Almeida-Santos MA. Quality of Life After Gender Affirmation Surgery: a Systematic Review and Network Meta-analysis. *Sex Res Soc Policy*. 2020;17(2):252—62.

7. Baker KE, Wilson LM, Sharma R, Dukhanin V, McArthur K, Robinson KA. Hormone Therapy, Mental Health, and Quality of Life Among Transgender People: A Systematic Review. *J Endocr Soc.* 2021;5(4):bvab011.
8. Scheim AI, Perez-Brumer AG, Bauer GR. Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: a cross-sectional study. *Lancet Public Health.* 2020;5(4):e196—203.
9. Tan KK, Watson RJ, Byrne JL, Veale JF. Barriers to Possessing Gender-Concordant Identity Documents are Associated with Transgender and Nonbinary People's Mental Health in Aotearoa/New Zealand. *LGBT Health.* 2022;9(6):401—10.
10. Кирей-Ситникова Я. Социальные факторы в дизайне эпидемиологических исследований эффективности медицинских процедур трансгендерного перехода (аналитический обзор). *Социальные аспекты здоровья населения.* 2021;67(6):8.
11. Кирей-Ситникова Я. Персонализированный характер трансгендерной медицины как препятствие к разработке клинических рекомендаций по гендерному несоответствию на основе принципов доказательной медицины. *Медицинский вестник Юга России.* 2022;13(3):83—92.
12. Engdahl U. Wrong body. *Transgender Stud Q.* 2014;1(1—2):267—9.
13. Galupo MP, Pulice-Farrow L, Lindley L. "Every time I get gendered male, I feel a pain in my chest": Understanding the social context for gender dysphoria. *Stigma Health.* 2020;5(2):199—208.
14. Galupo MP, Pulice-Farrow L, Pehl E. "There Is Nothing to Do About It": Nonbinary Individuals' Experience of Gender Dysphoria. *Transgender Health.* 2021;6(2):101—10.
15. Кирей-Ситникова Я, Бурцев ЕА. Обзор инструментов экспериментально-психологической диагностики гендерной дисфории и гендерного несоответствия в контексте перехода на МКБ-11. *Неврологический вестник.* 2022;LIV(2):69—84.
16. Jones BA, Bouman WP, Haycraft E, Arcelus J. The Gender Congruence and Life Satisfaction Scale (GCLS): Development and validation of a scale to measure outcomes from transgender health services. *Int J Transgenderism.* 2019;20(1):63—80.
17. Naeimi S, Akhlaghdoust M, Chaichian S, Moradi Y, Jesmi F, Zarbati N, et al. Quality of Life Changes in Iranian Patients Undergoing Female-to-Male Transsexual Surgery: A Prospective Study. *Arch Iran Med.* 2019;22(2):71—5.
18. Lindqvist EK, Sigurjonsson H, Möllermark C, Rinder J, Farnebo F, Lundgren TK. Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. *Eur J Plast Surg.* 2017;40(3):223—6.
19. Калинин СЮ. Транссексуализм. Возможности гормональной терапии. М.: Практическая медицина; 2006.
20. Белкин АИ, Карпов АС. Транссексуализм (методические рекомендации по смене пола). М.: Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР; 1991.
21. Краснов ВЯ, Гурович ИЯ. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств: Клиническое руководство. М.: Московский НИИ психиатрии МЗ России; 1999.
22. Başar K, Öz G, Karakaya J. Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *J Sex Med.* 2016;13(7):1133—1141.
4. Rowniak S, Bolt L, Sharifi C. Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: a quantitative systematic review. *JBI Database Syst Rev Implement Rep.* 2019;17(9):1826—54.
5. Wernick JA, Busa S, Matouk K, Nicholson J, Janssen A. A Systematic Review of the Psychological Benefits of Gender-Affirming Surgery. *Urol Clin North Am.* 2019;46(4):475—86.
6. Passos TS, Teixeira MS, Almeida-Santos MA. Quality of Life After Gender Affirmation Surgery: a Systematic Review and Network Meta-analysis. *Sex Res Soc Policy.* 2020;17(2):252—62.
7. Baker KE, Wilson LM, Sharma R, Dukhanin V, McArthur K, Robinson KA. Hormone Therapy, Mental Health, and Quality of Life Among Transgender People: A Systematic Review. *J Endocr Soc.* 2021;5(4):bvab011.
8. Scheim AI, Perez-Brumer AG, Bauer GR. Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: a cross-sectional study. *Lancet Public Health.* 2020;5(4):e196—203.
9. Tan KK, Watson RJ, Byrne JL, Veale JF. Barriers to Possessing Gender-Concordant Identity Documents are Associated with Transgender and Nonbinary People's Mental Health in Aotearoa/New Zealand. *LGBT Health.* 2022;9(6):401—10.
10. Kirey-Sitnikova Y. Social Factors in the Design of Epidemiological Studies of Effectiveness of Medical Procedures of Gender Transition (Analytical Review). *Social aspects of public health. [Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya].* 2021;67(6):8 (in Russian).
11. Kirey-Sitnikova Y. Personalized character of transgender medicine as a barrier to development of evidence-based clinical practice guidelines on gender incongruence. *Medical Herald of the South of Russia. [Meditsinskiy vestnik Yuga Rossii].* 2022;13(3):83—92 (in Russian).
12. Engdahl U. Wrong body. *Transgender Stud Q.* 2014;1(1—2):267—9.
13. Galupo MP, Pulice-Farrow L, Lindley L. "Every time I get gendered male, I feel a pain in my chest": Understanding the social context for gender dysphoria. *Stigma Health.* 2020;5(2):199—208.
14. Galupo MP, Pulice-Farrow L, Pehl E. "There Is Nothing to Do About It": Nonbinary Individuals' Experience of Gender Dysphoria. *Transgender Health.* 2021;6(2):101—10.
15. Kirey-Sitnikova Y, Burtsev EA. A review of instruments of experimental psychological diagnostics of gender dysphoria and gender incongruence in the context of transition to ICD-11. *Neurology Bulletin. [Nevrologicheskiy vestnik].* 2022;LIV(2):69—84 (in Russian).
16. Jones BA, Bouman WP, Haycraft E, Arcelus J. The Gender Congruence and Life Satisfaction Scale (GCLS): Development and validation of a scale to measure outcomes from transgender health services. *Int J Transgenderism.* 2019;20(1):63—80.
17. Naeimi S, Akhlaghdoust M, Chaichian S, Moradi Y, Jesmi F, Zarbati N, et al. Quality of Life Changes in Iranian Patients Undergoing Female-to-Male Transsexual Surgery: A Prospective Study. *Arch Iran Med.* 2019;22(2):71—5.
18. Lindqvist EK, Sigurjonsson H, Möllermark C, Rinder J, Farnebo F, Lundgren TK. Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. *Eur J Plast Surg.* 2017;40(3):223—6.
19. Kalinchenko SJu. Transsexualism. Capabilities of hormonal therapy. Moscow: Prakticheskaja medicina; 2006 (in Russian).
20. Belkin AI, Karpov AS. Transsexualism (methodological recommendations on the change of sex. Moscow: Moscow Research Institute of Psychiatry of the Ministry of Health of RSFSR; 1991 (in Russian).
21. Krasnov VJa, Gurovich IJa. Models of diagnostics and treatment of psychic and behavioural disorders: a clinical guideline. Moscow: Moscow Research Institute of Psychiatry of the Ministry of Health of Russia; 1999 (in Russian).
22. Başar K, Öz G, Karakaya J. Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *J Sex Med.* 2016;13(7):1133—1141.

REFERENCES

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

Статья поступила в редакцию 15.12.2024; одобрена после рецензирования 04.02.2025; принята к публикации 14.03.2025.
The article was submitted 15.12.2024; approved after reviewing 04.02.2025; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 614.2; 615.065

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.010

Анализ разработанных инновационных технологий в рамках клинической апробации по профилям медицинской помощи

Артур Рудольфович Габриелян^{1✉}, Оксана Юрьевна Александрова²,
Илья Александрович Михайлов³

¹Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени А. К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения города Москвы» г. Москва, Российская Федерация;

^{2,3}ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

³Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Российская Федерация;

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

¹gkb-eramishanzeva@zdrav.mos.ru, <http://orcid.org/>

²aou18@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-0761-1838>

³mikhailov@rosmedex.ru, <http://orcid.org/0000-0001-8020-369X>

Аннотация. Целью исследования — проанализировать разработанные инновационные медицинские технологии в рамках клинической апробации по профилям медицинской помощи. Для проведения данного анализа использовались протоколы клинической апробации за 2023 и 2024 годы с сайта Министерства здравоохранения Российской Федерации (<https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/protokoly-klinicheskoy-aprobatsii/klinicheskoy-aprobatsii>). По результатам анализа применения разработанных инновационных технологий в рамках клинической апробации по профилям медицинской помощи за 2023 год установлено, что наибольшее число методов (протоколов) приходилось на сердечно-сосудистую хирургию (38,61%). По результатам анализа распределения разработанных инновационных технологий в рамках клинической апробации по типам (этапам лечебно-диагностического процесса) за 2023 год установлено, что наибольшее число методов (протоколов) приходилось на методы лечения — 84,16%, что соответствует 85 методам из 101 метода клинической апробации, вошедших в анализ за 2023 год. По результатам анализа применения разработанных инновационных технологий в рамках клинической апробации по профилям медицинской помощи за 2024 год установлено, что наибольшее число методов (протоколов) приходилось на акушерство и гинекологию — 42,03%, что соответствует 29 реализуемым протоколам клинической апробации. В 2024 году медицинская помощь с применением инновационных медицинских технологий в рамках клинической апробации преимущественно оказывалась в рамках методов лечения по профилям акушерство и гинекология, педиатрия и неонатология в тех федеральных медицинских организациях, в которых осуществляется оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации. По сравнению с 2023 годом в 2024 году явно прослеживается акцент на инновационных методах оказания медицинской помощи, направленных на охрану материнства и детства, что является одним из основных приоритетов системы здравоохранения Российской Федерации на период с 2025 года по 2030 год.

Ключевые слова: инновационные технологии, управление здравоохранением, медицинская организация, внедрение инновационных медицинских технологий, клиническая апробация.

Для цитирования: Габриелян А. Р., Александрова О. Ю., Михайлов И. А. Анализ разработанных инновационных технологий в рамках клинической апробации по профилям медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 64—69. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.010.

Original article

Analysis of developed innovative technologies within the framework of clinical testing in medical care profiles

Arthur R. Gabrielyan^{1✉}, Oksana Yu. Alexandrova², Ilya A. Mikhailov³

¹City Clinical Hospital named after A. K. Yeramishantsev of the Moscow Healthcare Department, Moscow, Russian Federation;

^{2,3}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

³Center of Expertise and Quality Control of Healthcare of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation;
Russian Medical Academy for Continuous Professional Education, Moscow, Russian Federation

¹gkb-eramishanzeva@zdrav.mos.ru, <http://orcid.org/>

²aou18@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-0761-1838>

³mikhailov@rosmedex.ru, <http://orcid.org/0000-0001-8020-369X>

Annotation. The objective of the study was to analyze of developed innovative technologies within the framework of clinical testing in medical care profiles. To conduct this analysis the clinical testing protocols for 2023 and 2024 from the website of the Ministry of Health of the Russian Federation were used (<https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/protokoly-klinicheskoy-aprobatsii/klinicheskoy-aprobatsii>). Based on the analysis of the application of the developed innovative technologies within the framework of clinical testing by medical care profiles for 2023, it was found that the largest number of methods (protocols) were for cardiovascular surgery (38.61%). Based on the analysis of the distribution of developed innovative technologies within the framework of clinical testing by types (stages of the treatment and diagnostic process) for 2023, it was found that the largest number of methods (protocols) were for treatment methods — 84.16%, which corresponds to 85 methods out of 101 clinical testing methods included in the analysis for 2023. Based on the analysis of the use of developed innovative technologies within the framework of clinical testing by medical care profiles for 2024, it was found that the largest number of methods (protocols) were in obstetrics and gynecology — 42.03%, which corresponds to 29 implemented clinical testing protocols. In 2024, medical care using innovative medical technologies within the framework of clinical testing was mainly provided within the framework of treatment methods in the profiles of obstetrics and gynecology, pediatrics and neonatology in those federal medical organizations that provide medical care within the framework of clinical testing. Compared to 2023, in 2024 there is a clear emphasis on innovative methods of providing medical care aimed at protecting motherhood and childhood, which is one of the main priorities of the healthcare system of the Russian Federation for the period from 2025 to 2030.

Key words: *innovative technologies, healthcare management, medical organization, implementation of innovative medical technologies, clinical testing.*

For citation: Gabrielyan A. R., Aleksandrova O. Yu., Mikhailov I. A. Analysis of developed innovative technologies within the framework of clinical testing in medical care profiles. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2025;(1):64–69. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.010.

Введение

Внедрение инновационных медицинских технологий в практическое здравоохранение и управление этим процессом являются актуальной, комплексной и одновременно сложной научной проблемой [1].

Во многих странах мира системы здравоохранения ориентированы на максимально быструю и эффективную трансляцию новых медицинских технологий, разрабатываемых в ведущих медицинских организациях и клиниках, в широкое массовое применение большинством медицинских организаций [2].

Инструменты и организационные технологии апробации и внедрения инновационных медицинских технологий крайне гетерогенны в различных странах и зависят от большого количества факторов, включая факторы социально-экономического развития, инфраструктурные факторы, управленческие факторы и иные факторы [3–5].

Количественные показатели и структура результатов апробации и внедрения инновационных медицинских технологий являются важным инструментом информационного обеспечения управления процессом внедрения инновационных технологий в практическое здравоохранение. Целым рядом автором подчеркивается необходимость и актуальность проведения такого рода анализа [6–8].

В Российской Федерации одним из основных инструментов управления процессом внедрения инновационных медицинских технологий в практиче-

ское здравоохранение является клиническая апробация. Однако клиническая апробация не предполагает конечного результата в виде внедрения инновационных медицинских технологий в клинические рекомендации или перечни видов высокотехнологичной медицинской помощи. Именно поэтому актуальной остается задача по анализу количественных показателей и структуры результатов апробации и внедрения инновационных медицинских технологий, разработанных в рамках клинической апробации, что и явилось целью данного исследования.

Материалы и методы

Для проведения данного анализа использовались протоколы клинической апробации за 2023 и 2024 годы с сайта Министерства здравоохранения Российской Федерации (<https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/protokoly-klinicheskoy-aprobatsii/klinicheskoy-aprobatsii>).

Исследование проходило в несколько этапов.

На первом этапе проводилось соотнесение методов клинической апробации по профилям медицинской помощи и далее осуществлялось построение и анализ распределения инновационных методов по профилям медицинской помощи.

На втором этапе исследования проводился классификационный анализ методов. Все инновационные методы за 2023 и 2024 годы были классифицированы в зависимости от тех этапов лечебно-диагностического процесса, на котором они используются. Были выделены следующие типы инноваци-

онных методов: методы профилактики, методы диагностики, методы лечения и методы реабилитации (медицинской реабилитации). Далее осуществлялось построение и анализ распределения инновационных методов по типам инновационных методов (этапам лечебно-диагностического процесса).

На третьем этапе проводился сравнительный анализ распределений инновационных методов в динамике между 2023 и 2024 годом.

Математическая и статистическая обработка данных производилась в программах Microsoft Excel и Statistica 10.

Результаты

По результатам анализа применения разработанных инновационных технологий в рамках клинической апробации по профилям медицинской помощи за 2023 год установлено, что наибольшее число методов (протоколов) приходилось на сердечно-сосудистую хирургию (38,61%).

На втором месте в 2023 году по частоте реализуемых протоколов клинической апробации находилась травматология и ортопедия, на которую пришлось соответственно 16,83% реализуемых инновационных методов.

На третьем месте в 2023 году по частоте реализуемых протоколов клинической апробации находилась эндокринология, на которую пришлось соответственно 9,90% реализуемых инновационных методов.

На четвертом месте в 2023 году по частоте реализуемых протоколов клинической апробации находился профиль «нейрохирургия», на который пришлось соответственно 8,91% реализуемых инновационных методов.

И на пятом месте в 2023 году по частоте реализуемых протоколов клинической апробации находился профиль «гастроэнтерология», на который пришлось соответственно 6,93% реализуемых инновационных методов, что соответствует семи инновационным технологиям.

На **Рисунке 1** представлена визуализация распределения разработанных инновационных технологий в рамках клинической апробации по профилям медицинской помощи за 2023 год.

Среди наиболее значимых методов по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» в 2023 году начата реализация внедрения по таким инновационным методам как стентирование коронарных артерий под контролем тройной ко-регистрации у реципиентов сердца с протяженным и/или многоуровневым поражением венечных артерий для лечения стенотического поражения коронарных артерий трансплантата сердца; катетерная абляция зон медленного проведения возбуждения на основе использования автоматического изохронного картирования; протезирование аортального клапана с использованием модифицированной технологии формирования бескаркасного протеза из аутоперикарда и другие методы.

Все инновационные методы за 2023 год были классифицированы в зависимости от тех этапов лечебно-диагностического процесса, на котором они используются. Были выделены следующие типы инновационных методов: методы профилактики, методы диагностики, методы лечения и методы реабилитации (медицинской реабилитации).

По результатам анализа распределения разработанных инновационных технологий в рамках клинической апробации по типам (этапам лечебно-диагностического процесса) за 2023 год установлено,

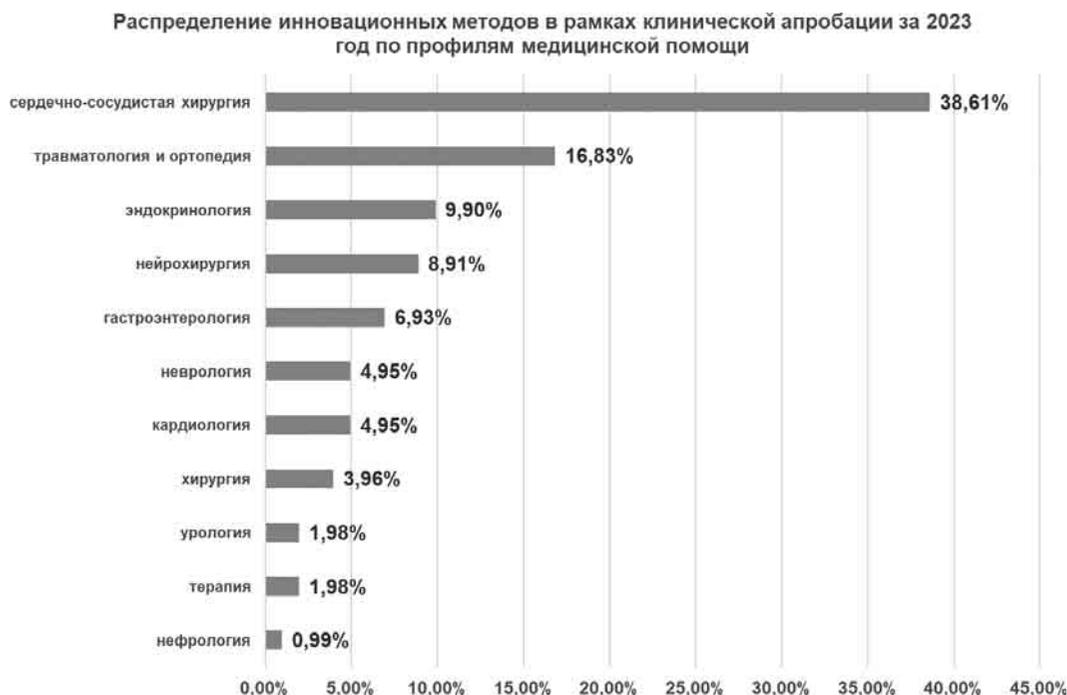


Рис. 1. Визуализация распределения разработанных инновационных технологий в рамках клинической апробации по профилям медицинской помощи за 2023 год

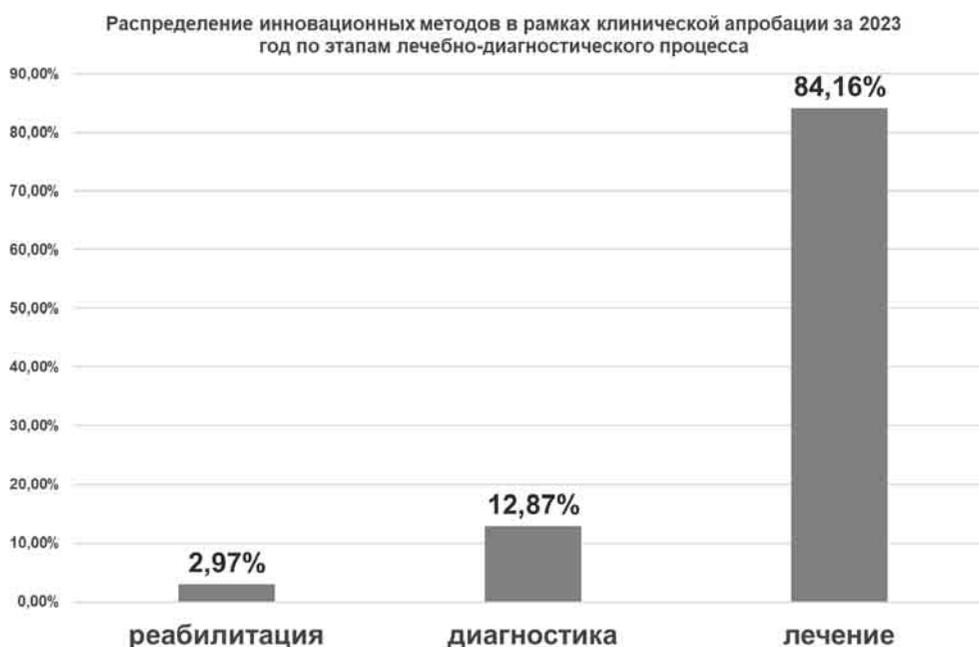


Рис. 2. Визуализация распределения разработанных инновационных технологий в рамках клинической апробации по типам (этапам лечебно-диагностического процесса) за 2023 год

что наибольшее число методов (протоколов) пришлось на методы лечения — 84,16%, что соответствует 85 методам из 101 метода клинической апробации, вошедших в анализ за 2023 год.

На методы диагностики пришлось 12,87% от общего числа инновационных методов за 2023 год, что соответствует второму месту по частоте.

На методы реабилитации пришлось 2,97% от общего числа инновационных методов за 2023 год, что соответствует третьему месту по частоте.

Методы профилактики по результатам проведенного классификационного анализа протоколов клинической апробации за 2023 год отсутствовали.

Распределение инновационных методов в рамках клинической апробации за 2024 год по профилям медицинской помощи

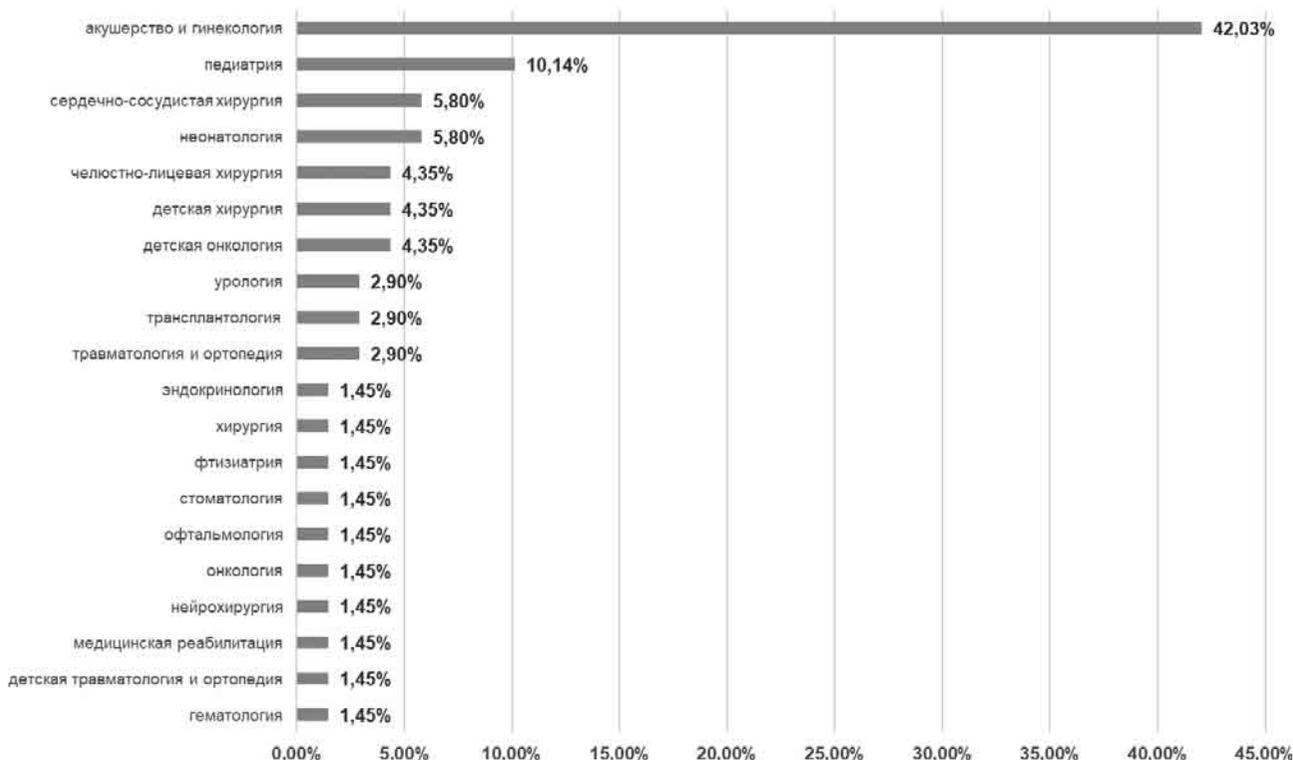


Рис. 3. Визуализация распределения разработанных инновационных технологий в рамках клинической апробации по профилям медицинской помощи за 2024 год

На **Рисунке 2** представлена визуализация распределения разработанных инновационных технологий в рамках клинической апробации по типам (этапам лечебно-диагностического процесса) за 2023 год.

По результатам анализа применения разработанных инновационных технологий в рамках клинической апробации по профилям медицинской помощи за 2024 год установлено, что наибольшее число методов (протоколов) приходилось на акушерство и гинекологию — 42,03%, что соответствует 29 реализуемым протоколам клинической апробации.

На втором месте в 2024 году по частоте реализуемых протоколов клинической апробации находилась педиатрия, на которую пришлось соответственно 10,14% реализуемых инновационных методов.

На третьем месте в 2024 году по частоте реализуемых протоколов клинической апробации находились неонатология и сердечно-сосудистая хирургия, на которые пришлось соответственно 5,80% реализуемых инновационных методов.

На четвертом месте в 2024 году по частоте реализуемых протоколов клинической апробации находились детская онкология, детская хирургия, челюстно-лицевая, на которые пришлось соответственно по 4,35% реализуемых инновационных методов.

И на пятом месте в 2024 году по частоте реализуемых протоколов клинической апробации находились травматология и ортопедия, трансплантология и урология, на которые пришлось соответственно по 2,90% реализуемых инновационных методов.

На **Рисунке 3** представлена визуализация распределения разработанных инновационных технологий в рамках клинической апробации по профилям медицинской помощи за 2024 год.

Обсуждение

Таким образом, в 2024 году медицинская помощь с применением инновационных медицинских технологий в рамках клинической апробации преимущественно оказывалась в рамках методов лечения по профилям акушерство и гинекология, педиатрия и неонатология в тех федеральных медицинских организациях, в которых осуществляется оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации.

По сравнению с 2023 годом в 2024 году явно прослеживается акцент на инновационных методах оказания медицинской помощи, направленных на охрану материнства и детства, что является одним из основных приоритетов системы здравоохранения Российской Федерации на период с 2025 года по 2030 год.

Количественные показатели и структура результатов апробации и внедрения инновационных медицинских технологий являются важным инструментом информационного обеспечения управления процессом внедрения инновационных техноло-

гий в практическое здравоохранение. Целым рядом автором подчеркивается необходимость и актуальность проведения такого рода анализа [6—8], что и было выполнено в рамках нашего исследования в условиях системы здравоохранения Российской Федерации.

Заключение

Таким образом, по сравнению с 2023 годом в 2024 году произошел значительный рост доли методов медицинской реабилитации. Также в 2024 году появились инновационные методы, направленные на профилактику различных заболеваний и состояний. Данные изменения отражают стратегический вектор развития здравоохранения в Российской Федерации, а именно закрепление тренда на оптимальную для восстановления здоровья медицинскую реабилитацию и на развитие профилирования хронических неинфекционных заболеваний.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Lehman W. E.K., Simpson D. D., Knight D. K., Flynn P. M. Integration of treatment innovation planning and implementation: strategic process models and organizational challenges. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2011;25(2):252—261. DOI: 10.1037/a0022682
2. May C. Agency and implementation: understanding the embedding of healthcare innovations in practice. *Soc. Sci. Med.* 2013;78:26—33. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.11.021
3. Wandersman A., Duffy J., Flaspohler P., Noonan R., Lubell K., Stillman L., et al. Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation. *Am. J. Community Psychol.* 2008;41(3—4):171—181. DOI: 10.1007/s10464-008-9174-z
4. Schell S. F., Luke D. A., Schooley M. W., Elliott M. B., Herbers S. H., Mueller N. B., et al. Public health program capacity for sustainability: a new framework. *Implement. Sci.* 2013;(8):15. DOI: 10.1186/1748-5908-8-15
5. Scheirer M. A., Dearing J. W. An agenda for research on the sustainability of public health programs. *Am. J. Public Health.* 2011;101(11):2059—2067. DOI: 10.2105/AJPH.2011.300193
6. Aarons G. A., Hurlburt M., Horwitz S. M. Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Adm. Policy Ment. Health.* 2011;38(1):4—23. DOI: 10.1007/s10488-010-0327-7
7. Meyers D. C., Durlak J. A., Wandersman A. The quality implementation framework: a synthesis of critical steps in the implementation process. *Am. J. Community Psychol.* 2012;50(3—4):462—480. DOI: 10.1007/s10464-012-9522-x
8. Palmer D., Kramlich D. An introduction to the multisystem model of knowledge integration and translation. *ANS. Adv. Nurs. Sci.* 2011;34(1):29—38. DOI: 10.1097/ANS.0b013e318209439f

REFERENCES

1. Lehman W. E.K., Simpson D. D., Knight D. K., Flynn P. M. Integration of treatment innovation planning and implementation: strategic process models and organizational challenges. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2011;25(2):252—261. DOI: 10.1037/a0022682
2. May C. Agency and implementation: understanding the embedding of healthcare innovations in practice. *Soc. Sci. Med.* 2013;78:26—33. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.11.021
3. Wandersman A., Duffy J., Flaspohler P., Noonan R., Lubell K., Stillman L., et al. Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation. *Am. J. Community Psychol.* 2008;41(3—4):171—181. DOI: 10.1007/s10464-008-9174-z

4. Schell S. F., Luke D. A., Schooley M. W., Elliott M. B., Herbers S. H., Mueller N. B., et al. Public health program capacity for sustainability: a new framework. *Implement. Sci.* 2013;(8):15. DOI: 10.1186/1748-5908-8-15
5. Scheirer M. A., Dearing J. W. An agenda for research on the sustainability of public health programs. *Am. J. Public Health.* 2011;101(11):2059—2067. DOI: 10.2105/AJPH.2011.300193
6. Aarons G. A., Hurlburt M., Horwitz S. M. Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Adm. Policy Ment. Health.* 2011;38(1):4—23. DOI: 10.1007/s10488-010-0327-7
7. Meyers D. C., Durlak J. A., Wandersman A. The quality implementation framework: a synthesis of critical steps in the implementation process. *Am. J. Community Psychol.* 2012;50(3—4):462—480. DOI: 10.1007/s10464-012-9522-x
8. Palmer D., Kramlich D. An introduction to the multisystem model of knowledge integration and translation. *ANS. Adv. Nurs. Sci.* 2011;34(1):29—38. DOI: 10.1097/ANS.0b013e318209439f

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

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

Статья поступила в редакцию 20.12.2024; одобрена после рецензирования 03.02.2025; принята к публикации 14.03.2025.
The article was submitted 20.12.2024; approved after reviewing 03.02.2025; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.011

Осведомленность женщин о послеродовой депрессии и отношение к внедрению скрининга на нее в Российской Федерации

Анна Александровна Федака^{1✉}, Мария Владимировна Авксентьева²

^{1,2}Высшая школа управления здравоохранением Первого МГМУ имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения, г. Москва, Российская Федерация

¹annafedaka@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0003-3680-0790>

²avksent@yahoo.com, <http://orcid.org/0000-0001-6660-0402>

Аннотация. Цель исследования. Выявление распространенности симптомов послеродовой депрессии (ПРД), осведомленности о ПРД и оценка приемлемости скрининга на ПРД среди женщин в первый год после родов.

Материалы и методы. Проведен онлайн-опрос 360 женщин в возрасте старше 18 лет, проживающих на территории России, имеющих хотя бы одного ребенка до 1 года. Анкета включала в себя вопросы об отношении к психическим и физическим симптомам, которые могут испытывать женщины с маленькими детьми, осведомленности о ПРД и отношении к скринингу на нее, а также 13 вопросов «Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии» (ЭШПД) и 2 вопроса «Опросника здоровья пациента» (ОЗП, англ. PHQ-2), русскоязычные версии которых валидированы для скрининга на ПРД.

Результаты. Осведомленность о ПРД находится на низком уровне: испытывать различные симптомы, свидетельствующие о возможном наличии ПРД, считают нормальным до 72% опрошенных. 89% женщин (320 чел.) не проходили диагностику ПРД ни во время беременности, ни после родов. Большинство опрошенных (281 чел., 78%) готовы проходить скрининг на ПРД. 45±5,2% женщин набрали 12 и более баллов по ЭШПД, что предположительно свидетельствует о ПРД, 13±4,4% набрали от 7 до 11 баллов (предпороговое состояние, или ранняя стадия развития симптомов ПРД). По опроснику ОЗП заподозрить ПРД или предпороговую стадию можно у 73±8,2% женщин. Выявлена статистически значимая связь между предположительным наличием ПРД по ЭШПД и такими характеристиками как возраст ($\chi^2 = 12.45$, $p = 0.004$), социальный статус ($\chi^2 = 9.67$, $p = 0.01$), материальное положение ($\chi^2 = 10.34$, $p = 0.008$). Несмотря на то, что 88% (317 чел.) респондентов считают, что обращение за помощью при ПРД полезно, лишь 18% (65 чел.) сами обращались за консультацией.

Заключение. У женщин в течение первого года после родов наблюдается высокая распространенность симптомов, предположительно свидетельствующих о ПРД. При недостаточной осведомленности о ПРД имеет место высокая готовность проходить скрининг на нее.

Ключевые слова: послеродовая депрессия, факторы риска, психосоциальные факторы, распространённость, взаимосвязь

Для цитирования: Федака А. А., Авксентьева М. В. Осведомленность женщин о послеродовой депрессии и отношение к внедрению скрининга на нее в Российской Федерации // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 70—77. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.011.

Original article

Women's awareness of postpartum depression and attitude towards the introduction of screening for it in the Russian Federation

Anna A. Fedaka^{1✉}, Maria V. Avxentyeva²

^{1,2}Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

¹annafedaka@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0003-3680-0790>

²avksent@yahoo.com, <http://orcid.org/0000-0001-6660-0402>

Annotation. The aim of the study was to identify the prevalence of postnatal depression (PND) symptoms, awareness of PND and assess the acceptability of PND screening among women in the first year after childbirth.

Materials and methods. An online survey of 360 women over the age of 18 living in Russia with at least one child under 1 year was conducted. The questionnaire included questions about attitudes toward mental and physical symptoms that women with small children may experience, awareness of PND and attitudes toward screening for it, as well as 13 questions from the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and 2 questions from the Patient Health Questionnaire (PHQ-2) used for screening.

Results. Awareness of PND is low: experiencing various symptoms indicating the presence of PND is considered normal by 7% of respondents (it is normal to think that the family would be better off without it) to 72% (it is normal to feel tired all the time). 89% of women (320 people) were not diagnosed with PND either during pregnancy or after childbirth. Despite the fact that 88% (317 people) of respondents believe that seeking help for PND is useful, only 18% (65 people) sought advice. The majority of respondents (281 people, 78%) are ready to undergo screening for PND. 45±5.2% of women scored 12 or more points on the ESPD, which presumably indicates PRD, 13±4.4% scored from 7 to 11 points (pre-threshold state or early stage of development of PRD symptoms). According to the OZP questionnaire, PRD or the pre-threshold stage can be suspected in 73±8.2% of women. A statistically significant connection was found between the presumptive presence of PRD according to the ESPD and such characteristics as age ($\chi^2 = 12.45$, $p = 0.004$), social status

($\chi^2 = 9.67$, $p = 0.01$), financial situation ($\chi^2 = 10.34$, $p = 0.008$). Conclusion. In women, during the first year after childbirth, there is a high prevalence of symptoms presumably indicating PRD. With insufficient awareness of PPD, there is a high willingness to undergo screening for it.

Key words: *postpartum depression, risk factors, psychosocial factors, prevalence, relationship*

For citation: Fedaka A. A., Avxentyeva M. V. Women's awareness of postpartum depression and attitude towards the introduction of screening for it in the Russian Federation. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(1):70–77. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.011.

Введение

Под послеродовой депрессией (ПРД) обычно понимают депрессивное состояние средней или тяжелой степени, развивающееся у матери в течение года, но наиболее часто — в первые три месяца после рождения ребенка [1].

Распространенность ПРД, по разным данным, оценивается от 6—8 до 26% в зависимости от метода диагностики и исследуемой популяции [1, 2]. Донозологические нарушения психического здоровья, такие как послеродовая «материнская хандра», или бэби-блюз» наблюдаются у 57—80% впервые родивших женщин [3].

ПРД не только существенно снижает качество жизни женщины, но и имеет ряд долгосрочных неблагоприятных последствий: она препятствует формированию связи между матерью и младенцем, удовлетворению базовых физиологических и психологических потребностей ребенка [4], вызывает неблагоприятные поведенческие и когнитивные эффекты у ребенка [3, 5, 6]. ПРД у матерей приводит к сложностям в общении, усиливающимися чувствами одиночества и разочарования, росту числа внутрисемейных конфликтов, депрессии у отцов, распространенность которой достигает 24—30% [7], а также повышает риск суицида [8]. При этом возникающие изменения эмоционального состояния женщин после родов часто оцениваются самой матерью и ее близкими как естественные, не требующие обращения к специалистам психиатрического профиля и проведения терапии [3]. Женщины, члены их семей и даже специалисты часто не осознают степени тяжести состояния, заболевание может рассматриваться ими, как лень, слабость или нежелание совершать усилия. Тяжесть и опасность состояния не признается вплоть до появления соматических расстройств или суицидальных попыток [9].

Несмотря на то, что ПРД вызывается сложным взаимодействием гормональных изменений, дисбаланса нейромедиаторов, воспалительных процессов, генетических факторов, психосоциальных стрессоров и дисфункции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, в исследованиях отмечается важность социальных факторов риска. ПРД часто связана с низким уровнем социальной поддержки и отсутствием помощи родившей женщине [10, 11], а также с нестабильностью экономического и социального статусов.

Во многих странах внедрены программы рутинного скрининга на ПРД, которые позволяют своевременно выявить заболевание, начать лечение и улучшить исходы [12]. В российской системе здравоохранения ПРД остается недооцененной проблемой. Распространенность ПРД в РФ точно не из-

вестна, по выборочным исследованиям частота ее встречаемости варьирует от 15 до 45% [3], а в некоторых группах достигает 65—75% [13, 14].

До настоящего времени в России отсутствуют программы скрининга матерей на ПРД, и заболевание выявляется и лечится лишь в 3% случаев, что создает значительное бремя для женщин, их семей и общества в целом [3].

Цель исследования. Выявление распространенности симптомов ПРД, осведомленности о ПРД и оценка приемлемости скрининга на ПРД среди женщин в первый год после родов.

Материалы и методы

В марте 2023 г. был проведен онлайн-опрос на платформе «Анкетолог»¹, в котором участвовало 360 женщин в возрасте старше 18 лет, проживающих на территории России, имеющих хотя бы одного ребенка до 1 года.

Анкета включала 36 вопросов об отношении к психическим и физическим симптомам, которые могут испытывать женщины с маленькими детьми, отношении к скринингу на ПРД, социально-демографических характеристиках респондентов, а также 13 вопросов Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии (ЭШПД) [15] и 2 вопроса «Опросника здоровья пациента» (ОЗП; англ. Patient Health Questionnaire, PHQ-2) [16] для оценки распространенности симптомов, предположительно свидетельствующих о наличии ПРД у респондентки. Использованы переведенные на русский язык адаптированные и валидированные для использования в России версии обоих опросников, рекомендованные для выявления ПРД [17, 18].

В большей части вопросов анкеты симптомы ПРД были обозначены нами как «психологические проблемы матерей после родов» для снижения риска предвзятости респондентов при ответах на вопросы об отношении к ПРД и личном опыте, потенциально обусловленной негативным отношением к термину «ПРД». Термин «ПРД» был введен только в вопросах, непосредственно направленных на выяснение отношения к этому диагнозу.

Статистический анализ данных осуществлялся с использованием программы SPSS 23. Размер выборки рассчитан исходя из доверительного интервала в 95%, ошибки выборки равной 4% и объему генеральной совокупности более 100 000 человек. Для установления частоты встречаемости симптомов применялась описательная статистика. Взаимосвязи между различными параметрами и симптомами по-

¹ Available at: <https://anketolog.ru/s/691157/Eu39UcS3>

слеродовой депрессии определялись с использованием критерия χ^2 (хи-квадрат).

Анализ результатов опроса по ЭШПД и ОЗП проводили в соответствии с инструкциями по их обработке. ЭШПД содержит 10 вопросов о наличии симптомов, позволяющих предположить ПРД. Ответу на каждый вопрос присваивается от 0 до 3 баллов, максимальная сумма баллов 39. В настоящем исследовании за пороговый уровень принято 12 баллов что соответствует отчетливым депрессивным состояниям [11], и 5 баллов, что соответствует предпороговым симптомам ПРД. При таких пороговых значениях показатель специфичности ЭШПД составляет 77,8%, чувствительности — 83,9% [9]. ОЗП (PHQ-2) содержит всего 2 вопроса, максимальный суммарный балл составляет 6, пороговым значением в настоящем исследовании принято 3 балла, что указывает на возможную ПРД и предпороговые симптомы с чувствительностью в 61% и специфичностью в 92% [18].

Результаты

Характеристика респонденток

Больше всего респонденток относились к возрастной группе 30—35 лет — 154 чел.; 43%. 114 чел. (114 чел., 32%) были в возрасте 24—29 лет, 68 чел. (19%) — 36—41 лет, 11 и 10 чел (3,1 и 2,8%) в возрастах 18—23 лет и 42 года и старше, соответственно.

158 респонденток (43,9%) имели двух детей, 138 (38,3%) — одного ребенка, остальные троих и более. 337 женщин (93,6%) на момент опроса состояли в браке (официально зарегистрированном или гражданском), 23 (6,4%) были не замужем или разведены. 251 участница (69,7%) имела высшее образование, 74 (20,6%) — среднее специальное, 18 (5%) неполное высшее, двое (3,3%) среднее, трое (0,8%) неполное среднее и две респондентки (0,6%) имели ученую степень.

195 женщин (54,1%) находились в отпуске по уходу за ребенком, 146 (40,6%) работали (в том чис-

ле 95 чел. (26,4%) указали полную занятость и 51 чел. (14,2%) частичную), 14 респонденток (3,9%) вели домашнее хозяйство, 5 (1,4%) охарактеризовали себя как безработные.

Более половины опрошенных (189 чел., 52,5%) проживали в городе с численностью населения более 1 млн, 22,5% (81 чел.) — от 500 тыс. до 1 млн. 9 человек жили в сельской местности (2,5%), еще 8 (2,2%) — в поселке городского типа. 66 (18,3%) и 20 (5,6%) проживали, соответственно, в Москве и Санкт-Петербурге, остальные — в других субъектах Федерации (всего получены ответы от женщин, проживающих в 65 субъектах РФ).

Материальное положение расценивалось как очень низкое и низкое (не хватает денег даже на продукты питания или хватает денег на продукты питания, но не хватает на одежду) у 5 (1,4%) и 26 чел. (7,2%), соответственно Средним (хватает денег на питание и одежду, но покупка более дорогих вещей, таких как телевизор или холодильник, вызывает проблемы) было материальное положение у 111 чел. (30,8%), и высоким — у остальных 218 (60,6%).

Осведомленность о послеродовой депрессии

Выявлена низкая осведомленность опрошенных о симптомах ПРД: большинство принимают симптомы заболевания за норму. Так, считают нормальным в течение трех месяцев после родов (рис. 1):

- чувствовать себя все время уставшей — 259 чел. (72%);
- спать слишком мало, страдать от бессонницы почти каждую ночь — 176 чел. (49%);
- не видеть необходимости следить за своей внешностью — 151 чел. (42%);
- постоянно хотеть есть или потерять интерес к еде — 140 чел. (39%),
- чувствовать себя постоянно виноватой — 61 чел. (17%).
- 25 чел. (7%) указали как норму женщине считать, что семье было бы лучше без нее и 50 чел.

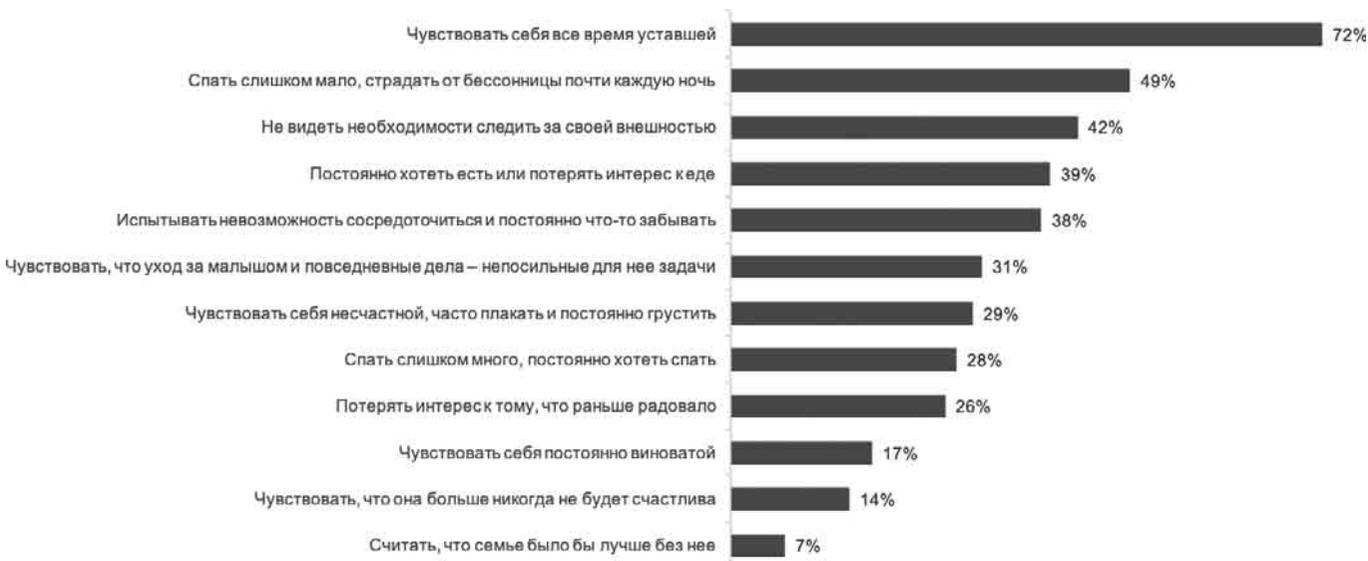


Рис. 1. Доля респонденток, считающих нормальным женщине испытывать те или иные проблемы в течение трех месяцев после родов.

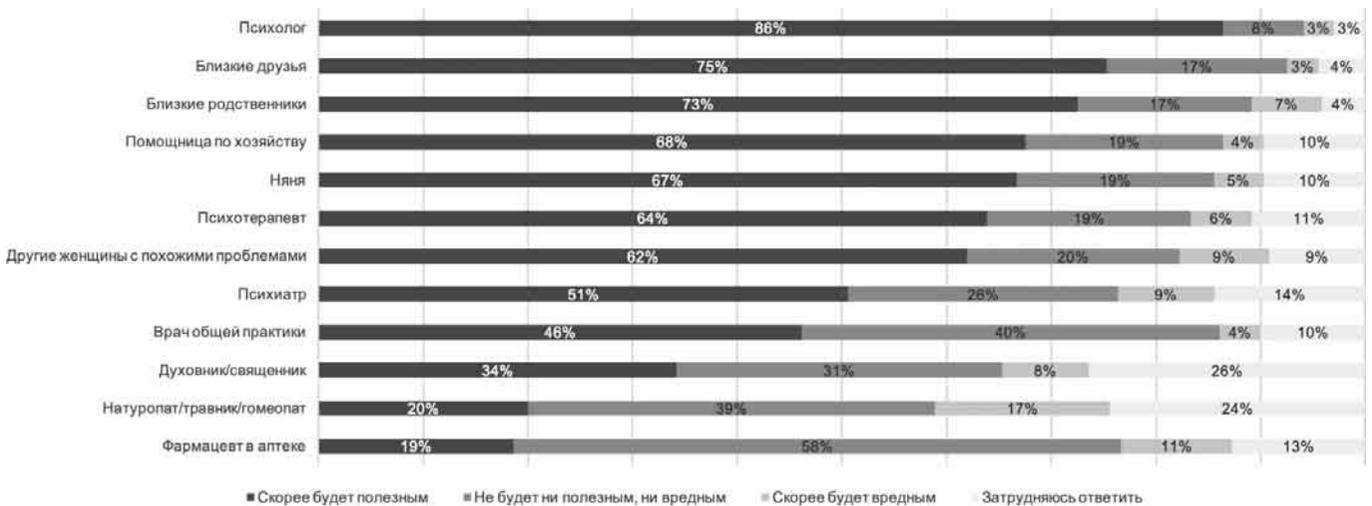


Рис. 2. Распределение ответов на вопрос, кто может быть полезен или вреден для решения психологических проблем матери после родов.

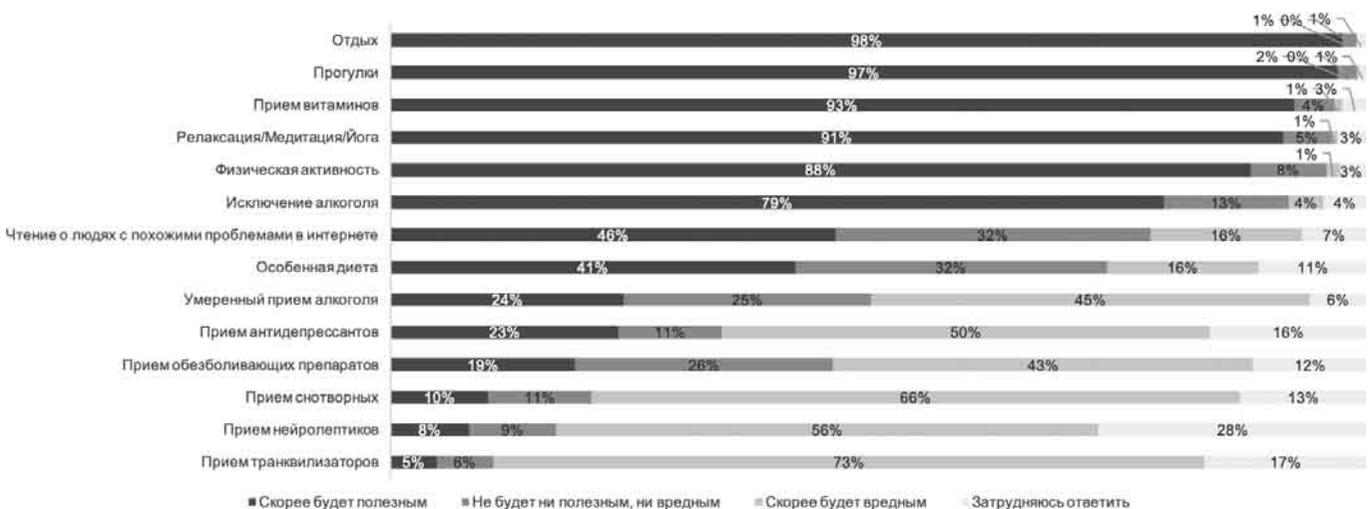


Рис. 3. Распределение ответов на вопрос о том, что из перечисленного может быть полезно или вредно для решения психологических проблем матери после родов.

(14%) — чувствовать, что она никогда не будет счастлива (рис. 1).

Симптомы ПРД, по мнению 53% респонденток (191 чел.), со временем могут разрешиться самостоятельно: 113 из них (31,4%) были в этом уверены, и 80 (22%) указали, что это вероятно. Еще 80 женщин (23%) отметили, что некоторые симптомы могут уйти самостоятельно, а другие нет. Тем не менее, 313 (87%) опрошенных считают, что при наличии симптомов будет полезно обратиться за помощью. Наибольшее число опрошенных оценили как полезное для решения возникающих проблем обращение к психологу (310 чел., 86%), на втором месте близкие друзья (270 чел., 75%), на третьем близкие родственники (263 чел., 73%). 184 женщины (51%) ответили, что может быть полезным общение с психиатром (рис. 2)

Также полезными способами решения возникающих проблем участники исследования считают отдых (353 чел., 98%), прогулки (349 чел., 97%), прием витаминов (335 чел., 93%), релаксацию (328 чел., 91%), физическую активность (317 чел., 88%) и исключение алкоголя (284 чел., 79%). Прием лекарств

(антидепрессантов, снотворных, нейролептиков, транквилизаторов) более половины опрошенных расценили скорее как вредное (рис. 3).

Всего 17 респонденток (4,7%) не признает наличие заболевания ПРД, но 153 опрошенных (42,5%) никогда не сталкивались с таким расстройством лично. Чуть более трети респонденток (129 чел., 35,8%) считают, что сами лично столкнулись с ПРД и 14,7% (53 чел.), — что наблюдали симптомы заболевания у других женщин.

Отношение к скринингу на ПРД

Несмотря на недостаточную осведомленность о ПРД, отношение к скринингу на нее в основном положительное. Большинство участников исследования (282 чел., 78,3%) считают приемлемым заполнение анкеты для выявления заболевания на приеме у специалиста не психиатрического профиля. Считающие такую практику неприемлемой (78 чел., 21,7%) объясняли это опасением, что такой специалист не сможет правильно оценить симптомы (30 чел., 38% от числа считающих заполнение такой анкеты неприемлемым) или не сможет оказать необ-

ходимую помощь (25 чел., 32%), а также нежеланием тратить время на ненужные вещи (27 чел., 35%). 18 респонденток (23,1%) указали, что это будет нарушать их права, если они не обращались за такого рода помощью.

280 из 282 чел. (99,3% из тех, кто считает заполнение такого опросника приемлемым) указали, что были бы готовы откровенно отвечать на все вопросы. 263 женщины (93,3%) отметили, что воспользовались бы направлением к профильному специалисту, если опросник выявил в этом необходимость, 264 чел. (93,6%) заполнили бы опросник, даже если были точно уверены, что у них нет ПРД.

Для 137 респонденток (38,1%) было бы приемлемо самостоятельное заполнение анкеты в приложении на смартфоне или на сайте с автоматическим подсчетом результата, однако только 79 чел. (21,9%) знакомы с подобными инструментами. При этом 163 респондентки (45,3%) прошли бы такой опрос, только если он рекомендован специалистом, 96 (26,7%) — если результаты будут известны только ей, 72 (20%) — если результаты можно отправить специалисту и 58 (16,1%) — если опрос анонимный.

Подавляющее большинство респонденток (335 чел., 93%) согласны, что матерям с ПРД требуется помощь специалиста. Из них 188 человек (52,2%) считают, что это должен быть психолог, 99 (27,5%) — психотерапевт, 44 (12,2%) — психиатр, 78 (21,7%) психолог или психотерапевт, но не психиатр. 301 человек (83,6%) считает, что возможно полное выздоровление от ПРД, а 50 респонденток (13,9%) — что после обращения женщине станет лучше, но полное выздоровление вряд ли возможно.

Основным препятствием для обращения женщины с ПРД к специалисту участники исследования считают то, что она может не осознавать наличия у себя проблем, требующих обращения за помощью (262 чел., 73%). Среди других препятствий — отсутствие материальных ресурсов (199 чел., 55%), списывание психических недомоганий на соматические (физические) причины (усталость, хронические заболевания, боли и т. п. (184 чел., 51,1%), отсутствие знания, куда обращаться (176 чел., 48,9%), отсут-

ствие времени (165 чел., 45,8%). 106 чел. (29,4%) отметили, что обращаться к психологу, психотерапевту или психиатру может быть стыдно, и 101 чел. (28%) — что обращение к специалисту за психиатрической помощью может осложнить жизнь (поставят на учет, могут возникнуть проблемы с трудоустройством, получением водительских прав и т. п.).

Распространенность симптомов послеродовой депрессии

Большинство опрошенных признает, что сами испытывали те или иные негативные чувства во время беременности и в первый год после родов. Наиболее часто это были беспокойство (328 чел., 91%), раздражительность (317 чел., 88%), упадок сил (313 чел., 87%), тревога (292 чел., 81%). Более половины опрошенных также испытывали проблемы со сном, апатию, чувство вины и одиночества (рис. 4).

При этом к специалистам по поводу этих переживаний обращался лишь небольшой процент матерей. Самые частые жалобы для обращений были на упадок сил (65 чел., 18%), проблемы со сном (58 чел., 16%) и раздражительность (43 чел., 12%). Абсолютному большинству респонденток не предлагали пройти диагностику ПРД ни во время беременности (320 чел., 89%), ни после родов (335 чел., 93%).

45% опрошенных (162 чел.) набрали 12 и более баллов по ЭШПД, что соответствует пороговому уровню предположительной ПРД, и еще 13% (47 чел.) набрали 7—11 баллов, то есть имели предпороговую стадию. Таким образом, частота предположительной ПРД в нашем исследовании составила $45,0 \pm 5,2\%$, предпороговая стадия имела место у $13,0 \pm 4,4\%$. Всего предположительная ПРД и предпороговые симптомы (ранняя стадия развития симптомов ПРД) имели место у $58,0 \pm 8,4\%$ опрошенных.

Выявлена статистически значимая связь между наличием симптомов ПРД и такими характеристиками как возраст ($\chi^2 = 12.45$, $p = 0.004$), социальный статус ($\chi^2 = 9.67$, $p = 0.01$), материальное положение ($\chi^2 = 10.34$, $p = 0.008$). Симптомы, предположительно свидетельствующие о ПРД, чаще отмечались у

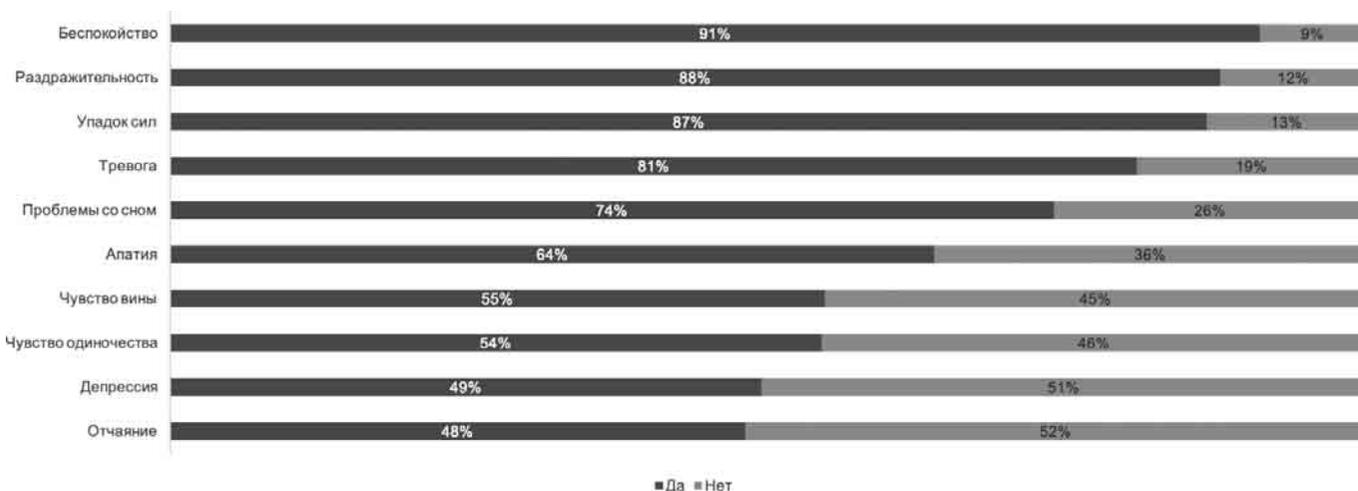


Рис. 4. Негативные переживания респонденток во время беременности или в первый год после родов.

молодых матерей, незамужних или разведенных, с низким уровнем дохода. По ОЗП (PHQ2) пороговое значение баллов набрали 263 человека (73,0 ± 8,2% опрошенных женщин). Симптомы, предположительно свидетельствующие о ПРД, чаще встречались у респонденток с неполным средним и неполным высшим образованием, а также с очень низким и низким уровнем дохода.

Обсуждение

Несмотря на рост интереса к проблеме ПРД в российском здравоохранении до сих пор не изучалась осведомленность женщин об этом заболевании. Скрининг на ПРД в РФ до настоящего времени не проводится, и отношение к скринингу, его приемлемость для женщин также не изучались.

В нашем исследовании мы выявили недостаточную осведомленность женщин о симптомах ПРД: об этом свидетельствует тот факт, что опрошенные считают нормальным после рождения ребенка ощущать постоянную усталость, иметь проблемы со сном, не видеть необходимости следить за своей внешностью и пр.

При этом распространенность симптомов, предположительно свидетельствующих о ПРД среди опрошенных, была достаточно высокой: 12 и более баллов по ЭШПД набрали 45% респонденток. Полученные нами результаты совпадают с данными других российских исследователей, выполненных в последние годы. Так, высокая вероятность ПРД, по данным С. В. Хабовской и др. (2024) [19], при опросе по ЭШПД наблюдалась у 45,2%. В исследовании Т. И. Картоевой и др. (2024) [20] 42% женщин — участниц исследования из Республики Ингушетия страдали выраженной формой ПРД, 28% были подвержены тяжелой форме ПРД и еще 15% имели пограничные состояния. В публикации А. Suarez и др. (2023) [21] приводятся сведения о 34,1%-ной распространенности ПРД, выявленной в онлайн-опросе, который проводился с использованием ЭШПД в 2020—2022 гг. среди женщин в РФ. Таким образом, вероятная частота ПРД у российских женщин в анализируемый период намного выше, чем предполагалось ранее и чем выявляется в зарубежных работах.

При планировании настоящего исследования мы столкнулись с разной интерпретацией пороговых значений опросников для оценки распространенности симптомов ПРД, в том числе ЭШПД. Для разных стран разное количество баллов обладают разной чувствительностью и специфичностью. Согласия среди отечественных исследователей также нет. Например, в работе М. В. Шаманиной [22] рекомендовано пороговым баллом для ПРД в опроснике ЭШПД считать 11, а в работе А. В. Голенкова [9] за пороговое значение приняты 12 баллов. Еще меньше согласия по поводу того, что считать за точку отсчета для предпороговых симптомов. Мы приняли за точки отсечения 7 и 12 баллов для предпороговой симптоматики и предположительной ПРД, соответственно (аналогично работе [9]).

При этом в других исследованиях даже при пороге в 8, 9, 10 или 11 баллов результаты оценки распространенности ПРД от нашего исследования отличаются незначительно. И в настоящей работе мы видим, что респонденток, набравших 5—11 баллов не много (всего 47 чел., 13%) по сравнению с теми, кто набрал 12 и более (162 чел., 45%). Таким образом, снижение порога до 11, 10 баллов и даже ниже не даст ощутимого увеличения распространенности.

Более высокая распространенность ПРД среди молодых женщин ранее отмечалась в некоторых отечественных исследованиях [19, 20]. Это наблюдение требует дальнейшего изучения для выявления причин.

К ограничениям нашего исследования можно отнести сбор анкет с использованием онлайн-панели, то есть опроса респондентов, которые заполняют анкеты на возмездной основе. Такие респонденты могут отвечать на вопросы механистически, а в выборку исходя из цели опроса с большей вероятностью могут попасть женщины, испытывающие интерес к ПРД из-за того, что сами сталкиваются с психологическими проблемами. Однако наши данные совпали с результатами других довольно крупных онлайн исследований с разными способами набора участников [23, 24], что позволяет считать полученные нами результаты достоверными. Также ответы на открытые вопросы анкеты показывают, что респондентки были довольно вовлеченными и отвечали заинтересованно.

В наш опросник не включались вопросы относительно здоровья матерей и детей, что может быть значимым фактором, влияющим на результат. В ряде исследований [13, 14, 25, 26] показано влияние таких факторов на развитие ПРД: распространенность ПРД в отдельных группах женщин с проблемами со здоровьем может достигать 60—80% [13, 14]. Однако в задачи нашего исследования определение связи между состоянием здоровья и риском ПРД не входило.

Выявленная взаимосвязь между симптомами ПРД и социальным, материальным положением, неоконченным образованием совпадает с наблюдениями зарубежных исследователей [27].

Заключение

У женщин в течение первого года после родов наблюдается высокая распространенность симптомов, предположительно свидетельствующих о ПРД. При недостаточной осведомленности о ПРД имеет место высокая готовность проходить скрининг на нее.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Kim J. H., Kim J. Y., Lee S., Lee S. et al. Environmental risk factors, protective factors, and biomarkers for postpartum depressive symptoms: an umbrella review. *Neurosci Biobehav.* 2022;(140):104761. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104761
2. Shorey S., Chee C. Y. I., Ng E. D., Chan Y. H. et al. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research.* 2018;(104):235—248. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2018.08.001

3. Корнетов Н. А. Послеродовая депрессия — центральная проблема охраны психического здоровья раннего материнства. *Бюллетень Сибирской медицины*. 2015;4(6):5—24.
4. Beck C. T. Predictors of postpartum depression. *Nurs Res*. 2014;2(50):75—85.
5. Soe N. N., Wen D. J., Poh J. S., Li Y. et al. Preand post-natal maternal depressive symptoms in relation with infant frontal function, connectivity, and behaviors. *Plos One*. 2016;11(4):89—91.
6. Letourneau N. L., Dennis C., Benzie K., Duffett-Leger L. et al. Postpartum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues Ment Health Nurs*. 2012;33(7):445—457.
7. O'Hara M. W., Neunaber D. J., Zekoski E. M. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *J. Abnorm. Psychol.* 1984;93(2):158—171.
8. Lee Y. L., Tien Y., Bai Y. S., Lin C. K. et al. Association of Postpartum Depression with Maternal Suicide: A Nationwide Population-Based Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):5118. DOI: 10.3390/ijerph19095118
9. Голенков, А.В., Гартфельдер Д. В., Филоненко А. В., Родионов В. А. Выявление послеродовой депрессии у женщин, имеющих малолетних детей, с использованием шкальных оценок. *Психическое здоровье*. 2016;11(126):53—57.
10. Cho H., Lee K., Choi E., Cho H. N. et al. Association between social support and postpartum depression. *Sci Rep*. 2022;12(1):3128. DOI: 10.1038/s41598-022-07248-7
11. Adeyemo E. O., Oluwole E. O., Kanma-Okafor O. J., Izuka O. M. et al. Prevalence and predictors of postpartum depression among postnatal women in Lagos, Nigeria. *Afr Health Sci*. 2020;20(4):1943—1954. DOI: 10.4314/ahs.v20i4.53
12. US Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med*. 2002;(136):760—4.
13. Мальгина Г. Б., Шафиева К. А., Шихова Е. П. Сверхранные преждевременные роды как предиктор послеродовой депрессии. *Акушерство и гинекология*. 2017;(2):39—44. DOI: 10.18565/aig.2017.2.39—44
14. Фоменко А. Н., Кожадей Е. В., Гречаный С. В. Послеродовые аффективные расстройства у женщин со здоровыми новорожденными и с детьми — пациентами отделения неонатальной помощи. *Прикладные информационные аспекты медицины*. 2018;21(2):173—183.
15. Cox J., Holden J., Henshaw C. Perinatal mental health: the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) manual. UK: The Royal College of Psychiatrists; 2014.
16. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. The Patient Health Questionnaire-2. Validity of a two-item depression screener. *Med Care*. 2003;(12):84—92.
17. Yakupova V. A. Validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale in a sample of Russian mothers. *Early Childhood Care and Education*. 2018;(43):676—679. DOI: 10.15405/epsbs.2018.07.89
18. Погосова Н. В., Довженко Т. В., Бабин А. Г., Курсаков А. А. и др. Русскоязычная версия опросников PHQ-2 и 9: чувствительность и специфичность при выявлении депрессии у пациентов общемедицинской амбулаторной практики. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014;13(3):18—24. DOI: 10.15829/1728-8800-2014-3-18-24
19. Хабовская С.В., Маврина Д. А., Салова А. Л. Послеродовая депрессия — эпидемия 21 века? *Актуальные вопросы медицинской науки*. 2024;1(2):217.
20. Картоева Т. И., Албогачиева А. А., Чаниева Д. Т. Послеродовая депрессия как угроза для молодой матери и новорожденного. Молодые исследователи — современной России: сборник статей VI Международной научно-практической конференции. 2024;83—93. DOI: 10.46916/14022024-3-978-5-00215-271-1
21. Suarez A., Shraibman L., Yakupova V. A. Long-term effects of maternal depression during postpartum and early parenthood period on child socioemotional development. *Children*. 2023;10(1718). DOI: 10.3390/children10101718
22. Шаманина, М.В., Мазо Г. Э. Опыт применения Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии у российских женщин. *Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева*. 2015;(1):74—82.
23. Yakupova V. A., Suarez A., Kharchenko A. Birth experience, postpartum PTSD and depression before and during the pandemic of COVID-19 in Russia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022;19(335). DOI: 10.3390/ijerph19010335
24. Yakupova V. A., Suarez A. A postpartum depression and birth experience in Russia. *Psychology in Russia: State of the Art*. 2021;14(1):28—38. DOI: 10.11621/pir.2021.0103
25. Мазо Г. Э., Шаманина М. В. Тревога и депрессия в послеродовом периоде у женщин с эндокринной и акушерско-гинекологической патологией. *Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии*. 2010;8(1):49—50.
26. Башинский А. Е., Гончарова Е. Н., Пишкина А. Ю. Депрессивные расстройства женщин в послеродовом периоде. *Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины*. 2018;105—106.
27. Hutchens B. F., Kearney J. Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. *J Midwifery Womens Health*. 2020;65(1):96—108. DOI: 10.1111/jmwh.13067

REFERENCES

1. Kim J. H., Kim J. Y., Lee S., Lee S. et al. Environmental risk factors, protective factors, and biomarkers for postpartum depressive symptoms: an umbrella review. *Neurosci Biobehav*. 2022;(140):104761. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104761
2. Shorey S., Chee C. Y.I, Ng E. D., Chan Y. H. et al. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2018;(104):235—248. DOI: 10.1016/j.jpsy-chires.2018.08.001
3. Kornetov N. A. Postpartum depression — the central problem of mental health of early motherhood. *Bulletin of Siberian Medicine. [Bjulleten' sibirskoj mediciny]*. 2015;4(6):5—24 (in Russian).
4. Beck C. T. Predictors of postpartum depression. *Nurs Res*. 2014;2(50):75—85.
5. Soe N. N., Wen D. J., Poh J. S., Li Y. et al. Preand post-natal maternal depressive symptoms in relation with infant frontal function, connectivity, and behaviors. *Plos One*. 2016;11(4):89—91.
6. Letourneau N. L., Dennis C., Benzie K., Duffett-Leger L. et al. Postpartum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues Ment Health Nurs*. 2012;33(7):445—457.
7. O'Hara M. W., Neunaber D. J., Zekoski E. M. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *J. Abnorm. Psychol.* 1984;93(2):158—171.
8. Lee Y. L., Tien Y., Bai Y. S., Lin C. K. et al. Association of Postpartum Depression with Maternal Suicide: A Nationwide Population-Based Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):5118. DOI: 10.3390/ijerph19095118
9. Golenkov A. V., Gartfelder D. V., Filonenko A. V., Rodionov V. A., Filonenko V. A. Detection of postnatal depression in women having children with use of scale estimates. *Mental health. [Psikhicheskoe zdorove]*. 2016;11(126):53—57 (in Russian).
10. Cho H., Lee K., Choi E., Cho H. N. et al. Association between social support and postpartum depression. *Sci Rep*. 2022;12(1):3128. DOI: 10.1038/s41598-022-07248-7
11. Adeyemo E. O., Oluwole E. O., Kanma-Okafor O. J., Izuka O. M. et al. Prevalence and predictors of postpartum depression among postnatal women in Lagos, Nigeria. *Afr Health Sci*. 2020;20(4):1943—1954. DOI: 10.4314/ahs.v20i4.53
12. US Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med*. 2002;(136):760—4.
13. Malgina G. B., Shafieva K. A., Shikhova E. P. Very early premature birth as a predictor of postpartum depression. *Obstetrics and Gynecology. [Akusherstvo i Ginekologiya]*. 2017;(2):39—44 (in Russian). DOI: 10.18565/aig.2017.2.39—44
14. Fomenko A. N., Kozhadey E. V., Grechanyi S. V. Postpartum affective disorders in women with healthy newborns and non-healthy child in the department of neonatal pathology. *Applied information aspects of medicine. [Prikladnye informatsionnye aspekty meditsiny]*. 2018;21(2):173—183 (in Russian).
15. Cox J., Holden J., Henshaw C. Perinatal mental health: the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) manual. UK: The Royal College of Psychiatrists; 2014.
16. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. The Patient Health Questionnaire-2. Validity of a two-item depression screener. *Med Care*. 2003;(12):84—92.
17. Yakupova V. A. Validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale in a sample of Russian mothers. *Early Childhood Care and Education*. 2018;(43):676—679. DOI: 10.15405/epsbs.2018.07.89
18. Pogosova N. V., Dovzhenko T. V., Babin A. G., Kursakov A. A., Vygodin V. A. Russian version of PHQ-2 and 9 questionnaires: sensitivity and specificity in detection of depression in outpatient general medical practice. *Cardiovascular Therapy and Prevention. [Kardiovaskularnaia terapiia i profilaktika]*. 2014;13(3):18—24 (in Russian). DOI: 10.15829/1728-8800-2014-3-18-24

19. Khabovskaya S. V., Mavrina D. A., Salova A. L. Postpartum depression — an epidemic of the 21st century? *Current issues in medical science. [Aktualnye voprosy meditsinskoj nauki]*. 2024;1(2):217 (in Russian).
20. Kartoeva T. I., Albogachieva A. A., Chanieva D. T. Postpartum depression as a threat to a young mother and newborn. Young researchers for modern Russia: collection of articles from the VI International Scientific and Practical Conference. 2024;83—93 (in Russian).
21. Suarez A., Shraibman L., Yakupova V. A. Long-term effects of maternal depression during postpartum and early parenthood period on child socioemotional development. *Children*. 2023;10(1718). DOI: 10.3390/children10101718
22. Shamanina, M.V., Mazo G. E. Experience of using the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Russian women. *Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V. M. Bekhterev. [Obozreniye psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V. M. Bekhtereva]*. 2015;(1):74—82 (in Russian).
23. Yakupova V. A., Suarez A., Kharchenko A. Birth experience, postpartum PTSD and depression before and during the pandemic of COVID-19 in Russia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022;19(335). DOI: 10.3390/ijerph19010335
24. Yakupova V. A., Suarez A. A postpartum depression and birth experience in Russia. *Psychology in Russia: State of the Art*. 2021;14(1):28—38. DOI: 10.11621/pir.2021.0103
25. Mazo G. E., Shamanina M. V. Anxiety and depression in the postpartum period in women with endocrine and obstetric-gynecological pathologies. *Reviews on clinical pharmacology and drug therapy. [Obzory po klinicheskoy farmakologii i lekarstvennoy terapii]*. 2010;8(1):49—50 (in Russian).
26. Bashinsky A. E., Goncharova E. N., Pishkina A. Yu. Depressive disorders of women in the postpartum period. *Actual problems of experimental and clinical medicine. [Aktualnye problemy eksperimental'noy i klinicheskoy meditsiny]*. 2018;105—106 (in Russian).
27. Hutchens B. F., Kearney J. Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. *J Midwifery Womens Health*. 2020;65(1):96—108. DOI: 10.1111/jmwh.13067

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

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

Статья поступила в редакцию 31.01.2025; одобрена после рецензирования 12.03.2025; принята к публикации 14.03.2025.
The article was submitted 31.01.2025; approved after reviewing 12.03.2025; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 911.373.3:614.21

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.012

Новая технология организации оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи жителям малочисленных сельских населенных пунктов

Татьяна Леонидовна Савинова¹, Наталья Александровна Денисова²,
Анатолий Владимирович Володин³

¹Министерство здравоохранения Оренбургской области, Оренбург, Российская Федерация;

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

^{1,2}ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация;

³ГАПОУ «Оренбургский областной медицинский колледж» Оренбург, Российская Федерация

¹minzdrav.orb.ru, <https://orcid.org/0009-0002-0430-7710>

²doctor_bajanova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2774-4072>

³avolodvl@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3840-6845>

Аннотация. Многофакторная негативная этиология медико-демографических показателей сельского населения хуже, чем городского. Предлагается новая организационная технология «Помощник фельдшера» в малых населенных пунктах, апробированная в Оренбургской области. Получены положительные результаты проекта: посещение маломобильных граждан увеличилось в 2,8 раза (с 237 человек в 2022 году до 836 в 2023 году), увеличилось число посещений к жителям в 2 раза.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, помощник фельдшера, доступность медицинской помощи, сельское население.

Для цитирования: Савинова Т. Л., Денисова Н. А., Володин А. В. Новая технология организации оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи жителям малочисленных сельских населенных пунктов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 78–83. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.012.

Original article

New technology for organizing primary pre-hospital health care to residents of small rural settlements

Tatyana L. Savinova¹, Natalya A. Denisova², Anatoly V. Volodin³

¹Ministry of Health of the Orenburg Region, Orenburg, Russian Federation;

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

^{1,2}Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Orenburg State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Orenburg, Russian Federation;

³GAPOU «Orenburg Regional Medical College», Orenburg, Russian Federation

¹minzdrav.orb.ru, <https://orcid.org/0009-0002-0430-7710>

²doctor_bajanova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2774-4072>

³avolodvl@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3840-6845>

Annotation. Multifactorial negative etiology of medical and demographic indicators of the rural population is worse than the urban one. A new organizational technology "Paramedic Assistant" is proposed in small settlements, tested in the Orenburg region. Positive results of the project were obtained: visits to people with limited mobility increased by 2.8 times (from 237 people in 2022 to 836 in 2023), and the number of visits to residents increased by 2 times.

Key words: primary health care, paramedic assistant, accessibility of medical care, rural population.

For citation: Savinova T. L., Denisova N. A., Volodin A. V. New technology for organizing the provision of primary pre-medical health care to residents of small rural settlements. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(1):78–83. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.012.

Введение

Председатель Правительства Российской Федерации Михаил Мишустин на заседании Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации сказал, что «Качественные медицинские услуги должны получать и жители удаленных населенных пунктов, малых городов, сел и районных цен-

тров, чтобы им не приходилось ехать десятки километров за консультацией или лечением. Важно обеспечить их территориальную доступность»¹.

¹Заседание Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://zdorovayarussia.ru/actual/mikhail-murashko-nesmotrya-na-sushchestvuyushchie-vyzovy-udalos-sokhranit-finansovuyu-ustoychivost-s/>

«Высокая смертность сельского населения, снижение рождаемости и низкий уровень здоровья жителей сельских территорий связаны с плохой доступностью медицинской помощи на селе» [1]. Медико-демографические показатели сельского населения всегда отличались от городского населения. [2]. Вместе с тем, за периоды реализации Федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения» 2019—2024 разрыв между городским и сельским населением в показателях смертности сократился до 1,1%.

Результаты изучения ожидаемой продолжительности жизни свидетельствуют о разнице сельского и городского населения. Так «ожидаемая продолжительность сельского населения за период 2018—2022 гг. была ниже, чем городского на 2—3 года (71,7 лет и 73,1 года соответственно). При этом ожидаемая продолжительность жизни женщин, как сельских, так и городских за последние годы незначительно увеличивается (77,1 года и 78,0 лет соответственно). У мужчин ожидаемая продолжительность жизни снизилась и составила для городских — 67,9 лет, для сельских — 66,7 лет» [3]. Показатель убедительно свидетельствует о многофакторной этиологии влияния.

Показатель ожидаемой продолжительности жизни убедительно свидетельствует о многофакторной этиологии влияния климато-географических особенностей территории, расселения [4], плотности населения, диспропорции в уровнях финансирования региональных систем здравоохранения из государственных источников [5]. Все это «обуславливает необходимость обеспечения доступности медицинской помощи вне зависимости от места проживания людей, в том числе путем использования выездных (передвижных) форм оказания медицинских услуг» [6]. Приближение к месту проживания, массовость, единовременный охват населенных пунктов осмотрами, регулярность в соответствии с планом-графиком (плановость), экономия времени населения (социальная эффективность), экономическая целесообразность для населения при использовании передвижных мобильных комплексов повышают уровень медицинской эффективности и профилактической направленности отечественного здравоохранения.

За 30-летний период (1991—2021 гг.) результаты исследований указывают, что «сельское население по данным официальной статистики сократилось более чем на 3,3 млн человек без учета присоединения Крыма. Естественная убыль составила 4,6 млн человек, миграционная убыль, если принять во внимание корректировки после трех переписей, то она составила 0,5 млн. человек» [7]. Исследования выделяют «факт административных преобразований (административно-территориальных и муниципально-территориальных), когда осуществляется перевод городских населенных пунктов в сельские и обратно. При этом жители из горожан стали сельчанами, не меняя места своего проживания. Преобразование городских населенных пунктов в сельские явно преобладало над преобразованием сельских населен-

ных пунктов в города. Эти преобразования в основном были оправданны, т. к. качество жизни во многих малых городах мало отличается от сельского, да и по облику эти поселения скорее напоминают сельские населенные пункты» [8, 9].

Оптимизационные сценарии с точки зрения экономической целесообразности при различных вариантах моделирования организации медицинской помощи сельским жителям указывают на затратный и сверхзатратный варианты использования ресурсов и не гарантируют высокий уровень ее доступности [10]. Это связано, безусловно, с указанными выше особенностями сельского быта и сельской местности, что демонстрируется в многочисленных исследованиях отечественных авторов, Гехт И. А. изучены вопросы здоровья одиноко живущих в сельской местности лиц старших возрастов, Светличной Т. Г. предложены пути совершенствования организации стационарной помощи в обозначенных территориальных условиях, Сергеевым И. П. описана организация консультативно-диагностической помощи сельскому населению, Гатиным Ф. Ф. уточнены региональные особенности сельского населения [11, 12], предложены социально-демографические и методические основы организации медицинской помощи сельскому населению [13]. Несмотря на существенный вклад ученых и организаторов здравоохранения сохраняются проблемы с доступностью первичной медико-санитарной помощи сельскому населению.

Цель исследования: «научно обосновать, разработать и апробировать организационную технологию обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи в малочисленных сельских населенных пунктах.

Материалы и методы исследования

Работа выполнялась в 3 этапа: 2021 год — разработка проекта; 2022 год — внедрение; 2023 — апробация, оценка результатов и тиражирование технологии. Исследование проводилось в Оренбургской области. Регион занимает третье место в структуре среди субъектов Приволжского Федерального округа по доли сельского населения. Численность населения на 1.01.2023 составила 1 841 310 человек. Удельный вес сельских жителей составляет 39%, что выше на 14%, чем в среднем по Российской Федерации (25%). Плотность населения ниже, чем в ПФО и составляет 16 жителей на км².

Особенностью региона является географическое расположение: протяженность области с запада на восток составляет 760 км, с севера на юг — 445 км. Общая протяженность границ составляет 3700 км. Площадь Оренбургской области 124 тысяч км² (0,7% от площади России). Для повышения доступности и принятия оперативных организационно-управленческих решений, связанных с локацией крупных медицинских организаций, область делится на 3 медицинских округа: западный, центральный, восточный.

Сельское население обслуживается в 25 районных и 13 участковых больницах, 129 врачебных ам-

булаториях и 912 фельдшерско-акушерских пунктах (далее — ФАП). Все медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь сельскому населению согласно плану, вошли в проект «Модернизация первичного звена здравоохранения Оренбургской области».

В исследовании были использованы аналитический метод, метод организационного эксперимента, ситуационного моделирования, методы интервьюирования и анкетирования.

Результаты собственного исследования

Проведенные нами ранее исследования позволили «с учетом моделей расселения сельского населения разработать критерии территориальной сложности фельдшерского участка, где использованы удаленность населенных пунктов от ФАП, количество направлений по удаленности населенного пункта от ФАП, разнонаправленность дорог от ФАП, попутность расположения населенных пунктов от ФАП относительно путей движения, количество малочисленных населенных пунктов (менее 10 человек), качество дорог». «Были предложены следующие типы (модели) расселения сельских жителей в зоне обслуживания ФАП: лучевой, радиусный, плечевой, линейный и локальный» [1]. Наиболее сложный для организации оказания медицинской помощи и обеспечения ее доступности является лучевой тип расселения. Когда «населенные пункты удалены от ФАП на разные расстояния и имеет более 2 направлений (от 3 до 30 км), имеют разнонаправленные радиусы (не попутные пути дорог), амплитуда разнонаправленных радиусов превышает 10 км, присутствуют малочисленные населенные пункты (менее 10 человек), присутствие бездорожья» [1].

Характеристика Оренбургской области представлена «1720 населенных пунктов, из них малых населенных пунктов составляет 1060 (62%). В них проживает 103 779 человек, которые составляют 5,6% от всего населения региона. С численностью населения от 1 до 100 человек проживает в 577 населенных пунктах, с численностью от 101 до 200 проживает в 312, с численностью от 201 до 300 жителей проживает в 147 населенных пунктах. Динамика за период

Распределение населенных пунктов в Оренбургской области по численности населения в показателе наглядности 2023 года к 2015 году

№ п/п	Численность населения, чел.	Количество населенных пунктов		Показатель 2023 к 2015
		2015	2023	
1.	0	102	116	+14
2.	1—100	503	577	+74
3.	101—200	289	312	+23
4.	201—300	180	147	-33
5.	301—900	451	416	-35
6.	901—1 500	100	65	-35
7.	1 501—2 000	32	16	-16
8.	2 001—5 000	27	31	+4
9.	5 001—10 000	17	19	+2
10.	10 001—50 000	15	17	+2
11.	50 001—100 000	3	2	-1
12.	более 100 000	2	2	0
Итого...		1 720	1 720	

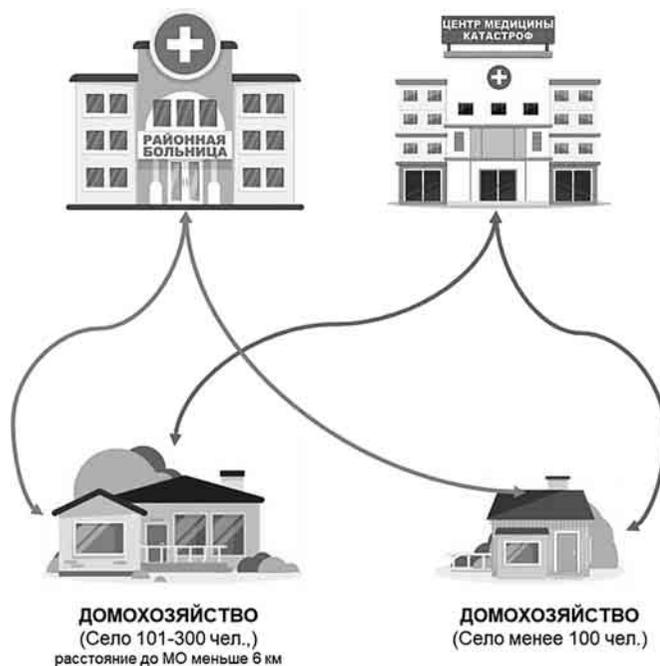


Рис. 1. Действующая модель организации медицинской помощи в малочисленных населенных пунктах по принципу домовых хозяйств.

2015—2023 гг. демонстрирует рост числа малочисленных населенных пунктов в большей степени с численностью от 101 до 200 человек (+74 населенных пункта)» (Таблица).

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (с изм. и доп.) в пункте 11 регулирует организацию первичной медико-санитарной помощи в малочисленных населенных пунктах: «В малочисленных населенных пунктах с числом жителей менее 100 человек, в том числе временных (сезонных), находящихся на значительном удалении от медицинских организаций или их структурных подразделений (более 6 км), медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу, на территории обслуживания которых расположены такие населенные пункты, осуществляют организацию оказания первой помощи населению до прибытия медицинских работников при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью с привлечением одного из домовых хозяйств (домовые хозяйства, оказывающие первую помощь, создаются из расчета не менее 1 домового хозяйства на каждый населенный пункт)»². Ограниченное применение на практике п.11 приказа Минздрава РФ от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» в малых

² Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»

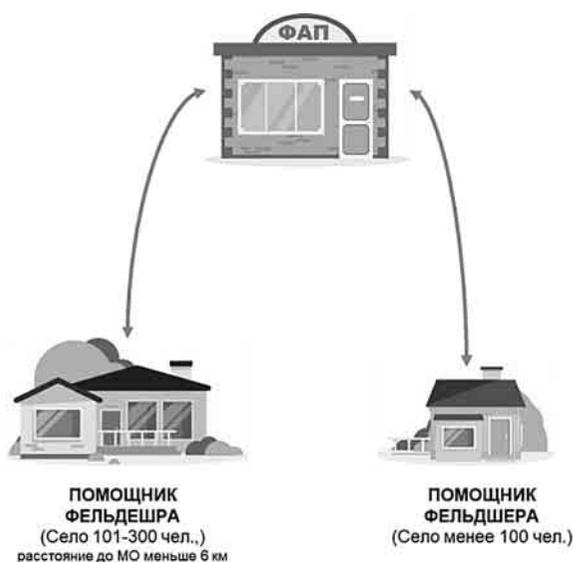


Рис. 2. Новая модель организации медицинской помощи в малочисленных населенных пунктах «Помощник фельдшера»

населенных пунктах в связи с социально-экономическим и организационно-медицинскими трудностями в работе домашних хозяйств, а именно: безвозмездность характера работы домашнего хозяйства, отсутствие ответственности за состояние здоровья населения, недостаточные навыки в медицинских услугах, действующий принцип оказания помощи только при неотложных и экстренных состояниях (Рисунок 1).

Нами предлагается новая организационная технология, которую мы назвали на этапе разработки проект «Помощник фельдшера». Проживание преимущественно одиноких и пожилых людей в малых населенных пунктах, число которых увеличивается с каждым годом. Для одиноких и пожилых, а также маломобильных жителей сел возрастает потребность в постоянной коммуникации с медицинским работником. Более того, в реализации проекта «Помощник фельдшера» определена возмездность, плановость, ответственность, грамотность, вовлеченность работающего специалиста (Рисунок 2).

При поддержке Губернатора Оренбургской области, разработка проекта начата с разработки правовых оснований внедрения новой технологии организации первичной доврачебной медико-санитарной помощи в малых населенных пунктах. Потребовалась модернизация программы профессионального обучения «Младшая медицинская сестра по уходу за больными».

На следующем этапе осуществлялся подбор кандидатов из жителей малых населенных пунктов на должность помощника фельдшера и дальнейшая профессиональная подготовка кандидатов на базе ГАПОУ «Оренбургский областной медицинский колледж».

Было организовано локальное рабочее место «помощника фельдшера». После обучения помощники фельдшеров были трудоустроены в медицинские организации и закреплены за фельдшером.

На этапе апробации внедрения должности осуществлялся мониторинг, хронометраж и оценка деятельности. А также предусматривалась обратная связь с населением по работе помощника фельдшера.

Профессиональная подготовка в рамках проекта осуществлялась без ограничения возраста, наличие среднего общего образования, постоянное проживание в малочисленном населенном пункте и поддержка кандидатуры стороны населения. Срок обучения составил 288 академических часов. Программа обучения включала дистанционная теоретическая подготовка, симуляционный курс и итоговую аттестацию. По окончании обучения выдается свидетельство о профессии — «Младшая медицинская сестра по уходу за больными». При первом наборе получили новую профессию 23 человека. В функциональные обязанности «помощника фельдшера» входит: патронаж на дому, выполнение мероприятий в рамках первого этапа диспансеризации и ПМО (анкетирование, антропометрия, измерение артериального давления и т. д.), доставка и контроль приема лекарственных препаратов, уход за маломобильными и лежачими больными, выполнение простых медицинских услуг в рамках своей компетенции, взаимодействие с фельдшером ФАП и скорой медицинской помощи.

На этапе апробации проекта нами получен медико-социальный портрет помощника фельдшера по данным интервьюирования участников проекта: женский пол, средний возраст 42 года, не замужем, воспитывает 2 детей, со средним образованием, проживает в обслуживаемом населенном пункте, основной доход получает от ведения личного хозяйства; без вредных привычек, имеется 1—2 хронических заболевания; приверженность к здоровому образу жизни, ориентированность на повышение социального статуса, заинтересованность в доходе, общительность, сдержанность, стрессоустойчивость, ответственность.

Нами получены положительные результаты проекта: ежедневная курация маломобильных граждан увеличилась в 2,8 раза (с 237 человек в 2022 году до 836 в 2023 году), в 1,9 раз увеличилось наблюдение за немобильными пациентами в рамках длительного ухода за лежачими больными (с 56 человек в 2022 году до 108 в 2023 году). Увеличилось число посещений к жителям малых населенных пунктов в 2 раза. Так, количество посещений фельдшером жителей малых населенных пунктов до реализации проекта (2021 год) составляло 21 356 посещений, то в период реализации 2022—2023 гг. 26 511 и 44 036 посещений соответственно. Уменьшилось число вызовов скорой медицинской помощи на 35% в малых населенных пунктах, где реализуется проект.

Нами проведено анкетирование в июле 2023 г. 745 респондентов, проживающих в малых населенных пунктах, где реализуется проект. Среди опрошенных жителей 96% отметили повышение доступности медицинской помощи. Респонденты отмечали частоту посещения помощника фельдшера: 29% отметили посещение один раз в месяц; 28% — один

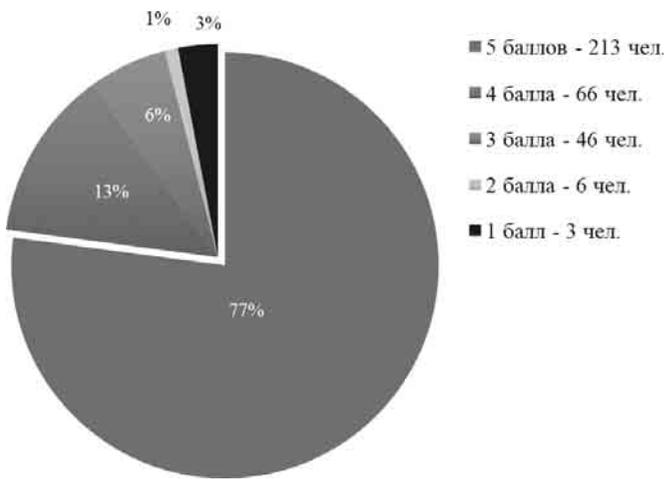


Рис. 3. Результаты анкетирования жителей малых населенных пунктов удовлетворенности качеством медицинской помощи по 5-ти бальной шкале.

раз в неделю; 27% — один раз в три дня и 16% один раз в день. По результатам анкетирования 77% респондентов высоко оценили качество медицинской помощи (Рисунок 3).

Обсуждение

Низкая плотность, рассредоточение населенных пунктов на большом расстоянии друг от друга (максимальное расстояние — 80 км.) и значительным числом малочисленных сел (с численностью менее 300 человек — 70% населенных пунктов — свыше 1000 сел) с проживанием одиноких, пожилых и маломобильных пациентов формирует приспособительный принцип организации медицинской помощи, адаптировав его к месту проживания. Безусловно, требуется дальнейшая корректировка функциональных обязанностей «помощника фельдшера» в соответствии с требованиями профессионального стандарта и потребностями обслуживаемого населения, а также возможность использования и тиражирования в другие территории с оценкой эффективности реализации.

На этапе реализации проекта внесено изменение в Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 г. № 205н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» в пункт 12 «Должности младшего медицинского персонала»: 12.1. Младшая медицинская сестра. Приказ вступил в силу с 1 сентября 2023 г.

Заключение

Итогами реализации проекта являются положительные оправданные социальные, медицинский и экономический эффекты: увеличение продолжительности жизни в малых населенных пунктах, социальная доступность в малых населенных пунктах, повышение доверия сельского населения к медицинскому сообществу, улучшение качества жизни сельского населения, положительное влияние на «ментальное здоровье» населения, повышение информационной доступности в части организации

медицинской помощи, уменьшение транспортных расходов, связанные с поездкой в медицинские организации, повышение занятости в малых населенных пунктах, сглаживание интенсивности процессов урбанизации в регионе.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Калининская А. А., Баянова Н. А. Научное обоснование оценки территориальной доступности первичной врачебной медико-санитарной помощи сельскому населению. *Казанский медицинский журнал*. 2020;101(6):890—6. DOI: 10.17816/KMJ2020-890
2. Калининская А. А., Баянова Н. А., Кизеев М. В., Балзамова Л. А. Оценка предотвратимых потерь здоровья сельского населения. *Менеджер здравоохранения*. 2022;(3):30—35. DOI: 10.21045/1811-0185-2022-3-30-36
3. Калининская А. А., Лазарев А. В., Шляфер С. И., Балзамова Л. А., Смирнов А. А. Стратегические задачи противодействия рискам здоровья населению села. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2024;(4):25—31. DOI: 10.69541/NRIPH.2024.04.004
4. Калининская А. А., Баянова Н. А. Методология оценки территориальной доступности первичной медико-санитарной помощи сельскому населению. Оренбург; 2018.
5. Улумбекова Г. Э. и др. Финансирование здравоохранения в России (2021—2024 гг.). Факты и предложения. *ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2019;18(4):50—63.
6. Перхов В. И., Каприн Д. А. Ресурсы и результаты организации работы передвижных подразделений медицинских организаций. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2024;(4):63—70. DOI: 10.69541/NRIPH.2024.04.010
7. Демографические ежегодники России 2002, 2005, 2009, 2021 гг., Статистические бюллетени «Численность и миграция населения Российской Федерации в 1993—2022 гг.»
8. Зубаревич Н. В. Трансформация сельского расселения и сети услуг в сельской местности. *Известия РАН. Серия географическая*. 2013;(3):26—38.
9. Карцева М. А., Мкртчян Н. В., Флоринская Ю. Ф. Сельско-городская миграция в современной России через призму количественного и качественного анализа. *Крестьяноведение*. 2024;9(2):153—179. DOI: 10.22394/2500-1809-2024-9-2-153-179
10. Баянова Н. А., Калининская А. А., Зверев А. Ф., Екимов А. К. Экономическое обоснование оптимизационных сценариев организации первичной медико-санитарной помощи сельскому населению. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2018;(1):22—27.
11. Равдугина Т. Г. Особенности развития сельского здравоохранения в Омской области. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2002;(1):26—28.
12. Суслин С. А. Организация медицинской помощи сельскому населению Самарской области. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2004;(5):50—52.
13. Калининская А. А., Баянова Н. А. Научное обоснование территориальной доступности первичной доврачебной медико-санитарной помощи сельскому населению, проживающему на территории обслуживания фельдшерско-акушерских пунктов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(5):328—333. DOI: 10.32687/0869-866X-2018-26-5-328-332

REFERENCES

1. Kalinskaya A. A., Bayanova N. A. Scientific rationale for assessing the territorial accessibility of primary medical care to the rural population. *Kazan Medical Journal. [Kazanskiy meditsinskiy zhurnal]*. 2020;101(6):890—6 (in Russian). DOI: 10.17816/KMJ2020-890
2. Kalinskaya A. A., Bayanova N. A., Kizeev M. V., Balzamova L. A. Assessment of preventable health losses of the rural population. *Healthcare manager. [Menedzher zdravookhraneniya]*. 2022;(3):30—35 (in Russian). DOI: 10.21045/1811-0185-2022-3-30-36
3. Kalinskaya A. A., Lazarev A. V., Shlyfer S. I., Balzamova L. A., Smirnov A. A. Strategic objectives of countering health risks for

- the rural population. *Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N. A. Semashko*. [Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]. 2024;(4):25—31 (in Russian). DOI: 10.69541/NRIPH.2024.04.004
4. Kalininskaya A. A., Bayanova N. A. Methodology for assessing the territorial accessibility of primary health care for the rural population. Orenburg; 2018.
 5. Ulumbekova G. E. et al. Health care financing in Russia (2021—2024). Facts and proposals. *ORGZDRAV: News. Opinions. Education. VSHOUZ Bulletin*. [ORGZDRAV: Novosti. Mneniya. Obuchenie. Vestnik VSHOUZ]. 2019;18(4):50—63 (in Russian).
 6. Perkhov V. I., Kaprin D. A. Resources and results of organizing the work of mobile units of medical organizations. *Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N. A. Semashko*. [Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]. 2024;(4):63—70 (in Russian). DOI: 10.69541/NRIPH.2024.04.010
 7. Demographic yearbooks of Russia 2002, 2005, 2009, 2021, Statistical bulletins "Number and migration of the population of the Russian Federation in 1993—2022."
 8. Zubarevich N. V. Transformation of rural settlement and network of services in rural areas. *Izvestia RAS. Geographical series*. [Izvestiya RAN. Seriya geograficheskaya]. 2013;(3):26—38 (in Russian).
 9. Kartseva M. A., Mkrtchyan N. V., Florinskaya Yu. F. Rural-urban migration in modern Russia through the prism of quantitative and qualitative analysis. *Peasant Studies*. [Krest'yanovedenie]. 2024;9(2):153—179 (in Russian). DOI: 10.22394/2500-1809-2024-9-2-153-179
 10. Bayanova N. A., Kalininskaya A. A., Zverev A. F., Ekimov A. K. Economic justification for optimization scenarios for organizing primary health care for the rural population. *Public health and healthcare*. [Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhraneniye]. 2018;(1):22—27 (in Russian).
 11. Ravdugina T. G. Features of the development of rural healthcare in the Omsk region. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]. 2002;(1):26—28 (in Russian).
 12. Suslin S. A. Organization of medical care for the rural population of the Samara region. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]. 2004;(5):50—52 (in Russian).
 13. Kalininskaya A. A., Bayanova N. A. Scientific justification for the territorial accessibility of primary pre-medical health care to the rural population living in the service area of paramedic and obstetric stations. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]. 2018;26(5):328—333 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2018-26-5-328-332

Вклад авторов: Савинова Т. Л. — концепция и дизайн исследования. Денисова Н. А. — обзор литературы, подготовка рукописи. Володин А. В. — сбор данных, анализ и интерпретация результатов.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: Savinova T. L. — concept and design of the study. Denisova N. A. — literature review, manuscript preparation. Volodin A. V. — data collection, analysis and interpretation of results.

Conflicts of interests: The authors declare that they have no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 03.03.2025; одобрена после рецензирования 06.03.2025; принята к публикации 14.03.2025.

The article was submitted 03.03.2025; approved after reviewing 06.03.2025; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.013

К вопросу актуальности повышения эффективности проводимой лабораторной диагностики и совершенствование подходов к организации медицинской помощи населению по профилю «урология» в преодолении бесплодия

Артур Александрович Вальвачев¹, Александр Анатольевич Пранович²,
Олег Анатольевич Лузанов³✉

¹ООО «А-МЕД», 119330, г. Москва, Российская Федерация;

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А. В. Вишневского»
Минздрава России, 117997, г. Москва, Российская Федерация;

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

¹uro-eko@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0009-6674-0902>

²alex.pr76@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6034-9269>

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

Аннотация: В статье рассмотрены наиболее часто встречающиеся ошибки на разных этапах лабораторной диагностики фертильности у мужчин, а также приведены примеры, где требуется особое внимание урологов-андрологов к существующей проблеме. Уделяя должное внимание к данной проблеме на всех диагностических этапах и учитывая все дополнительные факторы, способствующие возникновению ошибок, можно избежать или существенно снизить негативные последствия для пациентов, тем самым повысить качество и безопасность медицинской деятельности, в частности урологической помощи мужчинам, находящимся под угрозой бесплодия.

Ключевые слова: лабораторные ошибки, мужское бесплодие, национальные проекты, демография, качество и безопасность медицинской деятельности

Для цитирования: Вальвачев А. А., Пранович А. А., Лузанов О. А. К вопросу актуальности повышения эффективности проводимой лабораторной диагностики и совершенствование подходов к организации медицинской помощи населению по профилю «урология» в преодолении бесплодия // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 84—88. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.013.

Original article

On the issue of the relevance of increasing the efficiency of laboratory diagnostics and improving approaches to organizing medical care for the population in the field of «urology» in overcoming infertility

Artur A. Valvachev¹, Alexandr A. Pranovich², Oleg A. Luzanov³✉

¹A-MED Clinic, Moscow, Russian Federation;

²A. V. Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery, Moscow, Russian Federation;

³N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation

¹uro-eko@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0009-6674-0902>

²alex.pr76@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6034-9269>

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

Annotation: The article discusses the most common errors at different stages of laboratory diagnostics of male fertility, and also provides examples where special attention of urologists-andrologists to the existing problem is required. By paying due attention to this problem at all diagnostic stages and taking into account all additional factors that contribute to the occurrence of errors, it is possible to avoid or significantly reduce negative consequences for patients, thereby improving the quality and safety of medical activities, in particular urological care for men at risk of infertility.

Key words: laboratory errors, male infertility, national projects, demography, quality and safety of medical activities

For citation: Valvachev A. A., Pranovich A. A., Luzanov O. A. On the issue of the relevance of increasing the efficiency of laboratory diagnostics and improving approaches to organizing medical care for the population in the field of «urology» in overcoming infertility. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2025;(1):84–88. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.013.

Цель исследования. Повышение эффективности лабораторной диагностики и совершенствование подходов к организации медицинской помощи населению по профилю «урология» в преодолении бесплодия.

В соответствии с паспортом национального проекта «Демография», утвержденным Президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 24.12.2018 г. № 16), одним из целевых показателей проекта является увеличение суммарного коэффициента рождаемости (до 1.7 детей на 1 женщину)¹. Сроки реализации национального проекта были установлены с 01.01.2019 по 31.12.2024 гг. Поскольку, одним из важнейших факторов, влияющих на рождаемость, является мужское репродуктивное здоровье, то следует уделять должное внимание проблемам мужской фертильности.

Повышение качества и безопасности медицинской деятельности являются одними из наиболее важных задач в современном здравоохранении [1], в частности в такой области медицины, как андрология.

Ошибки, которые возникают в процессе лабораторной диагностики, однозначно воспринимать как сугубо неизбежные нельзя, напротив, следует искать новые возможности по их сокращению и продолжать совершенствовать технологии в данной области [2].

Для реализации поставленной цели с технической стороны создаются аппаратные платформы, обеспечивающие необходимый диапазон производительностей для потоков анализов разного объема, достижения максимальных всевозможных характеристик электромеханического оборудования нового поколения (комплексов автоматизированной микроскопии) [3].

Осуществление надлежащего контроля на преаналитическом и постаналитическом этапах диагностики представляет собой неотъемлемую часть, напрямую влияющую на качество лабораторного обслуживания [4].

Основной задачей лабораторной диагностики является предоставление своевременной и полной информации о состоянии пациента, что непосредственно влияет на постановку правильного диагноза и назначение требуемого лечения врачом-клиницистом. Однако, большинство лечащих врачей ошибочно предполагают, что не имеют какого-либо влияния на качество обследований и полученных результатов лабораторных исследований.

Безусловно, существует совокупность факторов, оказывающих значительное влияние на качество проводимых лабораторных исследований. В свою очередь, врачи-клиницисты, а также средний медицинский персонал, должны четко понимать, что качество проводимых лабораторных исследований на-

ходится в том числе в их профессиональной компетенции, так как без этого получить качественные результаты исследований не представляется возможным. Безопасность пациента, в частности, клиническая безопасность, заключается в своевременно проводимом выявлении патологического процесса в организме и использовании современных адекватных методов лечения, где также учитываются минимальные побочные действия. Благодаря чему, наблюдается положительная динамика и наступает улучшение состояния пациента. [5].

Осуществление надлежащего контроля деятельности лабораторной службы в медицинской организации должно строго отвечать установленным нормативно-правовым актам. Данный процесс четко регламентирован Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», где в п.14 указано, что медицинская организация должна обеспечивать следующие мероприятия: «организация безопасной деятельности клиничко-диагностической лаборатории (отделения), наличие системы идентификации образцов и прослеживаемости результатов»².

По данным некоторых авторов, до 70% клинических решений по установлению диагноза принимаются на основе полученных результатов лабораторных исследований [6—8].

В своей публикации профессор Меньшиков В. В. отмечает, что в процессе диагностического поиска (от назначения лабораторного исследования до получения результатов анализа) существует определенная этапность, перед участниками которой поставлена задача с минимальными изменениями, необходимыми для проведения исследования, отразить с наибольшей точностью в полученных биологических материалах все содержание и свойства для верной интерпретации полученных результатов с целью дальнейшей постановки правильного клинического диагноза.

По возникающим вопросам касательно мужской фертильности, пациенты обращаются за помощью к урологу-андрологу в следующих случаях:

1. При планировании беременности (узнать о возможных рисках и по возможности максимально свести их к минимуму);
2. В семейной паре беременность не наступает до 1 года;
3. Бесплодный брак (пара активно пытается зачать ребёнка в течение 1 года и более безрезультатно).

В вышеперечисленных случаях пара направляется на обследование. Женщина — к гинекологу, а обследование мужчины всегда должно начинаться со спермограммы, что даст возможность выявить от-

¹Паспорт национального проекта «Демография», утвержденный Президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 24.12.2018 г. № 16). Available at: <http://government.ru/info/35559/>

²Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74610282/?ysclid=m00xkf3a6p332652882>

клонения в показателях на раннем этапе и обнаружить (предотвратить по возможности) причину угрожающего бесплодия, а также без потери времени провести коррекцию выявленных отклонений.

С целью достижения максимальных результатов на диагностическом этапе, где подразумевается получение истинных показателей спермиологических исследований, от которых будет зависеть успех в лечении, необходимо прикладывать все возможные усилия, в том числе проведение надлежащего внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, чтобы избежать ложных показателей и не продолжать бессмысленные диагностические поиски, а также напрасное лечение здорового пациента в дальнейшем. В свою очередь, данные мероприятия позволят экономить не только человеческие ресурсы, но и материальные, так как любые исследования совершаются либо за счет средств бюджетов, средств обязательного медицинского страхования или же за счет личных средств граждан.

Следует отметить, проведение лабораторных исследований делится на 3 этапа:

1. Преаналитический (назначение исследования, взятие биоматериала, хранение и транспортировка непосредственно к лаборатории);

2. Аналитический (идентификация биоматериала, применение технологий исследования биоматериалов с использованием необходимых реагентов и оборудования, получение качественного или количественного результата исследования);

3. Постаналитический (оценка результатов проведенного исследования и его нозологическая интерпретация соответствующими специалистами).

Подавляющее большинство ошибок возникает на преаналитическом этапе (46 — 68% от общего количества) [9—10].

Причины, по которым данные ошибки возникают, могут быть следующие: неправильная подготовка и взятие анализа, нарушение условий и сроков транспортировки биоматериала.

Даже незначительные на первый взгляд ошибки на преаналитическом этапе могут привести к искажению полученных результатов вне зависимости от строгого выполнения лабораторией всех своих обязательств.

Правильным выполнением преаналитического этапа диагностики мужского биоматериала (эякулята) является своевременность доставки. Пациенту необходимо убедиться, происходит ли отправка при помощи курьера в лабораторный комплекс или же выполняется в медицинской организации, где непосредственно осуществлялся забор биоматериала. Здесь основная рекомендация состоит в том, что при транспортировке до лабораторного комплекса могут произойти различные непредвиденные события, негативно влияющие на дальнейшую интерпретацию полученного результата анализа, следовательно, пациенту предпочтительнее сдавать биоматериал в той медицинской организации, где забор и лабораторное исследование полученного биоматериала сосредоточено в непосредственной близости

(лабораторный комплекс расположен на территории медицинской организации).

Пример 1.

Мужчина 29 лет проходит обследование по поводу бесплодия в браке. Сдает спермограмму на исследование в филиале одной из частных медицинских организаций г. Москвы, где «на месте» исследование полученного биоматериала не выполняется, а биоматериал доставляется курьером в лабораторный комплекс.

Учитывая, что на доставку до лабораторного комплекса уходит не менее 1 часа, не представляется возможным правильно определить время разжижения эякулята и его консистенцию. Также, по этой причине может быть занижена подвижность сперматозоидов от истинных значений. После получения результатов лабораторного исследования, в заключении лаборатории зафиксирован 1% прогрессивно-подвижных при нормальном количестве сперматозоидов. Далее спустя 4 дня полового покоя пациент был направлен в другую медицинскую организацию, где лабораторное исследование (аналогично спермограмму) было выполнено в непосредственной близости к лабораторному комплексу, так как он находится на территории медицинской организации. В результате в другом заключении было установлено 49% прогрессивно-подвижных сперматозоидов, при этом показатели по морфологии в обоих случаях были в норме, то есть не менее 4% по Крюгеру.

Следует отметить, что половой покой перед сдачей эякулята должен быть не менее 3-х дней, а лучше 4—5 дней, что необходимо для наполнения сперматозоидами семенных пузырьков [11—12], в противном случае это может негативным образом сказаться на показателях. Также, не стоит пренебрегать еще одним правилом — перед спермограммой за неделю не стоит злоупотреблять алкоголем, что чревато искажением полученных результатов. Другими событиями, негативно влияющими на результат, могут быть посещение сауны или усиленные тренировки в спортивном зале.

Пренебрежение правилами личной гигиены также увеличит риски получения недостоверных результатов. Кроме того, о других немаловажных аспектах сбора материала необходимо получить информацию у лечащего врача, так как кажущиеся на первый взгляд незначительными, эти требующие уточнения детали напрямую влияют на качество урологической помощи.

На этапе тестирования (аналитический этап) число ошибок колеблется в диапазоне от 0,1% до 3,0% [13].

С целью недопущения и минимизации ошибок на аналитическом этапе, необходимы следующие меры:

1. Четко организованная функциональная модель лаборатории, включающая в себя удобную для лабораторных исследований планировку помещений и надлежащий температурный режим;

2. Соблюдение требований по уходу за оборудованием;

3. Исключение повторного использования пипеток, наконечников;

4. Обеспечение надлежащего внутреннего контроля качества.

В частности, мужчинам с диагностической целью рекомендовано выполнять спермограмму согласно руководству³ ВОЗ в соответствии со строгими критериями Крюгера.

Пример 2.

Обследовавшийся мужчина по вопросу фертильности сдал необходимый анализ в одной из лабораторий и получил результат, где показатель морфологии по Крюгеру составил 5%. Однако, в связи с вопросами к лаборатории, описанными в первом примере, пациенту было рекомендовано пересдать анализ через 4 дня в экспертной спермиологической лаборатории, где в заключении показатель составил 11% по строгим критериям Крюгера.

На постаналитическом (делится на внутрिलाбораторный и внелабораторный) этапе происходит получение результата проведенного лабораторного исследования и выбор тактики лечения в случае необходимости.

Непосредственно внутри лаборатории специалисты после получения данных формируют их отправку и обеспечивают их дальнейшую передачу в виде лабораторного бланка. Вне лаборатории специалисты-клиницисты проводят интерпретацию полученных результатов лабораторного исследования и принимают решение о дальнейшем лечении пациента, если это требуется.

Момент является очень важным на данном этапе, так как неверная интерпретация полученного результата лабораторного тестирования, включая также неинформированность пациентов о клинически значимых аномальных результатах, является достаточно распространенным явлением, приблизительно 1:14 случаев. [14], что существенно влияет на качество оказания медицинской помощи, в частности по профилю «урология».

Таким образом, от соблюдения вышеперечисленных мероприятий и осуществления надлежащего внутреннего контроля в медицинских организациях напрямую зависит качество лабораторных исследований, что в свою очередь позволяет не только эффективно помочь пациенту или не лечить здорового, но и способствует сохранению мужского репродуктивного здоровья.

Глобально, мужское бесплодие является серьезной проблемой XXIII века и занимает последнее место среди актуальных медицинских проблем, поскольку отсутствие беременности в течение 1 года встречается у 15% супружеских пар [15—16] и современная социально-экономическая среда требует оптимизации демографических процессов, поддержки здоровья семьи и качества жизни различных возрастных групп населения [17—18].

Выводы

1. Повышение эффективности проводимой лабораторной диагностики мужской фертильности и совершенствование подходов к организации медицинской помощи населению по профилю «урология» является важным вопросом в части преодоления мужского бесплодия;
2. Надлежащее выполнение своих обязанностей специалистами на всех этапах проводимой лабораторной диагностики поможет избежать не только «лечения здоровых» пациентов, но и демографических проблем, что в масштабах страны будет оказывать непосредственное влияние на рождаемость;
3. Необходимо продолжение разработки новых и совершенствование существующих программ, направленных на повышение репродуктивного здоровья и здорового образа жизни мужского населения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Bonini P., Plebani M., Ceriotti F., Rubboli F. Errors in laboratory medicine. *Clin Chem.* 2002;(48):691—8.
2. Hammerling J. A., A Review of Medical Errors in Laboratory Diagnostics and Where We Are Today. *Laboratory Medicine.* 2012;43(2):41—44.
3. Кузнецова М. А., Кузнецова К. Ю., Асланова М. М. Современные системы автоматизированной микроскопии в лабораторной диагностике паразитарных болезней. Кооперация науки и производства: модели, системы, технологии: сборник статей по итогам Международной научно-практической конференции. Калуга; 2020.
4. Lippi G., Dimundic A. M., Mattiuzzi C. Overview on patient safety in healthcare and laboratory diagnostics. *Biochemia Medica.* 2010;(20):131—143.
5. Меньшиков В. В. Клиническая безопасность пациента и достоверность лабораторной информации (лекция). *Клиническая лабораторная диагностика.* 2013;(6):29—36.
6. Jordan B., Mitchell C., Anderson A., Farkas N., Batrla R. The Clinical and Health Economic Value of Clinical Laboratory Diagnostics. *EJIFCC.* 2015;26(1):47—62.
7. Wians F. H. Clinical Laboratory Tests: Which, Why, and What Do The Results Mean? *Laboratory Medicine.* 2009;40(2):105—113.
8. Бражникова О. В., Гавеля Н. В., Майкова И. Д. Типичные ошибки на преаналитическом этапе проведения лабораторных исследований. *Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum.* 2017;(4):84—90.
9. Мошкин А., Долгов В. Обеспечение качества в клинической лабораторной диагностике. М.; 2004.
10. Plebani M. Laboratory errors: How to improve pre- and post-analytical phases? *Biochem Med.* 2007;(17):5—9.
11. Levitas E., Lunenfeld E., Weiss N., et al. Relationship between the duration of sexual abstinence and semen quality: analysis of 9,489 semen samples. *Fertil Steril.* 2005;83(6):1680—6.
12. Elzanaty S., Malm J., Giwercman A. Duration of sexual abstinence: epididymal and accessory sex gland secretions and their relationship to sperm motility. *Hum Reprod.* 2005;20(1):221—5.
13. Lippi G., Plebani M., Simundic A. M. Quality in laboratory diagnostics: From theory to practice. *Biochem Med.* 2010;(20):126—130.
14. Laposata M., Dighe A. 'Pre-pre' and 'post-post' analytic error: high incidence patient safety hazards involving the clinical laboratory. *Clin Chem Lab Med.* 2007;(45):712—9.
15. Гамидов С. И., Иремашвили В. В., Тхагопсоева П. А. Терапия нарушения фертильности у мужчин: перспективные результаты европейских исследований. *Эффективная фармакотерапия в урологии.* 2009;(2):26—30.
16. Fraczek M., Kurpisz M. Mechanisms of the harmful effects of bacterial semen infection on ejaculated human spermatozoa: potential inflammatory markers in semen. *Folia Histochem Cytobiol.* 2015;53(3):201—17. DOI: 10.5603/fhc.a2015.0019
17. А. А. Новик, Т. И. Ионова. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.; 2007.

³ WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen. 2021. Available at: <https://www.who.int/publications/b/59107>

18. Лучкевич В. С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением. СПб.; 2005.

REFERENCES

1. Bonini P, Plebani M., Ceriotti F., Rubboli F. Errors in laboratory medicine. *Clin Chem.* 2002;(48):691—8.
2. Hammerling J. A., A Review of Medical Errors in Laboratory Diagnostics and Where We Are Today. *Laboratory Medicine.* 2012;43(2):41—44.
3. Kuznetsova M. A., Kuznetsova K. Y., Aslanova M. M. Modern automated microscopy systems in the laboratory diagnosis of parasitic diseases. Cooperation of science and production: models, systems, technologies: a collection of articles based on the results of the International Scientific and Practical Conference. Kaluga; 2020 (in Russian).
4. Lippi G., Dimundic A. M., Mattiuzzi C. Overview on patient safety in healthcare and laboratory diagnostics. *Biochemia Medica.* 2010;(20):131—143.
5. Menshikov V. V. Clinical patient safety and reliability of laboratory information (lecture). *Clinical laboratory diagnostics. [Klinicheskaya laboratornaya diagnostika].* 2013;(6):29—36 (in Russian).
6. Jordan B., Mitchell C., Anderson A., Farkas N., Batrla R. The Clinical and Health Economic Value of Clinical Laboratory Diagnostics. *EJIFCC.* 2015;26(1):47—62.
7. Wians F. H. Clinical Laboratory Tests: Which, Why, and What Do The Results Mean? *Laboratory Medicine.* 2009;40(2):105—113.
8. Brazhnikova O. V., Gavelya N. V., Maykova I. D. Typical errors in the preanalytical phase of laboratory. *Pediatrics (Suppl. Consilium Medicum).* [Pediatriya. Prilozhenie k zhurnalu Consilium Medicum]. 2017;(4):84—90 (in Russian).
9. Moshkin A., Dolgov V. Quality assurance in clinical laboratory diagnostics. Moscow: 2004 (in Russian).
10. Plebani M. Laboratory errors: How to improve pre- and post-analytical phases? *Biochem Med.* 2007;(17):5—9.
11. Levitas E., Lunenfeld E., Weiss N., et al. Relationship between the duration of sexual abstinence and semen quality: analysis of 9,489 semen samples. *Fertil Steril.* 2005;83(6):1680—6.
12. Elzanaty S., Malm J., Giwercman A. Duration of sexual abstinence: epididymal and accessory sex gland secretions and their relationship to sperm motility. *Hum Reprod.* 2005;20(1):221—5.
13. Lippi G., Plebani M., Šimundić A. M. Quality in laboratory diagnostics: From theory to practice. *Biochem Med.* 2010;(20):126—130.
14. Laposata M., Dighe A. 'Pre-pre' and 'post-post' analytic error: high incidence patient safety hazards involving the clinical laboratory. *Clin Chem Lab Med.* 2007;(45):712—9.
15. Gamidov S. I., Iremashvili V. V., Tkhangapsoeva P. A. Therapy of fertility disorders in men: promising results of European studies. *Effective pharmacotherapy in urology. [Effektivnaya farmakoterapiya v urologii].* 2009;(2):26—30 (in Russian).
16. Fraczek M., Kurpisz M. Mechanisms of the harmful effects of bacterial semen infection on ejaculated human spermatozoa: potential inflammatory markers in semen. *Folia Histochem Cytobiol.* 2015;53(3):201—17. DOI: 10.5603/fhc.a2015.0019
17. A. A. Novik, T. I. Ionova. A guide to the study of quality of life in medicine. Moscow; 2007 (in Russian).
18. Luchkevich V. S. Fundamentals of Social medicine and health management. St. Petersburg; 2005 (in Russian).

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

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

Статья поступила в редакцию 21.10.2024; одобрена после рецензирования 18.12.2024; принята к публикации 14.03.2025. The article was submitted 21.10.2024; approved after reviewing 18.12.2024; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.014

Анализ обеспеченности населения Саратовской области врачами стоматологического профиля

Диана Дмитриевна Балакина¹, Марина Василидовна Еругина², Ирина Львовна Кром³,
Галина Юрьевна Сазанова⁴, Станислав Сергеевич Шувалов^{5✉}, Надежда Юрьевна Шульпина⁶

^{1–6}ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Российская Федерация

¹cilindra@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8873-5279>

²lab48@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4253-5313>

³irina.crom@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1355-5163>

⁴sazanovagu@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3916-8532>

⁵sshualov@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0004-6777-6193>

⁶shulpinanu@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2440-5689>

Аннотация. Согласно действующему законодательству, стоматологи обязаны проводить профилактические осмотры населения для раннего выявления онкологических заболеваний полости рта. Мы провели сравнительный анализ количества стоматологов в регионе для оценки эффективности профилактики в Саратовской области, Приволжском Федеральном округе и Российской Федерации в целом за период с 2018 по 2022 годы. В результате установлено, что обеспеченность стоматологами в Саратовской области за 5 лет была значительно ниже, чем в целом по России и Приволжскому Федеральному округу. Это негативно сказывается на эффективности осмотров и ранней диагностике новообразований полости рта. Необходимо увеличение квот на целевой прием студентов стоматологических факультетов, а также привлечение частных стоматологических медицинских организаций к работе в системе обязательного медицинского страхования для повышения эффективности профилактических осмотров и диагностики новообразований.

Ключевые слова: обеспеченность населения врачами, врачи-стоматологи, профилактические осмотры, новообразования ротовой полости.

Для цитирования: Балакина Д. Д., Еругина М. В., Кром И. Л., Сазанова Г. Ю., Шувалов С. С., Шульпина Н. Ю. Анализ обеспеченности населения Саратовской области врачами стоматологического профиля // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 89–92. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.014.

Original article

Analysis of the provision of the population of the Saratov region with dental doctors

Diana D. Balakina¹, Marina V. Erugina², Irina L. Krom³, Galina Yu. Sazanova⁴, Stanislav S. Shuvalov^{5✉},
Nadezhda Yu. Shulpina⁶

^{1–6}Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky, Saratov, Russian Federation

¹cilindra@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8873-5279>

²lab48@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4253-5313>

³irina.crom@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1355-5163>

⁴sazanovagu@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3916-8532>

⁵sshualov@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0004-6777-6193>

⁶shulpinanu@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2440-5689>

Annotation. According to current legislation, dentists are required to conduct preventive examinations of the population for the early detection of oncological diseases of the oral cavity. We conducted a comparative analysis of the number of dentists in the region to assess the effectiveness of prevention in the Saratov Region, the Volga Federal District and the Russian Federation as a whole for the period from 2018 to 2022. As a result, it was found that the availability of dentists in the Saratov region for 5 years was significantly lower than in Russia and the Volga Federal District as a whole. This negatively affects the effectiveness of examinations and early diagnosis of oral neoplasms. It is necessary to increase quotas for the targeted admission of students of dental faculties, as well as to involve private dental medical organizations in the compulsory health insurance system to increase the effectiveness of preventive examinations and diagnosis of neoplasms.

Key words: provision of the population with doctors, dentists, preventive examinations, neoplasms of the oral cavity.

For citation: Balakina D. D., Erugina M. V., Krom I. L., Sazanova G. Yu., Shuvalov S. S., Shulpina N. Yu. Analysis of the provision of the population of the Saratov region with dental doctors. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(1):89–92. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.014.

Введение

Для проведения своевременной диагностики, лечения и профилактики заболеваний полости рта, в том числе злокачественных новообразований, в РФ сформирован пакет нормативных правовых актов в виде порядков, стандартов и клинических рекомендаций, в соответствии с которыми медицинская помощь (МП) стоматологическим больным оказывается в виде первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), специализированной, в том числе высокотехнологичной (СМП), и паллиативной (ПМП) в различных условиях. В амбулаторных условиях врачебная ПМСП оказывается врачами-стоматологами, стоматологами терапевтами, хирургами, ортопедами и ортодонтами.

Профилактика заболеваний, как одна из задач стоматологических медицинских организаций (МО), включает в себя профилактические медицинские осмотры населения, которые утвержденный Порядок оказания стоматологической помощи рекомендует проводить 1 раз в 6 месяцев. При выявлении в ходе оказания медицинской стоматологической помощи симптомов онкозаболевания, пациент должен быть направлен лечащим врачом на консультацию к врачу-онкологу. К функциям стоматологического отделения (кабинета) относится, в том числе, организация и проведение профосмотров и внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний. Таким образом, обеспеченность населения врачами стоматологического профиля определяет своевременность выявления злокачественных новообразований полости рта.

Цель исследования — провести сравнительный анализ обеспеченности населения региона врачами стоматологического профиля.

Материалы и методы

Материалами при проведении исследования послужили статистические данные официальных сайтов статистики здравоохранения и статистические сборники по Российской Федерации и Саратовской области за 2018 — 2022 гг. Использовались статистический и аналитический методы с построением вариационных рядов, определением показателей экстенсивности, интенсивности и средних величин на уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты

Проведено исследование данных реестра выданных лицензий на медицинскую деятельность по Саратовской области, размещенного на официальном сайте Росздравнадзора¹.

По данным анализа реестра выданных лицензий на медицинскую деятельность по Саратовской обла-

сти¹ всего в регионе на 15.05.2024 г. зарегистрировано 1450 МО разных форм собственности и ведомственной принадлежности, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, из которых стоматологическую помощь оказывают 445 организаций, в том числе: 77 государственных, 13 — федеральных и 354 — частных. Самостоятельных государственных стоматологических поликлиник в регионе всего 7.

Показатели обеспеченности врачами стоматологического профиля населения Саратовской области (СО) за 5 лет стабильно более низкие, чем в целом по России и Приволжскому Федеральному округу (ПФО), на $14 \pm 1,8\%$ и $21 \pm 2,3\%$ соответственно. При анализе показателей обеспеченности населения по отдельным стоматологическим врачевым специальностям наиболее остро в регионе стоит вопрос с обеспеченностью врачами стоматологами (для взрослых): за 2022 год показатели в 1,6 раз ниже федеральных и практически в 2 раза ниже, чем в ПФО (СО — 0,67; РФ — 1,06; ПФО — 1,21 на 10 тыс. чел. населения соответственно) [1,2].

Следует отметить, что за 5 лет обеспеченность населения в разрезе рассматриваемых медицинских специальностей стоматологического профиля в России и ПФО возросла, а в СО осталась на прежнем уровне. Обеспеченность врачами стоматологами — ортопедами в регионе практически в 2 раза ниже, показатели по этой группе за 5 лет не изменились. Обеспеченность врачами стоматологами детскими в течение пяти лет стабильна, но в СО она достоверно ниже, чем в РФ и ПФО — на $21\% \pm 1,8\%$ и $13\% \pm 1,2\%$ соответственно. Обеспеченность стоматологами — терапевтами на протяжении 5 лет неуклонно снижается на всех уровнях, в Саратовской области обеспеченность незначимо ниже, чем в ПФО и в среднем по России.

По группе стоматологов — хирургов обеспеченность населения по итогам 2022 г. в регионе на уровне РФ и ПФО, по группе стоматологов — ортопедов — выше, чем в РФ и в ПФО на $20\% \pm 1,8\%$ и $15\% \pm 0,8\%$ соответственно [3].

Нами рассчитаны интегральные показатели обеспеченности населения врачами — специалистами стоматологического профиля. По Саратовской области интегральный показатель составил 3,6 на 10 тысяч чел. населения (при нормативном значении 5,0). Показатели обеспеченности по РФ (4,37) и ПФО (4,44) также не достигают нормативных значений, хотя и существенно выше, чем в исследуемом регионе. С 2018 года по 2022 год показатель обеспеченности стоматологами на 10 тысяч человек населения снизился в целом по России на 4,6%, по ПФО — на 17,6%, по Саратовской области — на 5,7% [1,2]. Следует отметить, что показатель обеспеченности определяется в разрезе организаций системы здравоохранения, подведомственных Минздраву России. С учетом негосударственных МО обеспеченность населения врачами стоматологического профиля значительно выше, но такой учет органами государственной статистики не ведется.

Необходимо отметить, что если по Российской Федерации, ПФО и СО отмечается снижение пока-

¹ Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения. Единый реестр лицензий, в том числе лицензий, выданных органами государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с переданным полномочием по лицензированию отдельных видов деятельности <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses> (дата обращения 15.05.2024).

зателя обеспеченности врачами стоматологического профиля на протяжении анализируемого периода, то в разрезе отдельных специальностей наблюдаются различные тенденции. Так, обеспеченность врачами-стоматологами ортопедами по РФ с 2018 по 2022 год уменьшилась на 11,0% (с 0,42 до 0,37 на 10 тысяч населения), по СО — на 4,2% (с 0,48 до 0,46 на 10 тысяч населения), по ПФО — более чем в 3,2 раза (с 1,29 до 0,40 на 10 тысяч населения). По врачам-стоматологам детским отмечается небольшое снижение обеспеченности по РФ и ПФО на 6,7% (с 1,5 до 1,4 на 10 тыс. населения) и на 1,6% соответственно (с 1,29 до 1,27 на 10 тыс. населения), а по СО обеспеченность остается стабильной (в 2018 — 1,1; в 2022 — 1,11 на 10 тыс. населения). Обеспеченность врачами-стоматологами терапевтами снизилась как по РФ, так и по ПФО и СО с 1,3 до 1,11 на 10 тыс. населения (на 14,6%), с 1,34 до 1,15 на 10 тыс. (на 14,2%) и с 1,17 до 1,08 на 10 тыс. (на 7,7%) соответственно, врачами-стоматологами хирургами по ПФО и СО с 0,34 до 0,3 (на 11,8%) и с 0,37 до 0,3 (на 18,9%) соответственно, при этом по РФ в целом показатель остался без изменений (0,31 на 10 тысяч населения). Обеспеченность врачами-стоматологами ортодонтами в исследуемом периоде не менялась ни по РФ, ни по ПФО и СО. Стоит отметить, что обеспеченность врачами-стоматологами (взрослыми) в период с 2018 по 2022 годы по РФ, ПФО и СО увеличилась с 0,93 до 1,06 на 10 тысяч населения (на 13,9%), с 1,02 до 1,21 (на 18,6%) и с 0,66 до 0,67 на 10 тысяч населения (на 1,5%) соответственно.

В результате преобразований системы ПСМП в Российской Федерации с 2005 года по 2022 год общее количество стоматологических организаций уменьшилось в 1,6 раз (на 37%), количество МО, имеющих стоматологические кабинеты, уменьшилось в 2,8 раз (на 64%), число зубопротезных отделений (кабинетов) — также в 2,8 раз (на 64%). Численность врачей стоматологического профиля за этот период увеличилась в России на 4,9 тыс. чел., соответственно, средний показатель обеспеченности на 10 тыс. населения вырос с 4,4 в 2005 г. до 4,7 — в 2022 г. Численность врачей стоматологического профиля в Саратовской области уменьшилась за 5 лет на 8%, а обеспеченность населения — на 7,7% (с 2,6 до 2,4 на 10 тысяч чел. населения).

Проведен анализ деятельности медицинских образовательных организаций высшего образования в части подготовки специалистов стоматологического профиля. Так, численность студентов, поступивших на первый курс высших учебных заведений России, имеет устойчивую тенденцию роста — с 2005 года она возросла в 2,7 раз (на 63%). Всего количество обучающихся на разных курсах специалитета по профилю стоматология, составило в 2022 году 51 тыс. чел., что в 2,3 раза больше, чем в 2005 году.

Выпуск специалистов за рассматриваемый период также увеличился в 2 раза, ежегодно по программам специалитета заканчивает обучение более 7 тысяч стоматологов, но обращают на себя внимание «потери» обучающихся: если в 2015 году было при-

нято на 1 курс специалитета по стоматологии 8,6 тысяч чел., то по разным причинам в 2020 году не смогли завершить обучение и стать стоматологами 1,5 тысяч обучающихся, составив 16% «потерь»; в 2018 г. поступили на 1 курс соответственно 9,7 тысяч чел., а закончили обучение в 2023 году 7,4 тыс. чел. — «потери» составили уже 24% от общего числа обучающихся. Несмотря на низкую обеспеченность врачами — стоматологами, прием на 1 курс специалитета по программам стоматологии стабилен — ежегодно поступают 135 — 155 чел. Общая численность обучающихся по программам специалитета за 5 лет имеет тенденцию к снижению (-12%), хотя практически все поступившие заканчивают обучение, о чем свидетельствует статистика впущенных специалистов (в среднем, ежегодно 168 чел.). Таким образом, при фактическом увеличении численности приема абитуриентов на стоматологические факультеты, количество выпускников имеет тенденцию к снижению.

Обсуждение

За исследуемый период в регионе проведены структурные преобразования МО системы Минздрава Саратовской области, включая и стоматологические, в результате объединения (присоединения) МО уменьшилось общее количество стоматологических поликлиник, при этом их мощность практически не изменилась.

Бойков М. И. в результате проведения аудита кадровых ресурсов врачей стоматологического профиля выявил негативные тенденции обеспеченности населения и определил их как угрозу доступности медицинской стоматологической помощи [4].

Большов И. Н. отмечает, что различия доступности и качества стоматологической помощи связаны как с социально-экономическими факторами, так и с обеспеченностью стоматологическими кадрами и определяет в качестве основных задач организации стоматологической помощи населению на современном этапе — эффективное и экономичное использование кадровых и иных ресурсов для достижения доступности и повышения качества стоматологических медицинских услуг [5].

Низкая обеспеченность населения Саратовской области стоматологами — терапевтами и стоматологами (для взрослых), как наиболее многочисленной группы врачей, обеспечивающих оказание ПМСП, детерминирует ограничение доступности профилактической стоматологической помощи населению.

Заключение

Низкая обеспеченность населения врачами стоматологического профиля в системе государственного здравоохранения Саратовской области в сравнении с показателями по Российской Федерации и Приволжскому Федеральному округу обуславливает низкую эффективность профилактических медицинских осмотров в части ранней диагностики визуальных форм онкологических заболеваний полости рта и обосновывает увеличение квот целевого

приема для студентов стоматологических факультетов университетов. Привлечение стоматологических медицинских организаций частной системы здравоохранения к работе в системе обязательного медицинского страхования является организационным резервом повышения эффективности профилактических медицинских осмотров в части ранней диагностики злокачественных новообразований полости рта.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Здравоохранение в России. 2023: Стат. сб. Росстат. М.; 2023.
2. Здравоохранение в России. 2021: Стат. сб. Росстат. М.; 2021.
3. Е. Г. Котова, О. С. Кобякова, В. И. Стародубов, Г. А. Александрова, Н. А. Голубев, А. А. Латышова и др. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 1 часть. Медицинские кадры: статистические материалы. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2023.
4. Бойков М. И. Аудит кадровых ресурсов врачей по профилю «стоматология» в Российской Федерации. *Клиническая стоматология*. 2016;78(2):70—76.

5. Большов И. Н. Влияние обеспеченности населения стоматологическими кадрами на доступность стоматологической помощи (на примере Рязанской области). *Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова*. 2016;24(3):74—78.

REFERENCES

1. Healthcare in Russia. 2023: Stat.sat. Rosstat. Moscow; 2023 (in Russian).
2. Healthcare in Russia. 2021: Stat.sat. Rosstat. Moscow; 2021 (in Russian).
3. E. G. Kotova, O. S. Kobyakova, V. I. Starodubov, G. A. Alexandrova, N. A. Golubev, A. A. Latysheva et al. Resources and activities of medical healthcare organizations, part 1. Medical personnel: statistical materials. Moscow: Russian Research Institute of Health; 2023.
4. Boikov M. I. Audit of human resources of doctors in the field of «dentistry» in the Russian Federation. *Clinical dentistry. [Klinicheskaya stomatologiya]*. 2016;78(2):70—76 (in Russian).
5. Bolshov I. N. The impact of the population's provision of dental personnel on the availability of dental care (on the example of the Ryazan region). *Russian Medical and Biological Bulletin named after academician I. P. Pavlov. [Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I. P. Pavlova]*. 2016;24(3):74—78 (in Russian).

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

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

Статья поступила в редакцию 15.01.2025; одобрена после рецензирования 11.03.2025; принята к публикации 14.03.2025. The article was submitted 15.01.2025; approved after reviewing 11.03.2025; accepted for publication 14.03.2025.

История медицины

Научная статья

УДК 93/94

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.015

Ананьина Юлия Васильевна (02.06.1946—15.11.2018)

Армен Суренович Саркисов

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

Sarkisov: as.sar@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-0059-2558>

Аннотация. Статья посвящена видному врачу-эпидемиологу и микробиологу, члену-корреспонденту Российской академии медицинских наук, видному представителю отечественной школы лептоспирологии Ананьиной Юлии Васильевне (1946—2018 гг.). Изучение архивных материалов, привлечение литературных источников позволило существенно дополнить биографию, расширить представление о ее научной и общественной деятельности. Выделены достижения работы лаборатории лептоспирозов Научно-исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии имени Н. Ф. Гамалеи Министерства здравоохранения России в период, когда лабораторию возглавляла Ю. В. Ананьина. Отмечена ее роль в сохранении и пополнении фонда коллекции лептоспир, имеющей международное значение.

Ключевые слова: Лептоспирология, лептоспироз, эпидемиология, природно-очаговая инфекция, таксономия, болезнетворный, лаборатория, коллекция.

Для цитирования: Саркисов А. С. Ананьина Юлия Васильевна (02.06.1946—15.11.2018) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 93—96. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.015.

History of medicine

Original article

Ananyina Yulia Vasilyevna (02.06.1946—15.11.2018)

Armen S. Sarkisov

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

as.sar@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-0059-2558>

Annotation. The article is devoted to prominent epidemiologist and microbiologist, corresponding member of the Russian Academy of Medical Sciences, prominent representative of the Russian school of leptospirology Ananyina Yulia Vasilyevna (1946—2018). The study of archival materials, the involvement of literary sources allowed to significantly supplement the biography, expand the understanding of her scientific and social activities. The achievements of the leptospirosis laboratory of the Scientific Research Center for Epidemiology and Microbiology are highlighted N. F. Gamalei of the Ministry of Health of Russia during the period when the laboratory was headed by Yu. V. Ananyina. Her role in the preservation and replenishment of the collection of leptospira, which is of international importance, was noted.

Keywords: Leptospirology, leptospirosis, epidemiology, natural focal infection, taxonomy, pathogenic, laboratory, collection.

For citation: Sarkisov A. S. Ananyina Yulia Vasilyevna (02.06.1946 — 15.11.2018). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(1):93–96. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.015.

Ю. В. Ананьина родилась в Москве 2 июня 1946 г. в семье врача, одного из видных представителей отечественной школы лептоспирологии В. В. Ананьина¹ [1, 2].

В 1964 г., после окончания средней школы поступила на санитарно-гигиенический факультет 1-го Московского медицинского института им. И. М. Сеченова. Ещё в студенческие годы серьёзно увлеклась

исследовательской работой, принимала участие в работе научной экспедиции на Северном Кавказе по изучению природных очагов лептоспироза, выступала с докладом на заседании Московского научно-общества эпидемиологов. В сентябре 1969 г. ее доклад «Применение метода флуоресцирующих антител для обнаружения сальмонелл в смывах с зараженных поверхностей и в молоке» был представлен на Всесоюзной научной конференции студентов медицинских вузов страны². Свободно владея английским языком, в качестве переводчика привлекалась

¹Юлия Васильевна Ананьина (1946—2018 гг.). Available at: <https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/nasha-pamyat/1340/>.

к работе Международных конгрессов микробиологов и энтомологов³. В 1970 г., окончив с отличием институт, была направлена в аспирантуру в Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи⁴. После окончания аспирантуры в 1973 г. работала старшим лаборантом лаборатории лептоспирозов⁵.

Уже в эти годы Ю. В. Ананьину отличали активность, высокая работоспособность, творческая продуктивная энергия. Она неоднократно участвовала в работах полевых экспедиции института, возглавляла эпидемиологический отряд по борьбе с лептоспирозами Министерства здравоохранения СССР⁶. Основным направлением ее научной деятельности стало изучение особенностей экологии болезнетворных лептоспир, эпидемиология лептоспирозов, разработка средств их диагностики и профилактики⁷.

В 1974 г. успешно защитила кандидатскую диссертацию на тему «К характеристике патогенных свойств лептоспир»⁸ [3]. Помимо определения биологических качеств, необходимых для таксономических целей, уточнения экологических характеристик лептоспир, работа подтверждала представление ряда отечественных исследователей о том, что серотипы лептоспир следует рассматривать как самостоятельные подвиды и даже виды бактерий [3, С. 19].

В том же 1974 г. Ю. В. Ананьина назначена младшим научным сотрудником лаборатории лептоспирозов⁹.

В 1978 г. Ю. В. Ананьина приступила к систематической преподавательской деятельности. Она читала лекции по курсу медицинской микробиологии для врачей-бактериологов в Центральном институте усовершенствования врачей, на кафедре инфектологии ММА им. И. М. Сеченова, на международных курсах по борьбе с зоонозами для организаторов здравоохранения и в школе-семинаре Минздрава СССР, руководила стажировкой советских и зарубежных специалистов различных медицинских учреждений¹⁰.

С 1980 г. Ю. В. Ананьина исполняла обязанности старшего научного сотрудника и заместителя заведующего лабораторией лептоспирозов¹¹. В 1981 г. была избрана¹², а в 1983 г. удостоена ученого звания старшего научного сотрудника¹³.

² Ананьина Ю. В. Личное дело. Архив Национального исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н. Ф. Гамалеи Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее: НИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи). — Л. 1.

³ Ананьина Ю. В. Личное дело. Архив НИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи. — Л. 8.

⁴ Там же. — Лл. 30, 62, 119.

⁵ Там же. — Лл. 59, 63.

⁶ Ананьина Ю. В. Личное дело. Архив НИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи. — Лл. 119—120.

⁷ Там же. — Лл. 184, 303, 362.

⁸ Там же. — Л. 86.

⁹ Там же. — Л. 93.

¹⁰ Там же. — Лл. 119—120, 338.

¹¹ Там же. — Лл. 102, 119.

В сентябре 1990 г. Ю. В. Ананьина возглавила лабораторию лептоспирозов отдела природно-очаговых инфекций НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи¹⁴.

Под руководством Ю. В. Ананьиной и при ее непосредственном участии в лаборатории были получены приоритетные данные об экологическом и генетическом разнообразии, закономерностях гостальной и органной персистенции патогенных лептоспир. Разработаны молекулярно-генетические подходы к видовой и внутривидовой идентификации лептоспир, позволившие усовершенствовать таксономию и классификацию, а также установить циркуляцию ранее неизвестных на территории России возбудителей лептоспирозов. Были созданы методы нового поколения для лабораторной диагностики лептоспирозов на ранней стадии и при отдаленных клинических осложнениях в очагах с различной этиологической структурой. В практику здравоохранения были внедрены вновь разработанные вакцинные препараты для профилактики лептоспирозов¹⁵. Кроме того, это подразделение НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи осуществляло деятельность справочной лаборатории по эпидемиологии лептоспирозов ВОЗ и справочной лаборатории Международного комитета по таксономии лептоспир¹⁶ [4, С. 12—13].

Весомой заслугой Ю. В. Ананьиной стало сохранение и пополнение фонда коллекции лептоспир, которая была законодательно учреждена в 1955 г. на базе музея живых культур Института эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи [5, С. 38]. Начиная с 1977 г., когда заведывание коллекций было поручено Ю. В. Ананьиной¹⁷, расширились и укрепились связи с другими научными учреждениями, которые также осуществляли депонирование и хранение референтных штаммов микроорганизмов. Известно, что не менее 45% штаммов собираются лично сотрудниками коллекции [6, С. 18]. В 2017 г. коллекция насчитывала более 650 штаммов лептоспир. Немало усилий потребовало создание электронной базы коллекционных культур. Активное привлечение к исследованиям фондов коллекции позволило успешно осуществлять разработку новых, современных молекулярно-генетических и молекулярно-биологических методов диагностики лептоспирозов [7, С. 106—107].

В 1993 г. Ю. В. Ананьина защитила докторскую диссертацию на тему «Проблемы экологии патогенных лептоспир» [8]. Богатый материал ее многолетних исследований, обобщенный в диссертации, послужил основой производства новых средств лепто-

¹² Ананьина Ю. В. Личное дело. Архив НИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи. — Лл. 118.

¹³ Там же. — Лл. 282.

¹⁴ Там же. — Лл. 174, 205.

¹⁵ Там же. — Лл. 303, 337—338.

¹⁶ Там же. — Л. 363.

¹⁷ Ананьина Ю. В. Личное дело. Архив НИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи. — Лл. 119—120, 159, 184.

спирозного диагностикума, был включен в методическую документацию Министерства здравоохранения СССР, ВОЗ и международный каталог штаммов лептоспир, отражен в учебных пособиях и учебном кинофильме «Наблюдение за очагами», снятом в СССР в 1983 г. по заказу ВОЗ/ЮНЭП, неоднократно докладывался на всесоюзных и международных симпозиумах и был рекомендован для разработки дифференцированной системы эпиднадзора и контроля лептоспирозов различных этиологических форм¹⁸ [8, С. 6].

В 1999 г. Ю. В. Ананьина была назначена заместителем директора по научной работе¹⁹. В 2005 г. удостоена ученого звания профессора²⁰. В мае 2007 г. Ю. В. Ананьина была избрана членом-корреспондентом Российской академии медицинских наук²¹.

Яркими гранями отмечена общественная деятельность Ю. В. Ананьиной. Она являлась председателем проблемной комиссии «Медицинская микробиология и молекулярная и молекулярная биология микроорганизмов» и членом проблемной комиссии «Природноочаговые инфекции» научного совета РАН и Министерства здравоохранения РФ, членом президиума Всероссийского общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов им. И. И. Мечникова, членом Международного общества лептоспирологов, входила в состав Бюро комиссии по государственному санитарно-эпидемиологическому нормированию при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, избиралась председателем специализированного совета по защите докторских диссертаций по специальности «Эпидемиология» ФНЦЭМ им. Н. Ф. Гамалеи Минздрава России и членом специализированного совета по микробиологии и биологии Университета им. П. Лумумбы, была членом редакционных коллегий ряда специализированных научных журналов²².

Ю. В. Ананьина скончалась в Москве 15 ноября 2018 г. и похоронена в колумбарии Новодевичьего кладбища^{23, 24} [9].

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ананьина Юлия Васильевна. В кн.: Деятели медицинской науки и здравоохранения — сотрудники и питомцы Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова: Биографический словарь. Под ред. М. А. Пальцева, А. М. Сточика, С. Н. Затравкина. 1-е изд. М.: Шико; 2008. С. 22.
2. Ананьин Василий Васильевич. В кн.: Деятели медицинской науки и здравоохранения — сотрудники и питомцы Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова: Биографический

словарь. Под ред. М. А. Пальцева, А. М. Сточика, С. Н. Затравкина. 1-е изд. М.: Шико; 2008. С. 21—22.

3. Ананьина Ю. В. К характеристике патогенных свойств лептоспир: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М.; 1974.
4. Стоянова Н. А., Токаревич Н. К., Ваганова А. Н., Грачева Л. И., Майорова С. О. Лептоспирозы: Пособие для врачей. СПб.: НИИЭМ им. Пастера; 2010.
5. Онищенко Г. Г., Кутырев В. В., Осин А. В. Коллекционная деятельность в области использования патогенных микроорганизмов в обеспечении биологической безопасности Российской Федерации. *Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение*. 2016;(1):37—46.
6. Грачева И. В., Осин А. В., Кутырев В. В. Принципы формирования коллекционных фондов штаммов микроорганизмов. *Проблемы особо опасных инфекций*. 2021;(2):16—23.
7. Самсонова А. П., Петров Е. М., Савельева О. В., Вышивкина Н. В., Бороздина Н. Е., Ананьина Ю. В. Роль коллекции лептоспир Национального исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи в изучении проблем лептоспирозов. В кн.: Обеспечение эпидемиологического благополучия: вызовы и решения: Материалы XI съезда Всероссийского научно-практического Общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов, Москва 16—17 ноября 2017 г. М.; 2018. С. 106—107.
8. Ананьина Ю. В. Проблемы экологии патогенных лептоспир: Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. М.; 1993.
9. Ананьина Юлия Васильевна: Некролог. *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. 2018;17(6):118.

REFERENCES

1. Ananyina Yulia Vasilyevna. In: Figures of medical science and health care — employees and pets of the Moscow Medical Academy named after I.M. Sechenov: Biographical Dictionary. [*Deyateli meditsinskoy nauki i zdravookhraneniya — sotrudniki i pitomtsy Moskovskoy meditsinskoy akademii im. I. M. Sechenova: Biograficheskiy slovar*]. Ed. by M. A. Paltsev, A. M. Stochik, S. N. Zatravkin. 1st ed. Moscow: Shico; 2008. P. 22. (In Russian).
2. Ananyin Vasily Vasilyevich. In: Figures of medical science and healthcare — employees and pets of the Moscow Medical Academy named after I.M. Sechenov: Biographical Dictionary. [*Deyateli meditsinskoy nauki i zdravookhraneniya — sotrudniki i pitomtsy Moskovskoy meditsinskoy akademii im. I. M. Sechenova: Biograficheskiy slovar*]. Ed. by M. A. Paltsev, A. M. Stochik, S. N. Zatravkin. 1st ed. Moscow: Shico; 2008. Pp. 21—22. (In Russian).
3. Ananyina Yu. V. On the characterization of the pathogenic properties of leptospir: Abstract of the dissertation for the degree of Candidate of medical Sciences. [*K kharakteristike patogennykh svoystv leptospir: Avtoreferat dissertatsii na soiskanie uchenoy stepeni kandidata meditsinskikh nauk*]. Moscow; 1974 (In Russian).
4. Stoyanova N. A., Tokarevich N. K., Vaganova A. N., Gracheva L. I., Mayorova S. O. Leptospirosis: A manual for doctors. [*Leptospirozy: Posobie dlya vrachey*]. St. Petersburg: NIEM by Pasteur; 2010 (In Russian).
5. Onishchenko G. G., Kutyrev V. V., Osin A. V. Collection activity in the field of the use of pathogenic microorganisms in ensuring biological safety of the Russian Federation. *Infectious diseases: news, opinions, training*. [*Infektsionnye bolezni: novosti, mneniya, obuchenie*]. 2016;(1):37—46 (In Russian).
6. Gracheva I. V., Osin A. V., Kutyrev V. V. Principles of formation of collection funds of strains of microorganisms. *Problems of especially dangerous infections*. [*Problemy osobo opasnykh infektsiy*]. 2021;(2):16—23 (In Russian).

¹⁸ Там же. — Лл. 119—120.

¹⁹ Там же. — Л. 303.

²⁰ Там же. — Л. 289.

²¹ Там же. — Л. 290.

²² Ананьина Ю. В. Личное дело. Архив НИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи. — Лл. 266—267, 337—338.

²³ Там же. — Лл. 362—363.

²⁴ Ананьина Юлия Васильевна (1946—2018). Available at: https://moscow-tombs.ru/by-years/ananyina_yv/?ysclid=lr1ndznbp155967800.

7. Samsonova A. P., Petrov E. M., Savelyeva O. V., Vyshivkina N. V., Borozdina N. E., Ananyina Yu. V. The role of the leptospir collection of the N. F. Gamalei National Research Center for Epidemiology and Microbiology in the study of leptospirosis problems. In: Ensuring epidemiological well-being: challenges and solutions: Proceedings of the XI Congress of the All—Russian Scientific and Practical Society of Epidemiologists, Microbiologists and Parasitologists, Moscow, November 16—17, 2017. [*Obespechenie epidemiologicheskogo blagopoluchiya: vyzovy i resheniya: Materialy XI s'ezda Vserossiyskogo nauchno-prakticheskogo Obshchestva epidemiologov, mikrobiologov i parazitologov, Moskva 16—17 noyabrya 2017*]. Moscow; 2018. Pp. 106—107 (In Russian).
8. Ananyina Yu. V. Problems of ecology of pathogenic leptospira: Abstract of the dissertation for the degree of Doctor of medical Sciences. [*Problemy ekologii patogennykh leptospir: Avtoreferat dissertatsii na soiskanie uchenoy stepeni doktora meditsinskikh nauk*]. Moscow; 1993 (In Russian).
9. Ananyina Yulia Vasilyevna: Obituary. *Epidemiology and Vaccine Prevention*. [*Epidemiologiya i vaksinoprofilaktika*]. 2018;17(6):118 (In Russian).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 01.03.2024; одобрена после рецензирования 22.05.2024; принята к публикации 14.03.2025.

The article was submitted 01.03.2024; approved after reviewing 22.05.2024; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 614.2 (091)

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.016

Выдающийся организатор здравоохранения и последипломного медицинского образования Мария Дмитриевна Ковригина

Марина Владимировна Михалкина

Уральский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ), г. Екатеринбург,
Российская Федерация

Marina_mixalkina@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6233-7950>

Аннотация. Статья посвящена выдающемуся деятелю организации здравоохранения и последипломного медицинского образования советского периода, замечательному человеку и просто красивой, обаятельной женщине Марии Дмитриевне Ковригине. Она прошла нелегкий, но очень яркий, плодотворный жизненный путь, сделала фантастический карьерный взлет, внесла огромную лепту в развитие советского здравоохранения, высшего последипломного медицинского образования, охрану материнства и детства. 6 июля 2025 года исполнится 115 лет со дня рождения этой необыкновенной женщины, а 12 марта 2025 г. исполнилось 30 лет со дня ее кончины. Мария Дмитриевна являлась выпускницей Свердловского государственного медицинского института (СГМИ, ныне УГМУ), где бережно хранят светлую память о ней. В 1950—1953 гг. Мария Дмитриевна Ковригина была министром здравоохранения РСФСР, в 1954—1959 гг. — министром здравоохранения СССР. Многие введенные под ее руководством начинания, особенно в области охраны материнства и детства, надолго вошли в жизнь страны. Это дома ребенка для сирот, передача детских яслей промышленным предприятиям, увеличение государственной помощи беременным женщинам, одиноким и многодетным матерям, учреждение почетного звания «Мать-героиня» и ордена «Материнская слава». Ее трудами были спасены миллионы детских жизней, причем не только в нашей стране — недаром в послевоенные годы М. Д. Ковригина стала кавалером высоких наград Польши и Болгарии. С 1959 г. в течение 27 лет Мария Дмитриевна — директор Центрального института усовершенствования врачей (ЦИУВ, ныне Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства Здравоохранения Российской Федерации — РМАНПО МЗ РФ). В статье отражены основные этапы жизни и деятельности М. Д. Ковригиной, ее главные достижения в сфере медицины и образования, сделан акцент на международном признании ее заслуг. Показаны профессиональные и личные качества М. Д. Ковригиной, способствовавшие ее выдающимся успехам и достижениям.

Ключевые слова: М. Д. Ковригина; министр здравоохранения РСФСР и СССР; ректор РМАНПО МЗ РФ; выпускница Уральского государственного медицинского университета.

Для цитирования: Михалкина М. В. Выдающийся организатор здравоохранения и последипломного медицинского образования Мария Дмитриевна Ковригина // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 97—102. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.016.

Scientific article

Outstanding organizer of healthcare and postgraduate medical education Maria Dmitrievna Kovrigina

Marina V. Mikhalkina

Ural State Medical University (FGBOU VO UGMU of the Ministry of the Health of Russian Federation), Yekaterinburg, Russian Federation

Marina_mixalkina@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6233-7950>

Annotation. The article is devoted to an outstanding figure in the organization of healthcare and postgraduate medical education of the Soviet period, a wonderful man and just a beautiful, charming woman Maria Dmitrievna Kovrigina. She went through a difficult, but very bright, fruitful life path, made a fantastic career rise, made a huge contribution to the development of Soviet healthcare, higher postgraduate medical education, maternity and childhood care. July 6, 2025, will mark the 115th anniversary of the birth of this extraordinary woman, and March 12, 2025 It has been 30 years since her death. Maria Dmitrievna was a graduate of the Sverdlovsk State Medical Institute (SSMI, now UGMU), where they cherish her bright memory. In 1950—1953, Maria Dmitrievna Kovrigina was Minister of Health of the RSFSR, and in 1954—1959, Minister of Health of the USSR. Many initiatives introduced under her leadership, especially in the field of maternal and child health, have been part of the country's life for a long time. These are orphanages, the transfer of nurseries to industrial enterprises, an increase in state aid to pregnant women, single and large mothers, the establishment of the honorary title «Mother Heroine» and the Order of Maternal Glory. Through her efforts, millions of children's lives were saved, and not only in our country — it was not for nothing that in the post-war years M. D. Kovrigina became the recipient of high awards from Poland and Bulgaria. Since 1959 For 27 years, Maria Dmitrievna has been the director of the Central Institute for Advanced Medical Education (CIUW, now the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation — RMANPO of the Ministry of Health of the Russian Federation). The article reflects the main stages of M. D. Kovrigina's life and work, her main achievements in the field of medicine and education, and focuses on the international recognition of her achievements. The professional and personal qualities of M. D. Kovrigina, which contributed to her outstanding successes and achievements, are shown.

Key words: M. D. Kovrigina; Minister of Health of the RSFSR and the USSR; Rector of RMANPO of the Ministry of Health of the Russian Federation; graduate of the Ural State Medical University.

For citation: Mikhalkina M. V. Maria Dmitrievna Kovrigina, an outstanding organizer of Healthcare and postgraduate medical Education. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(1):97–102. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.016.



Введение

Мария Дмитриевна Ковригина была во всех отношениях замечательной женщиной, выдающимся организатором отечественного здравоохранения и последипломного медицинского образования. Она окончила Свердловский государственный медицинский институт (СГМИ, ныне УГМУ), причем была представительницей самого первого, легендарного выпуска этого вуза, состоявшегося в 1936 году. В дальнейшем М. Д. Ковригина стала министром здравоохранения РСФСР, затем министром здравоохранения СССР, а последние 27 лет своей трудовой деятельности Мария Дмитриевна являлась ректором РМАНПО МЗ РФ. 6 июля 2025 г. исполнится 115 лет со дня рождения Марии Дмитриевны, а 12 марта 2025 г. исполнится 30 лет со дня ее ухода из жизни. Таким образом, в 2025 г. будут иметь место две круглые даты, связанные с биографией М. Д. Ковригиной, а также 80-летие Победы в Великой Отечественной войне (ВОВ), приближению которой в немалой степени способствовала своим трудом Мария Дмитриевна. Целью статьи было проанализировать жизнь и творчество этой выдающейся женщины, показать ее огромный вклад в организацию здравоохранения и последипломного медицинского образования, ее значительные заслуги перед Отечеством, важную роль в международных отношениях.

Материалы и методы

В работе были использованы информационно-аналитический и библиографический методы, проведен контент-анализ доступных литературных источников.

Результаты

Мария Дмитриевна Ковригина родилась 6 июля 1910 г. в селе Троицком неподалеку от г. Камышлова, который раньше входил в состав Пермской губернии, а сейчас относится к Свердловской области. Родителями Маши были потомственные хлеборобы

Дмитрий Васильевич и Варвара Ивановна Ковригины. Маша стала седьмым ребенком в их большой дружной семье, и родилась она не где-нибудь, а в поле во время сенокоса. Маша Ковригина с детства проявляла лидерские качества: она стала первой комсомолкой и организатором первого пионерского отряда в селе Троицком, вожатой этого отряда и секретарем комсомольской ячейки в родном селе. Направлялась она и на работу в Катайский райком комсомола, была членом регионального отделения Международной организации помощи борцам революции (МОПР). Что же касается образования, то Мария окончила 4 класса начальной школы в Троицком, а затем 5-й и 6-й классы в Катайске. Дальше ей пришлось работать, она участвовала в организации колхоза в родном селе, была избрана членом его правления. Но Мария всегда мечтала научиться лечить людей. И вот в конце 1930 г. на глаза девушке попался номер газеты «Уральский рабочий», в котором сообщалось, что в городе Свердловске (ныне Екатеринбург) 10 июля 1930 г. был открыт медицинский институт, проведена большая работа по подготовке учебных помещений и привлечению к учебному процессу профессорско-преподавательского состава [1]. Далее сообщалось, что при только что открытом институте организован рабочий факультет (рабфак), для поступления на который приглашаются абитуриенты из числа рабочей и крестьянской молодежи. Мария срочно заручилась рекомендацией Катайского райкома комсомола, выехала в Свердловск, «подала заявление на 3 курс рабфака, и с января 1931 г. началась ее студенческая жизнь» [2]. Учиться сельской девушке было невероятно тяжело, но необыкновенная сила воли, настойчивость помогли ей успешно справиться с программой рабфака и с 1 октября 1931 г. уже приступить к занятиям на 1 курсе СГМИ. Изучение медицины для Маши, как и для всех студентов медицинских вузов, началось с кафедры нормальной анатомии, которой в СГМИ заведовал профессор Алексей Павлович Лаврентьев. Его лекции и практические занятия произвели на Машу огромное впечатление. Как искусно умел он препарировать трупный материал и как терпеливо учил этому студентов! Все слушали профессора и смотрели на него с огромным вниманием. Через много лет в своем обращении к молодежи от 6 мая 1986 г. Мария Дмитриевна вспомнит профессора А. П. Лаврентьева среди других профессоров СГМИ, которых она охарактеризовала как «жадных до работы людей, взявшихся с огромной энергией за создание института, а также за становление и укрепление собственной ученой кафедры» [3].

Как и большинство ее сверстников поколения 20-ых-30-ых годов, Маша Ковригина была бескорыстным романтиком, искренне стремилась стать хорошим врачом, нести добро людям. Таким же бескорыстным романтиком и очень добросовестной

студенткой была ее однокурсница и подруга, ставшая в дальнейшем профессором и руководителем кафедры нормальной анатомии СГМИ с 1952 по 1969 г., Тамара Павловна Горбашева. Девушки вместе жили в общежитии, поддерживали друг друга, часто делились сокровенным. Общались они и после окончания института: переписывались, иногда встречались. Также подругой М. Д. Ковригиной в годы студенчества была Ольга Ивановна Ясакова, которая в 1961 г. стала профессором, с 1959 по 1975 г. заведовала кафедрой внутренних болезней педиатрического факультета СГМИ.

Будущий министр здравоохранения и в институте была лидером, активной общественницей. Она всегда с готовностью откликалась на призывы ректората ехать в командировку в тот или иной район, где население массово начинало нуждаться в срочной помощи медицинского персонала. Так, в мае 1934 г. Мария с двумя однокурсницами была направлена в село Дуброво Пермской губернии, где возникла очень тревожная ситуация: жителей этой и соседних деревень поразила непонятная болезнь с гектической лихорадкой, симптомами некротической ангины и почти всегда с летальным исходом. Только в 1945 г. этот недуг получил официальное название алиментарно-токсической алейкии, или пищевого микотоксикоза. Способствует возникновению этого заболевания элементарный голод. Мария с подругами, расспрашивая больных и их родственников, выяснили, что все эти люди ели зерна перезимовавших под снегом злаков, пораженных грибом *Fusarium sporotrichoides*. Грибок выделяет токсин, образование которого наиболее выражено при температурах от (-1) до (+5) градусов Цельсия, поэтому особенно опасно употребление в пищу именно муки из перезимовавших зерен. Токсин очень устойчив и сохраняет активность даже при четырех-пятилетнем хранении зерна.

Мария Ковригина с подругами обошли все дома в Дуброве и соседних деревнях с целью как можно более раннего выявления и терапии опасного недуга. Кроме диагностики и лечения, они активно проводили разъяснительную работу с населением. Вскоре заболеваемость снизилась, а затем и вовсе прекратилась.

Институт М. Д. Ковригина окончила в 1936 г., до конца жизни она поддерживала связь с многими однокурсниками. В 1965 г. Мария Дмитриевна приезжала в Свердловск (ныне Екатеринбург) на 30-летие выпуска. Дружную студенческую семью встречал профессор, член-корр. Академии медицинских наук СССР А. Т. Лидский, один из организаторов СГМИ.

По окончании института связь Марии с Уралом продолжилась. Следует ее распределение врачом-невропатологом в Городскую клиническую больницу № 1 г. Челябинска. Вскоре энергичного молодого врача переводят в облздравотдел, а незадолго до войны — в обком партии. Когда 22 июня 1941 г. началась Великая Отечественная война, Мария Ковригина настойчиво просилась на фронт, но ей в этой просьбе отказали. С первых дней ВОВ она бы-

ла заместителем председателя Челябинского облисполкома по вопросам здравоохранения. Основное внимание Мария Дмитриевна уделяла приему и размещению эвакуированного населения, организации эвакогоспиталей, лечению больных и раненых. Среди эвакуированных в Челябинск встречались группы детей из осажденного Ленинграда. За спасение измученных блокадой ленинградских ребятишек М. Д. Ковригина была награждена в 1946 г. медалью «За оборону Ленинграда». Под руководством Марии Дмитриевны в Челябинской области было развернуто 64 эвакогоспиталей на 28 тысяч раненых.

Удивительное природное умение Марии организовать и повести за собой людей, успокоить и обнадежить их в нужную минуту заметили в столице. Нарком (министр) здравоохранения СССР Г. А. Митерев предложил Марии Дмитриевне стать его заместителем. Ковригина пыталась отказаться, ссылаясь на свою молодость (ей только что исполнилось 32 года) и отсутствие достаточного опыта административной работы, но Георгий Андреевич Митерев настаивал на ее кандидатуре, и уже в начале сентября 1942 г. в Челябинск на имя М. Д. Ковригиной пришла телеграмма: «Решением правительства вы назначены заместителем наркома здравоохранения СССР. Немедленно выезжайте» [4].

23 сентября 1942 г. М. Д. Ковригина вступила в должность заместителя наркома здравоохранения СССР. Ей была поручена сложнейшая сфера деятельности наркомата здравоохранения — управление лечебно-профилактической помощью детям и матерям. М. Д. Ковригина курировала все звенья педиатрии и родовспоможения. Под ее энергичным руководством быстро удалось полностью восстановить участковую службу всей сети женских консультаций и детских поликлиник СССР. Мария Дмитриевна добилась организации усиленного и диетического питания для ослабленных детей. Она восстановила работу молочных кухонь, где отпускалось специально питание для малышей в возрасте до 1 года. Благодаря ее усилиям, даже в суровые военные годы, начиная с 1943-го, полноценно функционировали пионерские лагеря, оздоровительные площадки, дачи для детских садов, причем значительно возросли фонды на продукты питания, выделяемые для них.

Занимая высокие государственные посты в ведущей тяжелейшую войну стране, Мария Дмитриевна готовила и представляла в Правительство проекты Указов, Законов и других директивных документов, призванных комплексно решить сегодняшние и завтрашние проблемы материнства и детства. Такие документы мог готовить только крупный специалист, патриот, гуманист и очень смелый человек, ведь поднимаемые ею вопросы прямо не подпадали под призыв «все для фронта, все для победы!» И оппоненты Марии Дмитриевны во многом были правы, поскольку подготовленные ею документы требовали ресурсов!

Среди мероприятий советского государства, направленных в условиях войны к охране матери и ребенка, выдающееся место занимает изданный 8 ию-

ля 1944 г. Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, об установлении почетного звания «Матеро-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства». В том же 1944 году 10 ноября Совнарком принял специальное Постановление № 1571 «О мероприятиях по расширению сети детских учреждений и улучшению медицинского и бытового обслуживания женщин и детей», проект которого был инициирован и подготовлен Марией Дмитриевной. Главное, что она сделала в ранге заместителя министра здравоохранения СССР, Мария Дмитриевна в концентрированной форме изложила на 38 страницах книжечки «Забота государства о матери и ребенке», изданной в 1945 г. По сути, это отчет перед страной о проделанной работе в условиях кровопролитной войны. Впервые в истории здравоохранения под руководством М. Д. Ковригиной были разработаны и внедрены в практику показатели качества работы городских женских консультаций, городских детских яслей, домов ребенка, молочных кухонь, детских поликлиник.

Среди добрых дел Марии Дмитриевны нельзя забывать о созданном 30 июля 1943 года Комитете по делам польских детей в СССР. Комитет обязывал организовать для польских детей школы, детские дома, сады и группы при существующих русских учреждениях, разрабатывать и создавать на польском языке учебники, учебные пособия и детскую литературу, развернуть работу по трудоустройству и профессиональному обучению подростков. Комитет преследовал цель сохранять жизнь и здоровье польских детей, обеспечить им получение образования на родном языке, воспитывать из них патриотов своей Родины. Вот он, интернационализм по-русски. Советским Правительством для польских детей было создано в годы ВОВ 215 школ, а также группы при русских школах, в которых обучались 17 243 ребенка. В 49 детских домах и их филиалах находилось 5 573 ребенка, в 91 детском саду и в специальных группах при русских садах воспитывалось 3 246 детей. Президент Польской Республики высоко оценил работу Комитета по делам польских детей в СССР, наградив его членов орденами. Уже после войны, 6 апреля 1949 года, посол Польши в СССР Мариан Нашковский вручил М. Д. Ковригиной благодарственное письмо и Командорский Крест ордена «Возрождение Польши».

В военные и послевоенные годы Мария Дмитриевна многократно выступала по радио, всегда находя нужные слова и интонации, глубоко проникавшие в сердца людей. Она выезжала в освобожденные районы, прямо на местах принимая эффективные меры по организации медицинской помощи пострадавшему от оккупантов населению.

В 1950 г. М. Д. Ковригина была назначена министром здравоохранения РСФСР, а в 1954 г. — главой союзного министерства. В 1955 г. ее усилиями был отменен указ Сталина 1936 г. о запрете абортов. Мария Дмитриевна была делегатом исторических XIX

и XX съездов Коммунистической Партии Советского Союза (КПСС), с трибун которых она прямо и смело говорила о недостатках в советской системе здравоохранения. И тот, и другой съезды избрали Ковригину членом Центрального Комитета КПСС, что значительно помогло ей добиться воплощения в жизнь важных решений: увеличения декретного отпуска женщин с 27 до 112 дней, объединения в одну систему яслей и детских садов, приведения в порядок системы донорства крови. Несомненной заслугой Марии Дмитриевны можно также считать неуклонное следование ею профилактической направленности советской медицины [5].

В 1957 г. на сессии Верховного Совета СССР министр, вооружившись фактами и данными статистики, доложила об истинном положении дел с туберкулезом. В результате было принято решение о возможности длительного, до одного года, лечения в стационарах туберкулезных диспансеров больных активной формой туберкулеза, определены их льготы и право на отдельную жилплощадь. Изучая статистические отчеты, Мария Дмитриевна пришла к выводу, что «данные официальной статистики свидетельствуют еще и о неблагоприятном состоянии условий труда и профессионального здоровья работающих» [6]. Этим объяснялась постоянная озабоченность Марии Дмитриевны проблемами гигиены труда и экологии.

Горя желанием покончить с наболевшими проблемами, беспокойный министр активно искала пути их решения. Она первая в правительстве подняла вопрос об опасности ядерных испытаний. Мария Дмитриевна добилась организации научной экспедиции с целью проверки уровня радиации на территориях, близких к полигонам. После этого испытания ядерного оружия стали проводиться только на достаточно удаленных от участков расселения людей и расположения воинских частей местностях, а также под землей.

Бесстрашие и настойчивость М. Д. Ковригиной раздражали руководителя страны Никиту Сергеевича Хрущева. На одном из совещаний он очень недовольно заявил о том, что считает Ковригину незрелым коммунистом и лишает ее своего доверия. Министр Здравоохранения СССР была готова уйти в отставку. Но ее авторитет был слишком высок, в тот раз Ковригину не отпустили. Однако, когда она замахнулась на оплот номенклатурной медицины, IV управление Минздрава, на любимый санаторий политической элиты «Барвиха», предложив сократить штаты на 490 единиц, Никита Сергеевич Хрущев подписал приказ о ее освобождении от должности Министра здравоохранения СССР «в связи с переходом на другую работу». Марию Дмитриевну назначили директором ЦИУВ, ныне РМАНПО МЗ РФ, где она проработала 27 лет. Мария Дмитриевна превратила свое учреждение в передовой учебный и научный центр, известный во всем мире. Она являлась автором более 200 научных и публицистических печатных работ, ее монографии издавались за рубежом. О своей необыкновенной судьбе она рас-

сказала в документальной повести, которую назвала «В неоплатном долгу».

Обсуждение

Мария Дмитриевна Ковригина исключительно много сил вложила в дело охраны материнства и детства, ее очень беспокоила проблема повышения детской смертности в военные и послевоенные годы. Из-за неоднократных резких выступлений на эту тему Марию Дмитриевну перестали допускать к изучению статистических отчетов по педиатрии. Чтобы, например, получить данные о состоянии детской смертности, Мария Дмитриевна была вынуждена лично просить о допуске к ним члена политбюро ЦК КПСС Михаила Андреевича Сулова. Он дал ей такое разрешение, и Мария Дмитриевна, ознакомившись с неутешительными цифрами, снова ринулась в бой за спасение детских жизней. За годы своего руководства советским здравоохранением ей удалось значительно снизить детскую смертность, но уже после ее ухода с поста министра эта проблема периодически возникала вновь. В частности, этот вопрос поднимается в статье В. Ю. Альбицкого и А. А. Баранова «Смертность детского населения», опубликованной в № 2 за 2024 г. журнала «Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины». Авторы статьи обратили внимание на рост смертности детей в 2021 г. по сравнению с 2020 годом во всех возрастных группах. В. Ю. Альбицкий и А. А. Баранов проанализировали ситуацию с ростом детской смертности, выявили ее возможные причины и предложили комплекс мер «в целях снижения смертности детского населения в России» [7]. Таким образом, борьба за снижение детской смертности продолжается и в наше время.

Невызывает сомнений огромный вклад М. Д. Ковригиной в дело борьбы с туберкулезом. Но и сегодня в нашей стране, несмотря на значительные успехи в снижении заболеваемости и смертности от туберкулеза, сохраняется напряженность эпидемической ситуации, обусловленная распространением сочетания туберкулеза с ВИЧ-инфекцией и туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью [8].

В эпоху Марии Дмитриевны Ковригиной в здравоохранении нашей страны имела место централизованная система управления. В 90-ые годы прошлого века «происходил переход от централизованной системы управления к децентрализованной, при этом роль пациента в ней возросла» [9]. Сейчас Российская Федерация находится в очередном сложном историческом периоде, когда сферы образования, науки и здравоохранения практически разбалансированы и требуют серьезного реформирования. И как не хватает сейчас нашему здравоохранению таких креативных организаторов и подвижников, таких беззаветных тружеников и энтузиастов своего дела, как Мария Дмитриевна Ковригина!

Заключение

Самоотверженный труд М. Д. Ковригиной, ее достижения не остались незамеченными руководством СССР и мировой общественностью, у нее было много отечественных и зарубежных наград. Свой первый орден «Знак почета» она получила в 1944 г. за блестящую организацию приема, размещения и обустройства эвакуированных из прифронтовых территорий, в первую очередь детей. Орденом Трудового Красного Знамени ее награждали трижды: в 1943, 1960 и 1970 гг. В 1966 г. Президиум Верховного Совета СССР отметил заслуги Марии Дмитриевны главным орденом страны — орденом Ленина, в 1980 г. — орденом Октябрьской революции, медалями. В 1960 г. ей было присвоено звание Заслуженного врача Российской Федерации. Среди ее зарубежных наград — почетный знак «Золотой меркурий», Командорский Крест ордена «Возрождение Польши», польский диплом/грамота «Гонорис Кауза» за развитие сотрудничества учебных заведений, обеспечивающих повышение квалификации врачей СССР и Польши.

В возрасте 76 лет Мария Дмитриевна ушла на заслуженный отдых и стала персональным пенсионером союзного значения. Личной жизнью она пожертвовала ради карьеры, замуж не выходила, но воспитала двоих приемных дочерей, которыми всегда гордилась. Одна из этих девочек впоследствии стала известной художницей. Умерла Мария Дмитриевна 12 марта 1995 г. Эта необыкновенная женщина вне всяких сомнений достойна вечной благодарной памяти потомков.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ковтун О. П., Чугаев Ю. П., Егоров В. М., Скоромец Н. М. Мария Ковригина — рожденная жить и побеждать: очерк. Екатеринбург: ООО «ИИЦ «Знак качества»; 2022.
2. Ковтун О. П., Чугаев Ю. П. Вклад Уральского государственного медицинского университета в развитие здравоохранения, медицинской науки и образования. *Вестник Уральского государственного медицинского университета*. 2020;(1—2):3—13.
3. Судьбы и годы. 1930—2015. Екатеринбург: Изд-во Уральского университета; 2015.
4. Сабурова Е. Трудное счастье Марии Ковригиной. *Медицина и здоровье*. 2015;109(5):32.
5. Валиев А. Ш., Шарафутдинова Н. Х., Галикеева А. Ш., Валиев И. Р. Особенности профилактической деятельности медицинских организаций различной организационно-правовой направленности. *Уральский медицинский журнал*. 2019;170(2):121—125.
6. Бахтерева Е. В., Широков В. А., Кривцова И. П. Оценка распространенности и анализ болевого синдрома верхних конечностей у горнорабочих. *Уральский медицинский журнал*. 2011;87(09):74—77.
7. Альбицкий В. Ю., Баранов А. А. Смертность детского населения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(2):147—154. DOI: 10.32687/0869-866X-2024-32-2-147-154
8. Загдын З. М., Кобесов Н. В., Русских С. В. и др. Методологические подходы к оценке влияния туберкулеза как социально значимой инфекции на снижении качества общественного здоровья. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(2):187—195. DOI: 10.32687/0869-866X-2024-32-2-187-195
9. Тимурзиева А. Б., Линденбратен А. Л. О некоторых вопросах развития современной системы здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(4):723—730. DOI: 10.32687/0869-866X-2024-32-4-723-730

REFERENCES

1. Kovtun O. P., Chugaev Yu. P., Egorov V. M., Skoromets N. M. Maria Kovrigina — born to live and win: an essay. Yekaterinburg: LLC IIC Quality Mark; 2022. (in Russian).
2. Kovtun O. P., Chugaev Yu. P. Contribution of the Ural State Medical University to the development of healthcare, medical science and education. *Bulletin of the Ural State Medical University. [Vestnik Ural'skogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta]*. 2020;(1—2):3—13 (in Russian).
3. Destinies and years. 1930—2015. Yekaterinburg: Publishing House of the Ural University; 2015 (in Russian).
4. Saburova E. The difficult happiness of Maria Kovrigina. *Medicine and health. [Meditsina i zdorov'e]*. 2015;109(5):32 (in Russian).
5. Valiev A.Sh., Sharafutdinova N. H., Galikeeva A.Sh., Valiev I. R. Features of preventive activities of medical organizations of various organizational and legal orientation. *Ural Medical Journal. [Ural'skiy meditsinskiy zhurnal]*. 2019;170(2):121—125 (in Russian).
6. Bakhtereva E. V., Shirokov V. A., Krivtsova I. P. Assessment of the prevalence and analysis of upper limb pain syndrome in miners. *Ural Medical Journal. [Ural'skiy meditsinskiy zhurnal]*. 2011;87(09):74—77 (in Russian).
7. Albitsky V. Yu., Baranov A. A. Mortality of the child population. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2024;32(2):147—154 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2024-32-2-147-154
8. Zagdyn Z. M., Kobesov N. V., Russian S. V., etc. Methodological approaches to assessing the impact of tuberculosis as a socially significant infection on reducing the quality of public health. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2024;32(2):187—195 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2024-32-2-187-195
9. Timurzieva A. B., Lindenbraten A. L. On some issues of the development of the modern healthcare system. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2024;32(4):723—730 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2024-32-4-723-730

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

Статья поступила в редакцию 20.08.2024; одобрена после рецензирования 13.02.2025; принята к публикации 14.03.2025.
The article was submitted 20.08.2024; approved after reviewing 13.02.2025; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 61(091)+616.932

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.017

К вопросу открытия сероваров холерного вибриона O1 серогруппы

Владимир Александрович Горшков-Кантакузен

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»
Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

cantacuzene.patent@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-4691-4719>

Аннотация. Принято считать, что Япония в начале XX века существенно отставала в развитии от ведущих мировых держав, однако в случае такой молодой для того времени науки, как бактериология, дела обстояли иначе. При пристальном рассмотрении оказывается, что вклад японских врачей весьма велик, хотя и малоизвестен. Каждому бактериологу с институтских времен знакомы слова «инаба», «огава» и «гикошима», означающие три серовара холерного вибриона O1 серогруппы, но история происхождения этих названий, равно как и имена врачей Такаги Ицума (高木 逸磨), Кабесима Тамедзо (壁島 爲造) и Нобети Кейдзо (野辺地 慶三) неизвестны. Они не встречаются в учебной литературе, а в научной упоминаются лишь в небольшом количестве статей.

В настоящей статье, на основании статей Такаги, Кабесима и Нобети, воспоминаний их потомков и современников, а также архивном материале рассматривается история теории «типов Кабесима — Нобети», её утверждение медицинским сообществом Японии, а также причины последующего перехода от типов «оригинального», «вариативного» и «промежуточного», предложенных Кабесима и Нобети, к современным названиям в мировой науке. Отдельно рассмотрены биографии и влияние истории Научно-исследовательского института инфекционных болезней, основанного Китасато Сибасабуру, на предложенную теорию и взаимоотношения её авторов.

Впервые приводится портрет Кабесима, обнаруженный в собрании Мемориального музея Китасато Сибасабуру Объединённой корпорации Университета Китасато.

Ключевые слова: холера, серовары, типы, огава, инаба, гикошима, Кабесима Тамедзо, Нобети Кейдзо.

Для цитирования: Горшков-Кантакузен В. А. К вопросу открытия сероваров холерного вибриона O1 серогруппы // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 103—110. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.017.

Original article

To the question of the discovery of serotypes of cholera vibrio O1 serogroups

Vladimir A. Gorshkov-Cantacuzene

FSBEI FPE «Russian Medical Academy of Continuous Professional Education» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation,
Moscow, Russian Federation

cantacuzene.patent@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-4691-4719>

Abstract. It is generally believed that Japan at the beginning of the 20th century lagged far behind the world's leading powers, but this was not the case for a science as young as bacteriology. A closer look reveals that the contribution of Japanese physicians is very great, although little known. Every bacteriologist has known the words “inaba”, “ogawa” and “hikojima”, meaning the three serotypes of cholera vibrio of the O1 serogroup, but the history of the origin of these names, as well as the names of the physicians Takagi Isuma (高木 逸磨), Kabeshima Tamezō (壁島 爲造) and Nobechei Keizō (野辺地 慶三) are unknown. They are not found in academic literature, and in scientific literature they are mentioned only in a small number of articles.

In this article, based on articles by Takagi, Kabeshima and Nobechei, memoirs of their descendants and contemporaries, and archival material, the history of the theory of “Kabeshima — Nobechei types”, its approval by the medical community in Japan, and the reasons for the subsequent transition from the “original”, “variant” and “intermediate” types proposed by Kabeshima and Nobechei to the modern names in world science are reviewed. The biographies and influence of the history of the Research Institute of Infectious Diseases, founded by Kitasato Shibasaburō, on the proposed theory and the relationship of its authors are discussed separately.

The portrait of Kabeshima, found in the collection of the Kitasato Shibasaburō Memorial Museum of the United Corporation of Kitasato University, is published for the first time.

Key words: cholera, serotypes, types, ogawa, inaba, hikojima, Kabeshima Tamezō, Nobechei Keizō.

For citation: Gorshkov-Cantacuzene V. A. To the question of the discovery of serotypes of cholera vibrio O1 serogroups. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(1):103–110. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.017.

Слова «инаба», «огава» и «гикошима» знакомы каждому бактериологу. Они обозначают один из трёх сероваров холерного вибриона O1 серогруппы¹ [1], но никто не знает почему они так называются. Более того, существующая на сегодняшний день ме-

дицинская и историческая литература также не освещают этот вопрос в полной мере, поэтому в на-

¹ Далее для краткости указание на серогруппу O1 будем опускать.

стоящей статье автор планирует исправить это досадное недоразумение.

История

В начале прошлого столетия, задолго до появления молекулярно-генетических методов исследования, для определения вида микроорганизма, вызвавшего эпидемию, среди прочего, использовали метод агглютинации, основанный на реакции «антиген-антитело». Говоря простым языком, имея сыворотку крови, содержащую антитела к поверхностным белкам (антигенам) бактерии известного вида, можно выяснить, относится ли выделенная от пациента бактериальная культура к этому виду, поскольку взаимодействие антител в сыворотке с антигенами бактерий приведёт к агглютинации — образованию конгломерата, выпадающего в осадок в виде хлопьев. То есть, имея холерную сыворотку можно наглядно определить, является ли выделенная от пациента или объектов окружающей среды (воды) бактериальная культура холерным вибрионом.

Вместе с тем, заболевание, вызываемое токсигенными штаммами холерного вибриона, именуемое «холера», имеет весьма специфическую симптоматику, резко отличающую это заболевание от других. А именно, у пациентов, на фоне незначительного снижения температуры тела, резко возникает обильная безболезненная диарея (впоследствии беспозывная) с быстрым развитием обезвоживания. Испражнения теряют каловый характер и чаще всего имеют вид водянистого рисового отвара. Возможна рвота.

При наличии столь характерной клинической картины, дополненной эпидемиологическим анамнезом, постановка диагноза не вызывает сложностей, если конечно речь не идёт о лёгких и стёртых формах [2]. Однако, в начале прошлого столетия врачи столкнулись со странным явлением: заболевание по клинической картине соответствует холере, выделенная от пациентов культура по характеру роста, форме колоний на чашке и при микроскопировании «холерная» (Рис. 1), сформированная бактериями характерной для холерного вибриона фор-

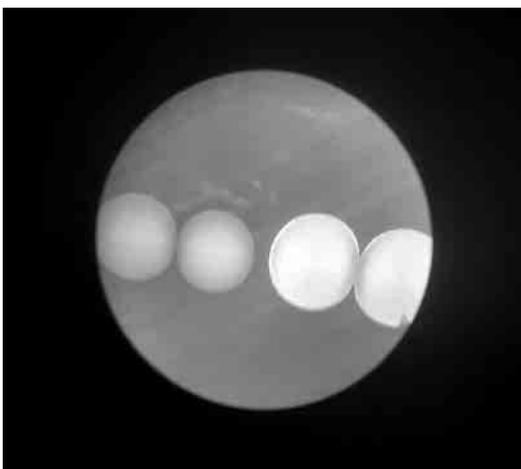


Рис. 1. Характерное свечение колоний холерного вибриона в косопроходящем пучке света.

мы (изогнутая палочка с длинным жгутиком), но агглютинируется слабо либо вовсе не агглютинируется имеющейся холерной сывороткой. Первым это явление в 1913 году описал японский бактериолог Такаги Ицума (高木 逸磨), установив, что культуры, выделенные на Тайване, отличаются от Японских, полученных во время вспышки холеры в Токио в 1912 году [3]. При этом он предполагал четыре вида «холерных» бактерий. В том же году Кабесима Тамедзо (壁島 爲造), исследовав культуры, выделенные во время различных вспышек холеры в Японии, Германии, Китае, Франции и России, пришёл к выводу, что все «холерные» культуры можно разделить на два типа: «оригинальный» (原型), который агглютинируется имеющейся холерной сывороткой, и «иной» (異型), который агглютинируется плохо или не агглютинируется вовсе [4]. При этом если получить сыворотку «инового» типа, уже культуры «оригинального» типа будут слабо агглютинироваться или вовсе не агглютинироваться ею. Кабесима предположил, что культуры «инового» типа вероятнее всего являются мутантами «оригинального» и не имеют той же эпидемиологической значимости, что и положил в основу предлагаемых наименований.

Следующей «вехой» нашей истории являются работы Нобети Кейдзо (野辺地 慶三) и, в частности, статьи 1923 и 1925 годов [5, 6], в которых он уже рассуждает не только об агглютинации, но и о питательных потребностях холерных вибрионов различных типов. Справедливости ради заметим, что Кабесима тоже касался этого вопроса в своих статьях и даже создал питательную среду для выращивания холерных вибрионов [7], использующуюся до 1945 года², однако именно Нобети, среди прочего, приводит сведения о типах холерных вибрионов культур, выделенных во время различных вспышек (в том числе, и культур, исследованных Кабесима). Именно у него, помимо уже известных нам культур «оригинального» и «инового» типов, названных «оригинальным и вариативным типами Кабесима» (the original and the varied types of Kabeshima), обнаруживаем культуры «срединного типа» (the middle type), которые, как сообщает автор, агглютинируются сыворотками двух других типов, а сыворотка «срединного» типа, в свою очередь, агглютинирует культуры «основного» и «вариативного типов (вероятность смеси культур Нобети исключает).

Тут будет не лишним сказать, что в вопросе этиологии возникновения типов Кабесима и Нобети расходятся. Так, в отличие от Кабесима, считающего культуры «инового» типа мутантами «оригинального», Нобети утверждает, что все три типа равнозначны и обладают равной эпидемиологической значимостью, поэтому он критикует «термины Кабесима» как отражающие ложное представление о типах [8], при этом использует их в своих работах, чтобы не создавать терминологической путаницы. Далее Но-

² Komura D. Tama Cemetery, where history rests. 2019. Режим доступа: <http://www6.plala.or.jp/guti/cemetery/> (дата обращения: 06.09.2024)

бети предлагает схему антигенных структур, отражающую его понимание:

- «оригинальный» тип — AX,
- «срединный» тип — A(B)X,
- «вариативный» тип — VX.

В целом эта схема, в последующем модифицируемая другими авторами, отражает реальное положение вещей, при котором холерные вибрионы обозначенных типов отличаются друг от друга структурой синтезируемого на поверхности O-антигена липополисахарида. В частности, бактерии «оригинального» типа синтезируют неметилированный терминальный перозамин, бактерии «вариативного» типа — метилированный, а бактерии «срединного» типа синтезируют как метилированный, так и неметилированный [9]. Вместе с тем, относительно эпидемиологической значимости и этиологии возникновения типов Нобети заблуждался. На сегодняшний день установлена совместная циркуляция штаммов только «оригинального» и «вариативного» типов во время эпидемий с возможностью «перехода» одного типа в другой, тогда как штаммы «срединного» типа встречаются редко и являются нестабильными, возникая исключительно во время «перехода» штаммов «оригинального» типа в «вариативный» и наоборот [9]. То есть в вопросе существования мутантов Кабесима был прав, только «малозначимыми» оказались штаммы не «иноного» («вариативного») типа, а «срединного», выделенного Нобети. Более того, Кабесима отмечал, что разница между «срединным» типом и двумя другими незначительна.

В 1930 году, на 5 ежегодном собрании Японского общества профилактики и контроля инфекционных болезней, предложенное Нобети деление на три типа было утверждено, а эталонный для каждого типа штамм сдан в государственную коллекцию [10, 11]. В качестве эталонных были выбраны штаммы, выделенные в 1921 году: для «оригинального» типа штамм «инаба» (稻葉), названный по имени пациента и выделенный в Манадзуру (префектура Канагава), для «вариативного» типа штамм «огава» (小川), названный также по имени пациента и выделенный в окрестностях Нагасаки, а для «срединного» типа штамм «гикошима» (彦島), получивший своё название от острова, на котором он был выделен от одного из пациентов, предположительно приплывших из Шанхая. Любопытный специалист, по запросу, мог получить эти штаммы, при этом для иностранных специалистов названия дублировались на английский — Inaba, Ogawa, Hikojima. Не трудно заметить, что в названии 彦島 (*Hikoshima*) допущена ошибка, которая сохраняется до настоящего времени, что вероятно является следствием копирования названия, используемого Нобети для этого штамма в англоязычной статье 1925 года [6], хотя Аоки Ёсио (青木 義勇), указывая на эту ошибку, не объясняет её происхождения [8].

Первыми иностранцами, использовавшими деление на типы, вероятно, были К. В. Венкатраман и К. Г. Пандит, которые в 1938 году, описывая эпидемию холеры в сельской местности на юге Индии, указали, что она была вызвана штаммом типа

«Ogawa» [12]. Причина, по которой они, а затем и другие специалисты начали использовать названия типовых штаммов для обозначения типов культур достоверно не ясна, однако вполне вероятно, что специалисты, используя на практике сыворотки от эталонных штаммов, для краткости именовали их по названиям этих штаммов, что в конечном итоге «перекочевало» в научную и учебную литературу. Примечательно, что в то же время японские специалисты продолжали использовать названия типов Кабесима—Нобети, но со временем тоже перешли на «иностранную систему», вероятно, к началу 1950-х годов [13]. Связано ли это с оккупацией Японии союзниками (1945—1952) сказать сложно, хотя исключать «иностранного» влияния на японскую науку в этот период нельзя. Так или иначе, на сегодняшний день специалисты всего мира используют деление на типы, именуя их «сероварами» (только в японской литературе до сих пор пишут 型, т. е. «тип»), а в качестве названий указывают наименования эталонных штаммов «инаба», «огава» и «гикошима».

Далее рассмотрим биографии Такаги Ицума, Кабесима Тамедзо и Нобети Кейдзо.

Такаги Ицума. Родился 24 января 1884 года в Нагасаки и был сыном Такаги Такэо (高木 武夫), унаследовав главенство в семье в 17 лет. После окончания Медицинской школы Токийского императорского университета (ныне Высшая медицинская школа и Факультет медицины Токийского университета) в 1910 году трудоустраивается в Токийскую муниципальную больницу Камагомэ, в стенах которой и высказывает предположение о существовании различных «холерных» бактерий. В 1914 году переходит на работу в Научно-исследовательский институт инфекционных болезней (уже после его переподчинения и отставки Китасато Сибасабуру), где до 1918 года занимается созданием холерной вакцины [14]. В 1918 году работает в клинике генерал-губернатора Кореи, где в 1922 году получает степень доктора медицины, а в 1925 году направляется на стажировку в Европу и США. Вернувшись в Японию в 1927 году, устраивается профессором в Токийский императорский университет, совмещая преподавание с работой в Научно-исследовательском институте инфекционных болезней, где занимается изучением чумы [15], туляремии [16] и брюшного тифа [17]. За изучение лихорадки от укуса крыс в 1929 году получает Премию Японской академии наук³.

В 1933 году возвращается в Токийскую муниципальную больницу Камагомэ на должность директора, но уже с 1938 года возглавляет центр профилактики эпидемий Северо-Китайского отделения ассоциации Додзин. Сложно сказать, был ли он в этот период связан с деятельностью Отряда 731, но полностью исключать этого нельзя.

В 1944 году возвращается в Японию и увольняется из Токийского императорского университета. С

³ Режим доступа: https://www.japan-acad.go.jp/japanese/activities/jyusho/t_gyo.html (дата обращения 16.09.2024)



Рис. 2. Семейная могила, в которой захоронен Такаги Ицума (справа) и эпитафия, свидетельствующая о перезахоронении (слева), на кладбище Тама, Токио, август 2024.

сентября 1946 года занимает должность второго директора Иокогамской городской медицинской школы, а с июня 1947 года, первого президента созданного на её базе Иокогамского медицинского университета «старой системы», преобразованного в 1952 году путём слияния в Медицинский факультет Иокогамского городского университета⁴. Скончался, оставаясь на своём посту, 5 декабря 1960 года в возрасте 78 лет⁵. В настоящее время похоронен на кладбище Тама в семейной могиле, куда был перезахоронен, согласно рядом расположенной эпитафии, 5 августа 1961 года (Рис. 2).

Поскольку Такаги состоял в родстве с семьёй баронов Ваганабэ, в частности, Исии Фудеко (石井 筆子), являющейся женой Исии Рёичи (石井 亮一), основателя Фонда социального обеспечения Такиногава Гакуэн, он также занимал должность заведующего медицинской частью этой организации и был её пятым (1948—1955) и шестым (1956—1958) директором.

Кабесима Тамедзо. Родился 13 января 1881 года в деревне Арима (совр. Эбина), префектура Канагава. Работа на складе лекарственных препаратов, в возрасте 14 лет, поступает в Токийскую фармацевтическую школу (ныне Токийский университет фармакологии и наук о жизни), которую оканчивает в 16 лет, сдав экзамен на фармацевта. В том же году поступает в Медицинскую школу Токийского императорского университета, которую оканчивает в возрасте 19 лет сдав экзамен на медицинскую практику в Министерство внутренних дел. Через два года, в 1902 году, он трудоустраивается в Научно-исследовательский институт инфекционных болезней,

возглавляемый Китасато Сибасабуро, а оттуда направляется на работу санитарным инспектором карантинной станции префектуры Канагава, которую возглавляет Ногуты Хидэё. По сообщению внука Кабесима, Сейгай Иято (世外 迂人), приводимому Комура⁶, Кабесима и Ногуты до конца жизни поддерживали дружеские отношения.

С началом Русско-Японской войны, Кабесима успешно сдает экзамен на военного хирурга и по распределению попадает на госпитальное судно Кобе Мару компании Ниппон Юсен, после чего его переводят в Военно-морской госпиталь Майдзуру. После окончания войны он решает продолжить военную карьеру и даже получает премию от Ассоциации военно-морской медицины.

В 1911 году, как имеющего опыт в бактериологии, его снова направляют в Научно-исследовательский институт инфекционных болезней, где он работает над созданием вакцин от брюшного тифа и холеры, в которых очень сильно нуждается японский военный флот. Именно в это время он создаёт «среду Кабесима» (壁島培地) для выращивания холерных вибрионов [7] и предлагает разделение на типы [4]. По имеющимся сведениям, в 1923 году за эту работу он получает учёную степень от Киотского университета⁷.

В 1914 году Кабесима переходит на работу в военно-морской госпиталь Сасебо, где возглавляет бактериологическую лабораторию. Вероятно его уход из Научно-исследовательского института инфекционных болезней связан с отставкой Китасато Сибасабуро, произошедшей в ответ на переподчинение института Министерству образования и, как следствие, присоединению к Токийскому императорскому университету (по имеющимся сведениям в отставку подали все сотрудники института).

После госпиталя он работает главным военным хирургом на крейсерах Тацута и Касаги, и в феврале 1916 года направляется в командировку в Шанхай⁸. В 1917 году, в знак признания заслуг, его посылают во Францию в качестве военного атташе, что Кабесима совмещает с бактериологической работой в Институте Пастера (было ли это заданием японского правительства или личной инициативой неиз-

⁶ Komura D. Tama Cemetery, where history rests. 2019. Режим доступа: <http://www6.plala.or.jp/guti/cemetery/> (дата обращения: 06.09.2024)

⁷ Komura D. Tama Cemetery, where history rests. 2019. Режим доступа: <http://www6.plala.or.jp/guti/cemetery/> (дата обращения: 06.09.2024)

⁸ Terauchi M. The case of Navy Medical Officer Kabeshima Tamezō's business trip to Shanghai. 1916. Режим доступа: <https://www.digital.archives.go.jp/DAS/meta/listPhoto?LANG=default&ID=F0000000000001000790&ID=&TYPE=djjpeg> (дата обращения 10.09.2024)

⁴ Режим доступа: <https://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~igakukai/gaiyou/enkaku.html> (дата обращения: 16.09.2024)

⁵ Komura D. Tama Cemetery, where history rests. 2019. Режим доступа: <http://www6.plala.or.jp/guti/cemetery/> (дата обращения: 06.09.2024)



Рис. 3. Могила Кабесима Тамедзо на кладбище Тама, Токио, август 2024.



Рис. 4. Портрет Кабесима Тамедзо. Любезно предоставлено Мемориальным музеем Образовательной корпорации Института Китасато (инв. № K002266)

вестно). Вернувшись через три года в Японию, Кабесима устраивается инструктором и заведующим кафедрой эпидемиологии в Военно-морской медицинской школе (ликвидирована в 1945 году).

В 1927 году он получает перевод в Первый флот и должность главного военного хирурга Объединённого флота, а 10 декабря 1928 года должность контр-адмирала медицинской службы. Через год, в возрасте 48 лет, Кабесима зачисляются в военный резерв. Его заслуги отмечены Орденом священного сокровища третьей степени четвёртого ранга. На

пенсии он работает в компании Sankyo Co., Ltd., где с 1936 года возглавляет Научно-исследовательский институт, занимающийся производством вакцин и сывороток⁹. С 1941 по 1945 года числится офицером тылового охранения (後備役). В сентябре 1949 года Кабесима покидает институт¹⁰, чтобы основать собственный, однако 27 декабря 1952 года, в возрасте 71 года, умирает от стенокардии.

Сложно сказать, что сподвигло уже немолодого Кабесима уйти из возглавляемого им института и решиться основать собственный, поскольку внук Сейгай, как сообщил автору Комура Дайдзю, не сообщил подробностей, а связь с ним была утеряна около 20 лет назад. Вполне вероятно, что его уже нет в живых,

как и других родственников Кабесима, поскольку могила последнего на кладбище Тама в настоящий момент выглядит заброшенной (Рис. 3).

Интересно, что у семьи Кабесима не оказалось ни одной его фотографии (по сведениям Комура), поэтому автор обратился к Эндо Руми, куратору Мемориального музея Китасато Сибасабуру Объединенной корпорации Университета Китасато, хотя вероятность того, что у них окажется фотография сотрудника, работавшего в Научно-исследовательском институте инфекционных болезней, была крайне мала, поскольку институт, хотя и был детищем Китасато Сибасабуру не имел никакого отношения к Институту Китасато (и, соответственно, Объединенной корпорации Университета Китасато). Вместе с тем, Эндо Руми удалось обнаружить личное дело Кабесима Тамедзо с портретом, который мы с большим удовольствием и трепетом публикуем (Рис. 4).

Нобети Кейдзо. Родился 11 мая 1890 года в Мо-риока, префектура Иватэ, и был третьим сыном Нобети Кейдзи. После окончания Медицинской школы Токийского императорского университета работал в Научно-исследовательском институте инфекционных болезней (уже после его переподчинения и отставки Китасато Сибасабуру), где предложил разделение культур холерного вибриона на три типа.

В 1923 году руководство Токийского императорского университета направляет Нобети в США, где он получает учёную степень в Гарвардской школе общественного здравоохранения (ныне Гарвардская школа общественного здравоохранения им. Т. Ч. Чана Гарвардского университета) и в 1927 году возвращается в Японию в качестве специалиста

⁹ Режим доступа: https://shashi.shibusawa.or.jp/details_basic.php?sid=3770 (дата обращения: 06.09.2024)

¹⁰ Режим доступа: https://shashi.shibusawa.or.jp/details_basic.php?sid=3750 (дата обращения: 06.09.2024)



Рис. 5. Нобети Кейдзо в бытность профессором Нагойского университета. Любезно предоставлено Японским эпидемиологическим обществом.

по общественному здравоохранению. Уже в 1930 году Нобети открывает лабораторию эпидемиологии в Научно-исследовательском институте инфекционных болезней. Сын Нобети, Нобети Ацуро (野辺地篤郎), сообщает о записях Токийского императорского университета, из которых следует, что официальной целью поездки были бактериологические исследования, но, вероятно, фактической целью было именно изучение системы общественного здравоохранения США [18]. Так или иначе, но по возвращении из Соединённых Штатов Нобети уже не занимается бактериологией, посвятив всего себя созданию в Японии системы общественного здравоохранения.

С 1933 года он, совместно с Фондом Рокфеллера, работает над продвижением проектов по общественному здравоохранению, что в конечном счёте приводит сначала к созданию в Токио первого в стране центра общественного здравоохранения, а затем и Национального института общественного здравоохранения, на строительство которого фондом был выделен один миллион долларов. При этом Нобети выступает исключительно как доверенное лицо Министерства внутренних дел. Чтобы понимать весь масштаб его заслуги следует отдельно отметить, что строительство центра и института, начатые как помощь после Великого землетрясения Канто (1921), было окончено, соответственно, в 1945 и 1946 годах. Благодаря личному вкладу Нобети этому проекту не помешали ни Вторая мировая война, ни последующая капитуляция Японии.

С этого момента Нобети становится известным, как «отец общественного здравоохранения», совмещая научно-организационную работу с преподаванием в Нагойском университете (1945). И тем не менее, по воспоминаниям Одака Такэси (???), после

сильной ссоры в августе 1947 года с бригадным генералом Крауфордом Сэмсом (Crawford F. Sams), возглавлявшим Отдел общественного здравоохранения и социального обеспечения Штаб-квартиры Главнокомандующего союзными оккупационными войсками, Нобети сначала приказывают не выходить на работу на следующий день, а после, 17 сентября, он подаёт в отставку [19]. Его сын, Нобети Ацуро, по этому поводу вспоминает: «у отца был мягкий характер, но я не думаю, что он легко отступал, когда дело доходило до того, что правильно» [18].

В наступивший новый период жизни Нобети устраивается на работу в Университет Нихон (совмещая с работой в Нагойском) и полностью раскрывает в себе талант преподавателя (Рис. 5), читая циклы лекций по общественному здравоохранению, которые он неизменно начинает с двух статей Закона о врачах (обязанности врача и обязательство предоставлять рекомендации по вопросам здравоохранения), чтобы будущие врачи на всю жизнь прониклись их духом¹¹. Накано Эйити (中野 英一), уже будучи профессором университета Кёрин, в котором впоследствии работал Нобети, вспоминает, как тот любезно наставлял его, простого студента 3 курса, относясь как к равному, делясь глубокими знаниями и теплом [20]. В статье, посвящённой памяти сенсея, он сообщает любопытную историю: осенью 1954 года он застал Нобети пишущим на чашке каллиграфию «彰往察来» (изучать прошлое и предсказать, что произойдёт в будущем). Это была его любимая фраза, иллюстрирующая суть эпидемиологии и жизненную философию. Однако ниже стояла подпись — 北斗 (хокуто). Накано спросил о происхождении этого имени, о котором никто не знал, на что Нобети ответил, что созвездие Большая медведица (хокуто) связана с Полярной звездой, являющейся ориентиром для навигации, и он очень надеется, что сможет сделать работу, которая послужит другим ориентиром. Видится, что результатами этой работы стали, в частности, книги «Общая теория эпидемиологии» (1951) и «Обзор общественного здравоохранения» (1959), которые Нобети, как говорят, старался написать как можно яснее [20, 21].

В 1958 году Нобети стал главой эпидемиологического отдела Комиссии по расследованию последствий атомных бомбардировок, а в 1968 году председателем комитета Всемирной организации здравоохранения по исследованию холеры, вызванной холерным вибрионом биовара El Tor [22].

Научные заслуги Нобети отмечены Орденом священного сокровища третьей степени четвёртого ранга (1965), двумя Премиями в области культуры здоровья (1964, 1973) и Премией Всемирной организации здравоохранения им. Леона Вернарда (1973). Он стал первым японцем, получившим её.

Скончался 25 июня 1978 года в 4:30 утра в возрасте 88 лет.

¹¹ Режим доступа: <https://www.city.morioka.iwate.jp/kankou/kankou/1037106/1009526/1024995/1025001/1025113.html> (дата обращения: 06.09.2024)



Рис. 6. Портрет Ногуты Кейдзо. Любезно предоставлено Мемориальным музеем предшественников города Мориока.

В 2002 году портрет Нобети Кейдзо, подаренный сыном, торжественно внесён в зал предшественников Мемориального музея предшественников города Мориока (Рис. 6).

Заключение

В заключение всего вышесказанного остаётся открытым вопрос: могли ли Такаги, Кабесима и Нобети быть знакомы? Они работали в Научно-исследовательском институте инфекционных болезней, но как ранее уже кратко упоминалось, история института чётко делится на две части: «до» и «после» вынужденной отставки Китасато Сибасабуру. Дело в том, что ещё во время стажировки у Роберта Коха в Германии, Китасато публично дискутировал с Масанори Огата (緒方 正規), бывшим некоторое время его руководителем, по вопросу этиологии бери-бери. И хотя был прав, отрицая инфекционную природу этого заболевания, научная общественность предпочла сделать Китасато изгоем, поскольку он «не понимает пути мастера и ученика» [23]. По возвращении из Германии путь в Токийский императорский университет был для него закрыт, что стало причиной создания частного учреждения — Научно-исследовательского института инфекционных болезней, вскоре подаренного государству и отнесённого в ведение Министерства внутренних дел. Институт имел функции совещательного органа [24] и по-сути являлся первым надзорным органом Японии по вопросам санитарной охраны. В его стенах Китасато воспитал команду специалистов «второго» научного мира, к которой и принадлежал Кабесима. Когда институт передали в юрисдикцию Министерства образования и подчинили Токийско-

му императорскому университету, Китасато, как истинный самурай¹², просто подал в отставку. Его ученики последовали примеру руководителя, среди которых был и Кабесима. В пустые стены института пришли новые люди, среди которых были Такаги и Нобети. Вполне вероятно, что Институту поручили продолжить исследования, поэтому Такаги занялся созданием холерной вакцины [14], а Нобети — разработкой «теории типов» под руководством Тамия Такэо (田宮 猛雄), нового директора [25]. И поскольку известно, что Кабесима и Такаги состояли в Японском гигиеническом обществе можно заключить, что они были знакомы. В 1918 году последний покинет институт и вернется в него только в 1927 году, чтобы заняться изучением других инфекций.

В этой истории навсегда останется неизвестным, имел ли Нобети какие-то наработки Кабесима, однако очевидно, что он располагал его опубликованными работами, поскольку часто ссылался на них в своих статьях [5, 6, 10]. Из статьи, содержащей текст лекции на 5 ежегодном собрании Японского общества профилактики и контроля инфекционных болезней, обнаруживаем мнение Кабесима об этой лекции [10], из чего можно заключить, что как минимум в это время они были знакомы (или познакомились). И хотя Кабесима весьма скептически воспринял «промежуточный» тип Нобети, он признал состоятельность теории трёх типов и выразил желание провести собственные исследования. Вполне вероятно, что на этом их общение и закончилось, поскольку не сохранилось никаких письменных свидетельств этого даже в части научных статей. Можно предположить, что этому также способствовали трагические события 1940-х годов.

Автор выражает бесконечную благодарность за помощь в написании этой статьи Эндо Руми (遠藤 瑠海), куратору Мемориального музея Китасато Сибасабуру Объединённой корпорации Университета Китасато, и Коно Сатоми (河野 聡美), сотруднику Мемориального музея предшественников города Мориока, а также «подметальщику мха» Кокура Дайдзю (小村 大樹), доктору Сумида Томохиса (住田 朋久) и переводчице Накано Мисако (中野 美紗子).

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Онищенко Г. Г., Кутырев В. В. Лабораторная диагностика опасных инфекционных болезней: практическое руководство. Под ред. академика РАМН Г. Г. Онищенко, академика РАМН В. В. Кутырева. Издание 2-е. Москва: ЗАО «Шико»; 2013.
2. Ющук Н. Д., Венгерова Ю. Я. Инфекционные болезни: национальное руководство. Издание 3-е. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2021.
3. Takagi I. On the cholera strain prevalent in Tokyo in 1912, *Japanese Journal of Hygiene*. [Nipon eiseigakkai zasshi]. 1913;(9):49—60 (in Japanese).
4. Kabeshima T. Study on the Biological Properties of “Cholera” Bacteria (First Report). *Journal of Bacteriology*. [Saikin-gaku zasshi]. 1913;(213):517—535 (in Japanese).

¹² Имеются сведения, полученные автором от сотрудников Образовательной корпорации Университета Китасато, что его мать происходила из рода самураев, и сам он хотел стать самураем, чему помешала Реставрация Мэйдзи.

5. Nobechi K. Contributions to the knowledge of *Vibrio cholera*. III. Immunological Studies upon the Types of *Vibrio cholerae*. *Scientific Reports. Government Institute for Infectious Diseases*. 1923;(2):1—87.
6. Nobechi K. Contributions to the knowledge of *Vibrio cholera*. I. Fermentation of carbohydrates and polyatomic alcohols by *Vibrio cholerae*. *J Bacteriol*. 1925;(10):197—215.
7. Kabeshima T. “Cholera” culture base studies (First Report). *Journal of Bacteriology [Saikin-gaku zasshi]*. 1912;(199):346—371 (in Japanese).
8. Aoki Y., Sasaki K. Bacterial types and antigenic structures of Cholera (recent progress and current outlook). *Endemic diseases bulletin of Nagasaki University. [Nagasaki daigaku fūdo-byō kiyō]*. 1961;(3):48—67 (in Japanese).
9. Montero D. A., et al. *Vibrio cholerae*, classification, pathogenesis, immune response, and trends in vaccine development. *Frontiers in Medicine*. 2023;(10):115751. DOI: 10.3389/fmed.2023.115751
10. Nobechi K. On the problem of the type of “Cholera” Bacteria. *Journal of the Japanese Society for Infectious Diseases. [Nippon chishi-sei shikkan gakkai-shi]*. 1930;(5):1—28 (in Japanese).
11. Aoki Y. A request for unification in type and antigen designations of *Vibrio cholera*. *Japan Journal of Microbiology*. 1962;(6):79—82.
12. Venkatraman K. V., Pandit C. G. An epidemic of cholera in a rural area in South India caused by the “Ogawa” type of *V. cholerae*. *Indian Journal of medical research*. 1938;(25):585.
13. Yutaka K. Some observations on the properties of Cholera. *Japanese Journal of Bacteriology. [Nippon saikin-gaku zasshi]*. 1954;(9):147—152 (in Japanese).
14. Takagi I. Comparative study of immunity between cholera vaccine and sensitizing vaccine. *Journal of the Institute of Infectious Diseases. [Densen-byō kenkyū-sho gakuyū-kai zasshi]*. 1918;(2):98—112 (in Japanese).
15. Takagi I. Cases of laboratory infection with pulmonary “plague”. *Journal of the Japanese Society for Infectious Diseases. [Nippon chishi-sei shikkan gakkai-shi]*. 1927;(2):55—59 (in Japanese).
16. Takagi I. Tularemia. *Journal of Experimental Medicine. [Jikken igaku zasshi]*. 1922;(6):644—647 (in Japanese).
17. Takagi I. On the carriers of the typhoid bacillus. *Journal of the Japanese Society for Infectious Diseases. [Nippon chishi-sei shikkan gakkai-shi]*. 1931;(5):851—897 (in Japanese).
18. Nobechi A. Father. Nobechi Keizō. *News from the Ancestors Memorial Museum. [Saki hito kinen-kanda yori]*. 2005;(35):5.
19. Odaka T. Institute of Infectious Diseases: The Pioneering Path of Modern Medicine. Tokyo: Gakkai shuppan sentā; 1992 (in Japanese).
20. Nakano E. Meeting with Professor Keizō Nobechi. *Journal of Kyōrin Medical Society. [Kyōrin igaku-kai zasshi]*. 1978;(9):177 (in Japanese).
21. Nobechi Keizō “Public Health Overview”. *News from the Ancestors Memorial Museum. [Saki hito kinen-kanda yori]*. 2020;(65):3.
22. In Memory of Professor Nobechi Keizō. *Journal of Kyōrin Medical Society. [Kyōrin igaku-kai zasshi]*. 1978;(9):175 (in Japanese).
23. Tanihara H. Ogai Mori, Shibasaburo Kitasato, and Jujiro Kawamoto: On academic conflict, academic cliques, and friendship. *Ophthalmology. [Ganka]*. 2013;(55):1—4 (in Japanese).
24. Kitasato S. Fighting plague in Japan. Reprinted from the New York Medical Journal for July 7. New York: A. R. Elliot Publishing Co.; 1906.
25. Nobechi K., et al. Around Professor Nobechi: Establishment of epidemiology and the founding of the Public Health Institute. *Public Health. [Kōshū eisei]*. 1960;(24):254—269 (in Japanese).
3. Takagi I. On the cholera strain prevalent in Tokyo in 1912, *Japanese Journal of Hygiene. [Nippon eiseigakkai zasshi]*. 1913;(9):49—60 (in Japanese).
4. Kabeshima T. Study on the Biological Properties of “Cholera” Bacteria (First Report). *Journal of Bacteriology. [Saikin-gaku zasshi]*. 1913;(213):517—535 (in Japanese).
5. Nobechi K. Contributions to the knowledge of *Vibrio cholera*. III. Immunological Studies upon the Types of *Vibrio cholerae*. *Scientific Reports. Government Institute for Infectious Diseases*. 1923;(2):1—87.
6. Nobechi K. Contributions to the knowledge of *Vibrio cholera*. I. Fermentation of carbohydrates and polyatomic alcohols by *Vibrio cholerae*. *J Bacteriol*. 1925;(10):197—215.
7. Kabeshima T. “Cholera” culture base studies (First Report). *Journal of Bacteriology [Saikin-gaku zasshi]*. 1912;(199):346—371 (in Japanese).
8. Aoki Y., Sasaki K. Bacterial types and antigenic structures of Cholera (recent progress and current outlook). *Endemic diseases bulletin of Nagasaki University. [Nagasaki daigaku fūdo-byō kiyō]*. 1961;(3):48—67 (in Japanese).
9. Montero D. A., et al. *Vibrio cholerae*, classification, pathogenesis, immune response, and trends in vaccine development. *Frontiers in Medicine*. 2023;(10):115751. DOI: 10.3389/fmed.2023.115751
10. Nobechi K. On the problem of the type of “Cholera” Bacteria. *Journal of the Japanese Society for Infectious Diseases. [Nippon chishi-sei shikkan gakkai-shi]*. 1930;(5):1—28 (in Japanese).
11. Aoki Y. A request for unification in type and antigen designations of *Vibrio cholera*. *Japan Journal of Microbiology*. 1962;(6):79—82.
12. Venkatraman K. V., Pandit C. G. An epidemic of cholera in a rural area in South India caused by the “Ogawa” type of *V. cholerae*. *Indian Journal of medical research*. 1938;(25):585.
13. Yutaka K. Some observations on the properties of Cholera. *Japanese Journal of Bacteriology. [Nippon saikin-gaku zasshi]*. 1954;(9):147—152 (in Japanese).
14. Takagi I. Comparative study of immunity between cholera vaccine and sensitizing vaccine. *Journal of the Institute of Infectious Diseases. [Densen-byō kenkyū-sho gakuyū-kai zasshi]*. 1918;(2):98—112 (in Japanese).
15. Takagi I. Cases of laboratory infection with pulmonary “plague”. *Journal of the Japanese Society for Infectious Diseases. [Nippon chishi-sei shikkan gakkai-shi]*. 1927;(2):55—59 (in Japanese).
16. Takagi I. Tularemia. *Journal of Experimental Medicine. [Jikken igaku zasshi]*. 1922;(6):644—647 (in Japanese).
17. Takagi I. On the carriers of the typhoid bacillus. *Journal of the Japanese Society for Infectious Diseases. [Nippon chishi-sei shikkan gakkai-shi]*. 1931;(5):851—897 (in Japanese).
18. Nobechi A. Father. Nobechi Keizō. *News from the Ancestors Memorial Museum. [Saki hito kinen-kanda yori]*. 2005;(35):5.
19. Odaka T. Institute of Infectious Diseases: The Pioneering Path of Modern Medicine. Tokyo: Gakkai shuppan sentā; 1992 (in Japanese).
20. Nakano E. Meeting with Professor Keizō Nobechi. *Journal of Kyōrin Medical Society. [Kyōrin igaku-kai zasshi]*. 1978;(9):177 (in Japanese).
21. Nobechi Keizō “Public Health Overview”. *News from the Ancestors Memorial Museum. [Saki hito kinen-kanda yori]*. 2020;(65):3.
22. In Memory of Professor Nobechi Keizō. *Journal of Kyōrin Medical Society. [Kyōrin igaku-kai zasshi]*. 1978;(9):175 (in Japanese).
23. Tanihara H. Ogai Mori, Shibasaburo Kitasato, and Jujiro Kawamoto: On academic conflict, academic cliques, and friendship. *Ophthalmology. [Ganka]*. 2013;(55):1—4 (in Japanese).
24. Kitasato S. Fighting plague in Japan. Reprinted from the New York Medical Journal for July 7. New York: A. R. Elliot Publishing Co.; 1906.
25. Nobechi K., et al. Around Professor Nobechi: Establishment of epidemiology and the founding of the Public Health Institute. *Public Health. [Kōshū eisei]*. 1960;(24):254—269 (in Japanese).

REFERENCES

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

Статья поступила в редакцию 21.10.2024; одобрена после рецензирования 27.01.2025; принята к публикации 14.03.2025.
The article was submitted 21.10.2024; approved after reviewing 27.01.2025; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 615.94.100

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.018

Проблемы отпуска спирта в период действия сухого закона в годы Первой мировой войны

Марина Николаевна Гурьянова¹, Милена Александровна Агафонова²

^{1–2}Пермская государственная фармацевтическая академия (ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России), г. Пермь, Российская Федерация

¹muzei.pgfa@yandex.ru; <http://orcid.org/0000-0001-8737-1960>
²vilmil01042016@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0008-9090-843X>

Аннотация. В статье представлены результаты реализации проекта музея Пермской государственной фармацевтической академии по изучению проблем по отпуску спирта и спиртосодержащих лекарств из аптек в рамках «сухого закона в годы Первой мировой войны».

Ключевые слова: Лекарственный голод, сухой закон, Медицинский Совет, ограничения по отпуску спирта по рецептам врачей из аптек.

Для цитирования: Гурьянова М. Н., Агафонова М. А. Проблемы отпуска спирта в период действия сухого закона в годы Первой мировой войны // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 111–116. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.018.

Original article

Problems of Alcohol Dispensing During the Prohibition Period during the First World War

Marina N. Guryanova¹, Milena A. Agafonova²

^{1–2}Perm State Pharmaceutical Academy (FSBEI HE PGFA of the Ministry of Health of Russia), Perm, Russian Federation

¹muzei.pgfa@yandex.ru; <http://orcid.org/0000-0001-8737-1960>
²vilmil01042016@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0008-9090-843X>

Annotation. The article presents the results of the implementation of the project of the Perm State Pharmaceutical Academy Museum to study the problems of dispensing alcohol and alcohol-containing drugs from pharmacies within the framework of the Prohibition during the First World War.

Keywords: Drug famine, prohibition, Medical Council, restrictions on alcohol dispensing on prescription from pharmacies.

For citation: Guryanova M. N., Agafonova M. A. Problems of Alcohol Dispensing During the Prohibition Period during the First World War. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2025;(1):111–116. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.018.

Введение

Одним из научных проектов музея Пермской государственной фармацевтической академии является изучение проблем оказания лекарственной помощи населению в годы Первой мировой войны. В этот период страна испытывала недостаток в обеспечении населения и армии лекарственными препаратами, перевязочными средствами и другими медицинскими товарами. Ситуация ухудшилась и в связи с введением на уровне государства ряда ограничений по отпуску спиртосодержащих лекарственных средств в рамках борьбы с пьянством. Ограничения были введены в отношении количества поступающего в аптеки спирта, и в отношении отпуска спирта и спиртосодержащих лекарственных препаратов по рецептам врачей. Однако лекарственная терапия этого периода характеризовалась назначениями органопрепаратов, галеновых и новогалено-

вых препаратов. В производстве практически всех подобных препаратов использовался этиловый спирт. Спиртосодержащие препараты были включены в Пятую и Шестую фармакопеи Российской империи и фармакопеи других стран. В ряде публикаций разных лет, характеризующих период 1914–1916 годов, отмечаются случаи незаконного отпуска спирта из аптек, где виновными называют врачей и работников аптек.

Цель проведенного сотрудниками музея исследования — рассмотреть ситуацию в отношении организации лекарственной помощи населению, сложившуюся после введения ограничений в отношении спирта и спиртосодержащих препаратов в 1914–1916 годах. Для достижения поставленной цели нами были сформулированы следующие задачи: на основе исторических документов данного периода найти данные о введенных ограничениях; выявить организационные и этические проблемы, воз-

никшие после принятия сухого закона; выявить предлагавшиеся на различных уровнях пути решения проблем, как по улучшению организации лекарственной помощи населению, так и по предупреждению нерационального выписывания или применения спирта и спиртосодержащих препаратов в ситуации сухого закона.

Материалы и методы

Материалами исследования послужили статьи «Фармацевтического журнала» периода 1914—1916 гг., дела Государственного архива Пермского края, нормативные документы Российского государства XIX века и начала XX века. Метод анализа и обработки собранного материала: документальный анализ, группировка данных.

Результаты и обсуждения

С самого начала первой мировой войны в российском государстве сложилась крайне тяжелая ситуация с лекарственным обеспечением населения и действующей армии. Война увеличила спрос на многие химико-фармацевтические препараты и медицинские товары. Фармацевтический рынок России был сформирован на основе импортных лекарственных препаратов, в основном производства Германии или Соединенных Штатов Америки, но и там поставщиками являлись филиалы германских фирм. С августа 1914 года поставки готовых лекарственных препаратов от заводов Германии и их американских филиалов были прекращены. Поставка африканского и американского лекарственного растительного сырья производилась традиционно через Гамбург, поэтому с началом войны этот канал снабжения также был перекрыт Германией. Во второй половине 1914 года ещё использовались запасы, накопленные до войны. С началом 1915 года эти запасы были сведены к нулю [1]. Правительство пыталось решить возникшие проблемы с нехваткой лекарств различными путями: например, университетам было предложено создать лаборатории по изготовлению необходимых стране препаратов, сделаны шаги к организации сбора дикорастущих лекарственных растений и создания питомников, ботанических садов для выращивания лекарственных растений, организован закуп препаратов от новых иностранных поставщиков, таких как Япония [2—4].

В тоже время ряд принятых руководством страны нормативных документов только ухудшил положение с лекарственным обеспечением. К таким документам относят изданный 16 августа 1914 года указ Совета Министров, по которому запрещалось изготовление и продажа любых спиртных напитков. 22 августа император Николай II продлил действие сухого закона до окончания военных действий [5]. Сухой закон коснулся и деятельности аптек. В результате реформы был ограничен отпуск спирта для аптек и земских больниц через винные склады [6]. Ряд дополнительных ограничений по отпуску отдельных спиртосодержащих препаратов был введен региональными властями. Так, например в 1914 году в г. Санкт-Петербурге Обязательном постановле-

нием градоначальника было запрещено отпускать из аптек и аптекарских магазинов без рецептов врачей Гофманские капли (назначались нервным больным), детский и рижский бальзамы, а также денатурированный, древесный (метилловый) и турецкий спирт. За нарушение установленных правил на виновного возлагалась административная ответственность в виде штрафа до трех тысяч рублей или более серьезные формы наказания в виде лишения свободы сроком до трех месяцев. Данные положения распространялись на столицу и пригород [7].

При принятии государственных и региональных мер не было принято во внимание то, что значительное число существовавших в это время лекарственных средств изготавливалось на основе этилового спирта разной концентрации. В состав Российской фармакопеи Шестого издания было включено много статей на лекарственные препараты, для изготовления которых требовался спирт четырех вариантов концентрации: 38%, 70%, 90%, 95%. Всего Шестая Фармакопея 1910 года включала 617 статей, из которых примерно 8% — 51 статья — это лекарственные средства, в состав которых входит спирт этиловый. В их числе: четыре статьи на вина (красное и белое-Херес, хинное вино, пепсинное вино, рвотное вино); четырнадцать статей — настойки, восемь статей на винные спирты трех концентраций — 90%, 95% и 38%, в том числе Гофмановские капли, муравьиный, мыльный и горчичный спирты; пять статей на сиропы, изготавливавшиеся на 90 процентом спирте; три статьи на жидкости (изготавливались на 90% спирте); одна статья — настой (сложный настой Сенны, изготавливался на основе 90% спирта), одиннадцать статей — это эликсиры (изготавливались на 90%, 70% и 38 % спирте), одна статья — пластыри (английский пластырь — изготавливался на 90% спирте), четыре статьи на медицинских мыла (изготавливались на 90% и 70% спирте), одна статья на воды (вода горького миндаля, изготавливалась на 90% спирте), а статьи также ароматный уксус и коллодий шпанских мух (также изготавливались на 90% спирте). Кроме того, статьи Шестой фармакопеи включали и методики качественного анализа препаратов с использованием 90% или 95% спирта (статьи — Черное катеху, Спермацет, Хлоралгидрат и другие) [8]. Статья «Жидкое калийное мыло» была размещена не только в Фармакопее Шестого издания, но и в Военной фармакопее 1913 г. (изготавливалось 90% этиловом спирте) [9]. Также большое число прописей лекарственных средств, для изготовления которых требовался спирт, было размещено в Фармацевтическом мануале А. Г. Клинге (1915 г.). В первую очередь это так называемые жидкости, очень востребованные как на фронте, так и в тылу: противохолерные, противодифтерийные, противомозольные, антисептические, дезинфицирующие (жидкость Листера) [10].

Порядок отпуска спирта и спиртосодержащих лекарств был достаточно хорошо освещен в Российском законодательстве в довоенные годы:

- **отпуск спирта по рецептам:** ещё циркулярами Медицинского департамента от 1843 года и

1866 года было предписано, **ЧИСТЫЙ ВИННЫЙ СПИРТ** надлежит отпускать из аптек только по рецептам врачей. За отпуск спирта *в ручную продажу* аптекарь подлежал наказанию, как за беспатентную торговлю вином;

- **отпуск вин:** вина подлежали отпуску по рецептам, при этом врач должен был указать в рецепте точное количество прописанного больному вина;
- **продажа одеколона и духов:** производилась только по рецепту врача (данное положение было введено циркулярами Медицинского департамента от 1865 года и подтверждено разъяснениями Медицинского Совета от 1882 года). Если же аптекарь, независимо от аптекарского дела, желал заниматься приготовлением этих веществ, то для этого, ему необходимо было оборудовать отдельное от аптеки помещение и получить патент на производство [11].
- **в законодательстве было определено, какие врачи могут выписывать рецепты:** врачи, имена которых были включены в медицинский список; врачи, которые установленным порядком заявили о наличии у них права на медицинскую практику. Кроме того, аптекарям предоставлялось право отпускать лекарства и по рецептам врачей, не внесенных в медицинский список, если прописанные в рецепте лекарства, «*по составу своему соответствовали требованиям фармацевтической науки*». Но, в этом случае при поступлении рецептов от подобных врачей, аптекари должны были сообщить об этом местному уездному или городскому врачу [11].
- **запрещена законодательством продажа в аптеках водок, ликёров и других предметов пищевой продажи.** Запрещалась и продажа всевозможных эссенций, не указанных в аптекарской таксе и не используемых в медицине, а предназначенных исключительно для приготовления водок, ликеров [11].

В 1914 году ограничения по отпуску спирта земским аптекам и больницам были введены и земствами. Аптеки стали получать спирт в 2—3 раза меньше своей реальной потребности, что в свою очередь вызвало дестабилизацию работы аптек и больниц [6]. В Петрограде были отмечены случаи дефицита столь необходимого и широко распространенного лекарственного препарата для наружного употребления, как йодная настойка. В результате многие аптеки, оказавшиеся без запасов спирта, стали отказывать в его отпуске по предписаниям врачей [12].

К концу 1914 года власти и широкая общественность, настаивавшие ранее на полном исключении спирта из обращения, наконец поняли необходимость поступления спирта в аптеки. Аптеки стали получать из винных складов спирт для изготовления лекарств, но только в концентрации 90%. В результате аптеки не могли изготавливать ряд спиртовых лекарственных препаратов, в том числе так необходимую в военных условиях йодную настойку, в

состав которой входил этиловый спирт 95% (статья 567 Фармакопеи Шестого издания) [12].

Уже в 1914 году аптеки и общественность столкнулись и рядом этических проблем, вызванных введением сухого закона. Ряд врачей и аптекарей хотели получить выгоду от прописывания или отпуска спирта. Такие случаи описаны в литературе. Например, в своей книге Маюров А. Н. напрямую обвиняя врачей, пишет «Из-за ужесточения требований к продаже настоек, tinkтур, бальзамов, врачи все чаще стали назначать спирт «Для наружного употребления» или «Для компрессов». Народ же, получая заветную склянку, разводил содержимое пополам с водой и ни о каком наружном употреблении речи здесь уже не шло» [5]. Действительно, с осени 1914 года в аптеки стало поступать гораздо больше рецептов на спирт, как для внутреннего, так и для наружного потребления. В тоже время, проведенное Петроградскими аптекарями расследования по поводу резкого увеличения поступления в аптеки рецептов и сигнатур на спирт, показало, что виновными были не врачи. Значительное число рецептов и сигнатур на спирт содержало определенные неточности. Аптекари доказали, что такие рецепты и сигнатуры были выписаны покупателями, знающими латинский язык [13]. Большинство врачей не выписывали рецепты «страдающим», а работники аптек отказывали таким «*больным*» в безрецептурном отпуске спирта. Это не могло не вызвать озлобление со стороны «*страдающих*». В Государственном архиве Пермского края хранится дело с привлекающим внимание названием «О злоупотреблении спиртом в Лысьвенской заводской аптеке»¹. Оно датируется 1916 годом. В начале мая 1916 года на имя Пермского губернатора поступило заявление лысьвенских обывателей Николая Кузнецова и Ивана Лихачева. В своем заявлении они обвиняли врача Лысьвенской Земско-заводской больницы Кибардина и аптекаря больничной аптеки Лысьвенского завода А. А. Киргоф в злоупотреблениях. Заявители писали «*Врач и аптекарь устраивают попойки, раздают спирт своим знакомым в большом количестве. А когда к ним обращаются пациенты, нуждающиеся в спирте для поддержания своих сил, то врач и аптекарь отказываются отпускать спирт из заводской аптеки, а направляют в вольную аптеку Лантшиа. Рабочие завода очень озлоблены на этих лиц, не сегодня, так завтра может произойти кровавая расправа с этими лицами. Доказательством сего факта можно найти во всех рецептах врача за 1914—1916 годы. Спирт можно проверить по записям в лабораторной книге аптеки*». В результате Пермский губернский врачебный инспектор откомандировал своего помощника Бурдакова в Лысьвенской завод. Проверка началась 3 июня и проводилась очень тщательно до 16 июня. Помощником губернского инспектора были изучены все виды деятельности заводской аптеки, тщательно из-

¹ Государственный архив Пермского края (ГАПК). Фонд 143. Опись 1. Дело № 625 «О злоупотреблении спиртом в Лысьвенской заводской аптеке»

учена и лабораторная книга, по итогам проверки сделан вывод, что лабораторная книга ведется аккуратно. Изучены данные о приходе и расходе спирта. Было установлено, что за весь 1915 год и за 4 месяца 1916 года рецептов на спирт практически не было: попадались лишь рецепты на горчичный спирт (изготавливается на 90% винном спирте), действительно подписанные доктором Кибардиным. Чистый спирт отпускался аптекой по официальному требованию Управления округом. Отпуск спирта без рецепта врача из аптеки не допускался. Проверяющим был сделан вывод — *«Злоупотреблений по отношению к расходованию спирта нет. Спирт отпускался исключительно по рецептам врачей в очень редких случаях исключительно для больницы и завода по официальным требованиям заводоуправления»*. Ревизия частной аптеки помощника провизора Лантша показала, что и там не было нарушений. Доклад заканчивается фразой *«сопоставляя количество рецептов на спирт и вина, поступивших в частную аптеку Лантша и тем ничтожным количеством, которое поступило в заводскую аптеку и, принимая во внимание общее количество рецептов, поступивших в заводскую аптеку (57736), я прихожу к заключению, что злоупотреблений со спиртом и крепкими винами со стороны заводской аптеки не было»*.

Возникла ещё одна проблема, на которую Медицинскому Совету указали Иркутский и Уфимский губернаторы в 1915 году — продажа из аптек вместо этилового спирта так называемых суррогатов: «березового» или «древесного» спирта. Губернаторы просили разработать ограничительные меры по отпуску такого спирта, так как в этих губерниях *«всё чаще наблюдается случаи употребления древесного спирта в качестве опьяняющего напитка, отпуск которого из аптек и аптекарским магазинов производится беспрепятственно [14]*. В 1916 году в Фармацевтическом журнале опубликована статья, в которой описан случай отравления в Вологодской области семи человек после приобретения в аптеке «березового спирта» вместо водки. Дело было рассмотрено судом присяжных, в результате провизор Литвин и аптекарская помощница Розенберг были осуждены и приговорены к каторжным работам за продажу березового спирта. Однако осужденные подали кассационную жалобу, где были приведены 2 аргумента: первый — *березовый спирт не запрещен к продаже из аптек*, и второй — *низкий уровень грамотности присяжных заседателей, с трудом прочитавших вопросный лист*. Сенат отменил приговор и отправил дело на доследование [15]. Поясним, что такое березовый спирт — в Энциклопедическом словаре Ф. А. Брокгауза и И. А. Ефрона отмечено, что березовый или древесный спирт — это побочный продукт при добывании уксусной кислоты из дегтярной воды. На русских заводах получают из 1 куб. саж. березовых дров от 10 до 12 фунтов (т. е. приблизительно $\frac{3}{4}$ ведра Д. спирта). Такой спирт содержит, кроме метилового спирта, различные примеси; ацетон, альдегид, метилэтилкетон, аллиловый спирт, уксуснометиловый эфир и др.²

Понимая, что злоупотребления в отпуске спирта и спиртосодержащих препаратов возможны, фармацевтическая общественность, земские чиновники, губернаторы обсуждали сложившуюся ситуацию на страницах «Фармацевтического журнала» в 1914–1916 годах, выявляли возникающие проблемы и предлагали Медицинскому совету различные пути решения [16]. В первую очередь это касалось порядка прописывания врачами спирта и спиртосодержащих препаратов.

1. Предлагалось разработать и ввести печатный рецептурный бланк с указанием номера телефона врача, назначающего данный препарат, для установления контакта между аптекарями и врачами для подтверждения выписки рецепта [16]. В соответствии с действующим законодательством отпуск спирта, как и ряда спиртосодержащих препаратов производился по рецептам, копиям рецептов и сигнатурам. Все эти документы, кроме сигнатур, обычно заказываемых аптекой в типографии и являвшихся дизайнерским проектом, в принципе можно было легко подделать. Рецепт представлял собой просто узкий прямоугольный лист бумаги. Только в отдельных населённых пунктах земские и заводские больницы, частные врачи заказывали в типографии рецептурные бланки с обозначением названия больницы, фамилией врача и прописи назначаемого препарата. Копия рецепта выписывалась сотрудниками аптеки на обычном листе бумаги, содержала дату и пропись на латинском языке рецептурного препарата, изготовленного и отпущенного из аптеки. Иногда, как в Пермской губернской земской аптеке, на обороте копии рецепта ставился штамп с фамилией аптекарского помощника, выписавшего копию рецепта, что могло препятствовать подделке копии рецепта.

2. Запретить разрешительные надписи на сигнатурах (о повторной выдаче препарата) с тем, чтобы для повторного получения спиртосодержащего препарата необходимо было обращаться к врачу [17].

3. Ввести спирт в особые списки лекарственных веществ, так как этиловый спирт не входил в перечни ядовитых и сильнодействующих веществ Фармакопеи Шестого издания, также не входил и в список веществ, по которым аптека должна была отчитываться при проведении ревизий [8].

4. Ввести нормы отпуска спирта и спиртосодержащих напитков (вина), ограничить количество спирта в спиртосодержащих лекарственных средствах до 30 грамм [18].

5. Ввести ограничения в отношении специальностей врачей, которым разрешалось выписывать спирт этиловый. В публикациях «Фармацевтического журнала» активно обсуждалась возможность ограничения прописывания спирта зубными врачами и дантистами. Губернаторы и фармацевтические специалисты в публикациях отмечали, что в своих рецептах зубные врачи и дантисты указывали такие назначения, как *600 грамм для полоскания* [19].

² https://dic.academic.ru/dic.nsf/brokgauz_efron

6. Предусмотреть меры, для предупреждения использования внутрь спиртосодержащих препаратов для наружного применения. В качестве такой меры предлагалось добавлять в этиловый спирт вещества, которые делали бы продукт непригодным для внутреннего употребления, делали вкус такого препарата «отвратительным» [20].

7. Прекратить отпуск одеколона из аптек [21].

8. Заменить алкоголь, во всех случаях, где это возможно, для лечения или питания пациентов виноградным соком [22].

В свою очередь Медицинский совет также разработал и ввел в действие ряд положений, по его мнению, позволяющих улучшить ситуацию с отпуском спирта и спиртосодержащих препаратов из аптек.

Его предложения касались регулирования следующих позиций:

1. Изменение цен на спирт в аптекарской таксе [23].

2. Контроль хранения и отпуска спирта. Медицинский Совет предложил изъять спирт из аптек и передать продажу спирта из аптек в казенные винные лавочки, откуда спирт будет отпускаться по рецептам врачей и под строгим контролем полицейских врачей [24]. Данная мера, по мнению Петроградского фармацевтического общества, вызывала ещё большую дезорганизацию работы аптек. Общество считало, что работа по отпуску спирта из казенных лавочек не может быть правильно организована. Спирт из этих лавочек должен был выдаваться по свидетельствам полиции, кроме того, *лавки работают только определенное число часов в течении дня, вечером и выходные дни закрыты, и при экстренной потребности аптеки не смогут получить спирт для изготовления лекарственных и дезинфицирующих средств* [17].

3. Регулирование количества спирта, заказываемые аптеками, в том числе гомеопатическими. Медицинский Совет в 1915 году (дополнение к постановлению 753 от 1915 г.) опубликовал разъяснение, что количество спирта, необходимое каждой аптеке должно быть утверждено местным врачебным отделением на основании расчета потребности [14].

4. Правила оформления этикеток на спиртосодержащие препараты без указаний о содержании в них спирта. Так, например, разрешая ввоз в страну из-за рубежа препарата Сирокол, изготовляемого парижской лабораторией «Стелла», Медицинский совет сделал распоряжение о том, что на этикетке должны быть только сведения о прямом назначении препарата *«средство против кашля, бронхита, гриппа, астмы» без указания о содержании в составе препарата спирта* [4].

Медицинский Совет отказался рассматривать предложения по введению ограничений по нормам отпуска спирта и спиртосодержащих препаратов на один рецепт и установления перечня специальностей врачей, которым запрещено выписывать спирт. Медицинский совет посчитал, что ограничение по количеству и времени отпуска спирта и отказ в отпуске спирта по рецептам врачей в таких случаях, как срочная операция, *«может привести к печаль-*

ным последствиям». Медицинский Совет разрешил отпускать аптекам спирт по рецептам зубных врачей и дантистов. Медицинский Совет отметил, что не видит большого числа злоупотреблений в выписывании спирта врачами, *«а если есть, то они так редки, что нет никаких оснований для столь значительного стеснения практикующих врачей и больных»* [25]. Анализ фармацевтической прессы периода 1914—1916 годов позволяет сделать вывод, что Медицинский совет был прав в отношении врачей и прописывания ими спирта и спиртосодержащих препаратов. В реальных публикациях «Фармацевтического журнала» военных лет нами найдено всего 3 случая публикаций о нарушении врачами и специалистами аптек правил выписывания или отпуска спирта. Все эти случаи жестко пресекались, назначались наказания в виде ареста на три месяца, либо высылки за пределы области [26—28].

Заключение

Анализ статей «Фармацевтического журнала» за 1914—1916 гг. позволил найти данные о введенных в рамках сухого закона ограничениях по отпуску спирта и спиртосодержащих препаратов на государственном и региональных уровнях; выявить, как организационные, так и этические проблемы в организации лекарственной помощи населению в связи с введенными ограничениями; найти предложения, сделанные Медицинским Советом и фармацевтической общественностью по реорганизации отпуска спирта и спиртосодержащих препаратов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Хроника. *Фармацевтический журнал*. 1916;(3):29—30.
2. Саркисов. К. С. Краткий обзор химико-фармацевтической промышленности и рынка в России. *Фармацевтический журнал*. 1916;(6): 49—50.
3. Разведение и сбор лекарственных растений. *Фармацевтический журнал*. 1916; 29):265.
4. Sirocol. *Фармацевтический журнал*. 1915;(24):212.
5. Маюров А. Н. Борьба с пьянством в России с древних времен до наших дней. М.: Институт русской цивилизации; 2016.
6. Балахна — отпуск земским аптекам и больницам спирта. *Фармацевтический журнал*. 1914;(32):370.
7. Суррогаты алкоголя запрещено продавать. *Фармацевтический журнал*. 1914;(32):369.
8. Российская фармакопея. Шестое издание. С. Петербург: Издательство К. Л. Риккера; 1910.
9. Российская военная фармакопея. Третье издание. Петербург: Военная типография императрицы Екатерины Великой. В здании главного штаба; 1913.
10. Клинге А. Г. Фармацевтический мануал. Том 1. Петроград: Издательство К. Л. Риккера; 1915.
11. Фрейберг Н. Г. Врачебно-санитарное законодательство в России. Второе переработанное и дополненное издание С. -Петербург: тип. В. Безобразов и Комп; 1908.
12. Хроника. Спирт для аптек. *Фармацевтический журнал*. 1914;(37):420.
13. Прodelки алкоголиков. *Фармацевтический журнал*. 1914;(36):408.
14. По вопросу нормировки отпуска из аптек спирта и спиртовых препаратов. *Фармацевтический журнал*. 1916;(24):212—213.
15. Дело о продаже березового спирта. *Фармацевтический журнал*. 1916;(5):45.
16. В новой роли. *Фармацевтический журнал*. 1915;(8):77—79.
17. Открытое письмо к врачам Харькова. *Фармацевтический журнал*. 1915;(2):22.
18. Отпуск спирта по рецептам врачей. *Фармацевтический журнал*. 1916;(30):276—277.
19. Отпуск спирта. *Фармацевтический журнал*. 1916;(22):194.

20. Ходатайство аптекарей. *Фармацевтический журнал*. 1915;(2):22.
21. О спиртном наваждении. *Фармацевтический журнал*. 1915;(42):407—409.
22. Борьба с пьянством и аптеки. *Фармацевтический журнал*. 1914;(42):478.
23. По вопросу нормировки отпуска из аптек спирта и спиртовых препаратов. *Фармацевтический журнал*. 1916;(24):212—213.
24. Медицинский Совет о свободном отпуске спирта. *Фармацевтический журнал*. 1916;(32):297.
25. Хроника. Ограничения отпуска спирта из аптек. *Фармацевтический журнал*. 1916;(25):222.
26. Кара за выписку рецептов на спирт. *Фармацевтический журнал*. 1914;(44):500.
27. Подложные рецепты на спирт. *Фармацевтический журнал*. 1915;(14):144.
28. Арест за шинкарство аптекаря. *Фармацевтический журнал*. 1914;(38):432.
10. Klinge A. G. Pharmaceutical manual. Volume 1. Petrograd: K. L. Ricker Publishing House; 1915 (in Russian).
11. Freiberg N. G. Medical and sanitary legislation in Russia. Second revised and supplemented edition. St. Petersburg: type. V. Bezobrazov and Comp; 1908 (in Russian).
12. Chronicle. Alcohol for pharmacies. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1914;(37):420 (in Russian).
13. Tricks of alcoholics. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1914;(36):408 (in Russian).
14. On the issue of standardizing the dispensing of alcohol and alcohol-based preparations from pharmacies. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1916;(24):212—213 (in Russian).
15. The case of the sale of birch alcohol. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1916;(5):45 (in Russian).
16. In a new role. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1915;(8):77—79 (in Russian).
17. Open letter to the doctors of Kharkov. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1915;(2):22 (in Russian).
18. Dispensing alcohol on doctor's prescriptions. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1916;(30):276—277 (in Russian).
19. Dispensing alcohol. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1916;(22):194 (in Russian).
20. Petition of pharmacists. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1915;(2):22 (in Russian).
21. On the obsession with alcohol. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1915;(42):407—409 (in Russian).
22. The fight against drunkenness and pharmacies. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1914;(42):478 (in Russian).
23. On the issue of rationing the sale of alcohol and alcohol-based products from pharmacies. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1916;(24):212—213 (in Russian).
24. Medical Council on the free sale of alcohol. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1916;(32):297 (in Russian).
25. Chronicle. Restrictions on the sale of alcohol from pharmacies. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1916;(25):222 (in Russian).
26. Punishment for writing prescriptions for alcohol. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1914;(44):500 (in Russian).
27. Forged prescriptions for alcohol. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1915;(14):144 (in Russian).
28. Arrest of a pharmacist for tavern keeping. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1914;(38):432 (in Russian).

REFERENCES

1. Chronicle. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1916; (3): 29—30 (in Russian).
2. Sarkisov. K. S. Brief overview of the chemical-pharmaceutical industry and market in Russia. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1916; (6): 49—50 (in Russian).
3. Cultivation and collection of medicinal plants. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1916; 29): 265 (in Russian).
4. Sirocol. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1915; (24): 212 (in Russian).
5. Mayurov A. N. The fight against drunkenness in Russia from ancient times to the present day. Moscow: Institute of Russian Civilization; 2016 (in Russian).
6. Balakhna — dispensing of alcohol to zemstvo pharmacies and hospitals. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1914; (32): 370 (in Russian).
7. Alcohol substitutes are prohibited from being sold. *Pharmaceutical Journal. [Farmaceuticheskij zhurnal]*. 1914;(32):369 (in Russian).
8. Russian pharmacopoeia. Sixth edition. St. Petersburg: K. L. Ricker Publishing House; 1910 (in Russian).
9. Russian military pharmacopoeia. Third edition. St. Petersburg: Military printing house of Empress Catherine the Great. In the general staff building; 1913 (in Russian).

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

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 28.06.2024; одобрена после рецензирования 20.11.2024; принята к публикации 14.03.2025.

The article was submitted 28.06.2024; approved after reviewing 20.11.2024; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.019

Профессор Императорского Московского университета Леонид Ефимович Голубинин (1858—1912) и его роль в создании первой терапевтической элиты

Владимир Иосифович Бородулин¹, Егор Николаевич Банзелюк^{2✉},
Алексей Викторович Тополянский³, Роман Сергеевич Серебряный⁴

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

²ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова», факультет фундаментальной медицины, Москва, Российская Федерация;

²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова», Институт клинической медицины, Москва, Российская Федерация;

³ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины Минздрава России, Москва, Российская Федерация

¹borodul1nvladim@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8399-050X>

²banzeluk@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0001-7239-8685>

³avtop2004@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4409-6900>

⁴niiimramn@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-2328-2931>

Аннотация. В первое десятилетие XX века в России начала формироваться первая отечественная терапевтическая элита. Кроме общепризнанных лидеров (В. Н. Сиротинин, В. П. Образцов, В. Д. Шервинский) в эту элиту входил целый ряд выдающихся врачей «второго эшелона». К ним следует причислить и профессора Московского университета Леонида Ефимовича Голубинина. В статье приводятся исправленные сведения по научной биографии Голубинина, а также анализируются причины, помешавшие ему занять более значимое место в первой терапевтической элите.

Ключевые слова: история медицины, терапия, терапевтические элиты, Л. Е. Голубинин.

Для цитирования: Бородулин В. И., Банзелюк Е. Н., Тополянский А. В., Серебряный Р. С. Профессор Императорского Московского университета Леонид Ефимович Голубинин (1858—1912) и его роль в создании первой терапевтической элиты // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 117—120. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.019.

Original article

Leonid Efimovich Golubinin (1858—1912), Professor at the Imperial Moscow University, and his role in the establishment of the first Russian therapeutic elite

Vladimir I. Borodulin¹, Egor N. Banzelyuk^{2✉}, Alexey V. Topolyanskiy³, Roman S. Serebryaniy⁴

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

²Lomonosov Moscow State University, Faculty of Medicine, Moscow, Russian Federation;

²Pirogov Russian National Medical Research University, Moscow, Russian Federation;

³FSBEI HE «ROSUNIMED» OF MOH OF RUSSIA, Moscow, Russian Federation

¹borodul1nvladim@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8399-050X>

²banzeluk@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0001-7239-8685>

³avtop2004@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4409-6900>

⁴niiimramn@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-2328-2931>

Annotation. In the first decade of the 20th century, the development of first Russian therapeutic elite has begun. In addition to the recognized leaders (V. N. Sirotnin, V. P. Obratsov, V. D. Shervinsky), this elite included a number of outstanding doctors of the “second echelon”. Leonid Efimovich Golubinin, a professor at Moscow University, should also be counted among them. This article provides corrected information on Golubinin's scientific biography, as well as analyzes the reasons that prevented him from taking a more significant place in the first therapeutic elite.

Key words: history of medicine, internal medicine, therapeutic elites, L. E. Golubinin.

For citation: Borodulin V. I., Banzelyuk E. N., Topolyanskiy A. V., Serebryaniy R. S. Leonid Efimovich Golubinin (1858—1912), Professor at the Imperial Moscow University, and his role in the establishment of the first Russian therapeutic elite. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(1):117–120. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.019.

При рассмотрении отечественной терапевтической клиники XIX века нашему взору предстают отдельные лидеры — выдающиеся врачи, двигавшие

вперед медицинскую науку и практику. К таковым, без сомнения, следует причислить М. Я. Мудрова, А. И. Овера, С. П. Боткина, Г. А. Захарьина, К. К. Зей-

длица, А. А. Остроумова и ряд других имен. Переводя взгляд на рубеж XX века, мы видим, что лидеры и примыкающие к ним врачи «второго эшелона» начали формировать корпорацию, совокупно воздействующую на научное, клиничко-практическое, педагогическое и, впоследствии, общественно-организационное развитие отечественной клинической медицины. Эту корпорацию мы предлагаем называть «терапевтической элитой» [1].

Общепризнанными лидерами первой российской терапевтической элиты (1910-е годы) были «три Василия», Василий Николаевич Сиротинин (Санкт-Петербург), Василий Парменович Образцов (Киев) и Василий Дмитриевич Шервинский (Москва), и Яновские: Михаил Владимирович Яновский (Санкт-Петербург) и Феофил Гаврилович Яновский (Киев); они председательствовали на пяти довоенных (1909—1913) съездах российских терапевтов. Конечно, отечественная терапия знала и другие имена, пользовавшиеся высоким авторитетом: А. Н. Казем-Бек (Казань), М. Г. Курлов (Томск) и другие, но они по разным причинам не участвовали в съездах терапевтов и были вне корпорации, сами по себе. В рамках съездов председателями отдельных заседаний избирались также С. С. Боткин (Санкт-Петербург), Л. Е. Голубинин (Москва), К. Э. Вагнер (Киев), Г. Я. Гуревич, С. С. Зимницкий (Казань), А. О. Игнатовский (Одесса), В. Ю. Явейн (Санкт-Петербург). При этом можно отметить особое положение С. С. Боткина и Л. Е. Голубинина сразу «за плечами» плечами пятерки лидеров, как бы «во втором ряду», но впереди всех других. И если про Сергея Сергеевича имеется достаточный историко-медицинский материал (см., напр., [2]), то сведения о Голубинине как одном из лидеров терапевтической элиты представляются отрывочными, даже ошибочными.

Его имя в богатой истории терапевтических кафедр Императорского Московского университета (ИМУ) звучит явно приглушенно (в таких случаях говорят, «а также...»). Эта позиция зафиксирована и в официальных трудах по истории факультетской терапевтической клиники ИМУ. Первый историограф этой клиники профессор В. Н. Смотров потратил на Голубинина всего несколько строк (сообщив при этом ошибочную дату рождения) [3]. При академике В. Н. Виноградове ассистент клиники Е. Н. Артемьев защитил докторскую диссертацию по ее истории [4], был автором следующего за Смотровым исторического очерка об этой клинике, а также публикаций на эту тему в периодической печати, но его труды не содержат ни сведений о формировании при Голубинине научной терапевтической школы, ни общей характеристики необычайно привлекательной личности профессора, сообщая при этом нечто анекдотическое о конце его деятельности. Характеризуя репрессивную политику министра Л. А. Кассо, ущемлявшую университетскую автономию, Е. Н. Артемьев указал: «эти мероприятия заставили в знак протеста подать в отставку многих видных профессоров, среди которых был и предшественник Николая Федоровича (Голубова) по фа-

культетской терапевтической клинике Л. Е. Голубинин». На самом деле Голубинин последовательно отстаивал идею университетской автономии, но от участия в протестной акции профессоров (главным образом, кадетов; 1911) категорически отказался, понимая катастрофический урон, который она нанесет системе высшего образования в стране, и на Совете университета обратился к профессорам, которые были уволены, с просьбой дочитать свои курсы лекций (более того, по просьбе факультета даже принял на себя временное заведование кафедрой нервных болезней вместо ушедшего В. К. Рота). И профессор Голубов сменил Голубинина не в связи с его уходом, а по причине его смерти. Ориентироваться на первых историографов кафедры в оценке Голубинина не приходится.

Вместе с тем материалы первых съездов российских терапевтов, протоколы Московского общества терапевтов, книжная и периодическая печать того времени, воспоминания современников, сохранившийся личный архив В. Д. Шервинского¹ — все источники в унисон свидетельствуют о том, что профессор Л. Е. Голубинин, выдающийся клиницист и педагог, крупный организатор научно-общественной жизни терапевтов России, входил к концу первого десятилетия XX века в формировавшуюся тогда первую отечественную терапевтическую элиту.

Леонид Ефимович Голубинин, потомственный дворянин, сын отставного полковника, родился 4 (16) апреля 1858 г. в Екатеринославе (впоследствии Днепропетровск), в 1880 г. окончил медфак ИМУ, после чего прошел стажировку в петербургских клиниках С. П. Боткина и Э. Э. Эйхвальда, работал экстерном в Мариинской больнице (Москва), земским врачом в Пензенской губернии, ординатором в московской Шереметевской больнице. Здесь он и стал сотрудником В. Д. Шервинского. На формирование клинических взглядов Голубинина большое влияние оказали С. П. Боткин, А. А. Остроумов и В. Д. Шервинский, но нет серьезных оснований причислять его к ученикам кого-либо из них — он оставался автодидактом. В 1896 г. он защитил диссертацию на тему «Значение количественных изменений гемоглобина и красных шариков при некоторых болезнях», где высказал благодарность за помощь в работе А. А. Остроумову, А. П. Ланговому (ученик Остроумова) и В. Д. Шервинскому. В том же году, по представлению Шервинского, он был утвержден сверхштатным ассистентом общей клинической амбулатории для приходящих больных при кафедре частной патологии и терапии и приват-доцентом университета, читал лекции по болезням крови — еще очень сырой и приблизительный, но первый самостоятельный учебный курс гематологии в России. А с 1899 г. на кафедре факультетской терапии ИМУ началась совместная работа профессора Шервинского и штатного ассистента Голубинина над комплексным проектом, предусматривав-

¹ В Архиве Национального НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко.

шим оснащение кафедры современным оборудованием, подбор и обучение сотрудников, их интенсивное участие в работе Московского терапевтического общества и в съездах российских терапевтов, формирование научной школы.

Шервинский и Голубинин четко поделили свои функции руководителей, дополняя друг друга. Василий Дмитриевич был широко известен и авторитетен в московской университетской медицине как научный исследователь, естественно, общее научное руководство лежало на нем. Через него осуществлялись и связь научной деятельности кафедры с Московским обществом терапевтов и ее участие в работе съездов российских терапевтов — при отсутствии в стране системы профильных НИИ и объединяющего научного центра, а также профильных научных журналов, именно от них зависела, в первую очередь, научно-общественная жизнь терапевтов.

По воспоминаниям М. П. Кончаловского [5], именно Голубинин вел всю лечебную и педагогическую работу в клинике, на его дневных и вечерних обходах молодые врачи осваивали методику исследования больного и навыки клинического мышления; на его частных домашних приемах ординаторы поочередно помогали ему, решая тем самым свои материальные проблемы (в основном это были экстерны, они не получали зарплаты). В коллективе относились к нему не только с глубоким уважением, но и с искренней любовью. Когда в 1907 г. Шервинский за выслугой лет получил пенсию заслуженного профессора, Голубинин с явным преимуществом выиграл баллотирование на замещение кафедры, опередив 6 претендентов [6]. Шервинский же остался почетным директором и научным руководителем клиники.

Отличительными чертами формировавшейся в факультетской терапии научной школы, определявшими ее характерный «почерк», были функциональный подход к проблемам патологии, при равноправном использовании как клинично-экспериментального, так и патоморфологического методов; широкий общетерапевтический взгляд при выборе основной тематики исследований; строгие требования к их методической стороне; особый интерес к разработке новых способов инструментальной и лабораторной диагностики; представителей этой школы, вслед за В. Д. Шервинским, отличал исключительно высокий научно-общественный темперамент (очевидным исключением являлся здесь Е. Е. Фромгольд, который с трудом принял советскую власть и держался особняком). Новым направлением в экспериментальной и клинической медицине того времени была эндокринология, на проблемах которой с 1910-х гг. сосредоточился Шервинский; Голубинин участвовал в ее разработке; среди учеников это направление успешно развивал Фромгольд, создавший собственную научную школу (диабетология, физиология и патология обмена, а также электрокардиографическая диагностика аритмий сердца и инфаркта миокарда). Ранняя смерть Л. Е. Голубинина и приход в факультетскую

клинику захарьинского ученика Н. Ф. Голубова обозначили одновременно и конец клинической школы Шервинского—Голубинина.

Московский университет был для Голубинина родным домом; очередным свидетельством тому могло служить его завещание: почти три четверти своего состояния (около 140 тыс. рублей) он оставил университету и своей клинике. Исключительная теплота, с которой был отмечен юбилей — тридцатилетие его деятельности, говорит нам о том, что любовь была взаимной. По инициативе Медицинского факультета в факультетской терапевтической клинике были помещены портреты трех покойных профессоров — А. И. Овера, Г. А. Захарьина и Л. Е. Голубинина — в знак признания их выдающихся научных и педагогических заслуг.

Возвращаясь к личным качествам Голубинина в контексте общественно-педагогической жизни, упомянем, что, когда студенты ИМУ высказали пожелание об издании доступного руководства по использованию минеральных вод и лечебных грязей, Леонид Ефимович «охотно пошел навстречу их желанию и взялся за составление книги» (1904) [7]; книга получилась очень удачной и была переиздана с дополнениями в 1911 г. Ряд других работ и докладов Голубинина указывает на понимание им актуальных запросов времени: о лечении порталного асцита (1903), о лечении белокровия «лучами Röntgen'a» (1906), о плане составления истории болезни (1909), о первом в Москве использовании пневмоторакса для лечения туберкулеза (1911), об энтероптозе (1912).

Собственную семью Л. Е. Голубинин создал лишь за пять месяцев до своей смерти, в апреле 1912 года, вступив в брак с разведенной женой каширского купца, Варварой Сергеевной Митюшиной. Первый брак Варвары был расторгнут «по неверности супруга» в январе того же года, но ее знакомство с Голубининым длилось явно дольше. Возникает впечатление, что Голубинин, предчувствовавший близкую смерть², хотел позаботиться о Варваре Сергеевне (бывшей старше его на 4 года и имевшей троих детей) получением пенсии вдовы профессора (и таковая действительно была ей оформлена в размере трети профессорского жалования).

Последние 10 лет жизни Голубинин активно занимался общественной деятельностью. В 1899 г. Шервинский был избран и четверть века оставался бессменным председателем Московского терапевтического общества (МТО) при ИМУ, Голубинин был товарищем (заместителем) председателя общества. Материалы архива Шервинского и протоколы заседаний МТО демонстрируют: по горло занятый делами и перепиской в связи с подготовкой съездов, Шервинский переложил часть работы в МТО на плечи своего заместителя; нередко Голубинин председательствовал на собраниях вместо отсутствующего Шервинского (например, из 69 собраний МТО

² У Голубинина была известная аневризма грудного отдела аорты, но смерть наступила от рака поджелудочной железы (курьезно, но в метрической книге указано: «бокожелудочной железой»).

— с сентября 1904 по август 1909 — 41 собрание проводил Шервинский, и 18 — Голубинин). На первых трех съездах терапевтов (1909—1911 гг.) он выступал и как председатель секций, и как докладчик (серодиагностика, рентгенодиагностика, лечение сахарного диабета, проблема энтероптоза).

Роль Голубинина (как и С. С. Боткина) в формирующейся первой отечественной терапевтической элите, конечно, возрасла бы, если бы преждевременная их смерть (в 1912 и 1910 гг. соответственно) эту деятельность не прервала бы. Но не будем и преувеличивать возможности такого влияния: Россия вступала в десятилетие войн и революций. Разрушив старый миропорядок, они положили начало истории советской страны и ее медицины: многокрасочной, противоречивой, величавой и трагичной.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Бородулин В. И., Глянцев С. П., Банзелюк Е. Н. О клинических элитах и их роли в институционализации новых отечественных клинических дисциплин (вторая половина XX в.). *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(1):106—110. DOI: 10.32687/0869-866X-2024-32-1-106-110
2. Бородулин В. И., Поддубный М. В., Тополянский А. В. Профессор Военно-медицинской академии Сергей Сергеевич Боткин (1859—1910): карьера, судьба, исторический след. *Военно-медицинский журнал*. 2019;(8):59—69.
3. Смотров В. Н. Факультетская терапевтическая клиника. 175 лет Первого московского государственного медицинского института. М.—Л.; 1940. С. 274.
4. Артемьев Е. Н. Факультетская терапевтическая клиника 1-го МОЛМИ имени И. М. Сеченова и ее роль в развитии внутренней медицины. Дисс. ... докт. мед. наук, М.; 1958. С. 245—252.
5. Кончаловский М. П. Моя жизнь, встречи и впечатления. *Исторический вестник ММА имени И. М. Сеченова*. 1996;(6):97.
6. Бородулин В. И., Пашков К. А., Поддубный М. В., Тополянский А. В., Шадрин П. В. Профессор Московского университета Л. Е. Голубинин и его роль в истории отечественной клиники начала XX века. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(5):371—376. DOI: 10.32687/0869-866X-2018-26-5-371-376
7. Голубинин Л. Е. Минеральные воды и лечебные грязи. М.; 1904. С. 3.

REFERENCES

1. Borodulin V. I., Glyatnsev S. P., Banzelyuk E. N. On clinical elites and their role in institutionalization of new national clinical disciplines (the second half of XX century). *Problems of Social Hygiene, Public Health, and History of Medicine. [Problemy social'noj gigieny, zdravooxraneniya i istorii mediciny]*. 2024;32(1):106—110 (in Russian) DOI: 10.32687/0869-866X-2024-32-1-106-110
2. Borodulin V. I., Poddubny M. V., Topolyanskiy A. V. Professor of the Military Medical Academy Sergey Sergeevich Botkin (1859—1910): career, fate, historical trace. *Military Medical Journal. [Voenno-meditsinsky zhurnal]*. 2019;(8):59—69 (in Russian).
3. Smotrov V. N. Faculty Therapeutic Clinic. 175 years of the First Moscow State Medical Institute. Moscow—Leningrad; 1940. P. 274 (in Russian).
4. Artemiev E. N. Faculty Therapeutic Clinic of the 1st I. M. Sechenov Moscow Medical Institute and its role in the development of internal medicine. Diss. doct. med. Moscow; 1958. Pp. 245—252 (in Russian).
5. Konchalovsky M. P. My life, meetings and impressions. *Historical bulletin of the I. M. Sechenov MMA. [Istorichesky vestnik MMA imeni I. M. Sechenova]*. 1996;(6):97 (in Russian).
6. Borodulin V. I., Pashkov K. A., Poddubny M. V., Topolyanskiy A. V., Shadrin P. V. Professor of Moscow University L. E. Golubinin and his role in the history of the Russian clinic of the early 20th century. *Problems of Social Hygiene, Public Health, and History of Medicine. [Problemy social'noj gigieny, zdravooxraneniya i istorii mediciny]*. 2018;26(5):371—376 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2018-26-5-371-376
7. Golubinin L. E. Mineral waters and therapeutic mud. Moscow; 1904. P. 3 (in Russian).

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

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

Статья поступила в редакцию 02.04.2024; одобрена после рецензирования 04.06.2024; принята к публикации 14.03.2025. The article was submitted 02.04.2024; approved after reviewing 04.06.2024; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.020

Дело «КР»: суд чести над министром здравоохранения СССР Г. А. Митеревым

Дарья Игоревна Абрамкина

ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

dasha81.07@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0007-6836-7940>

Аннотация. Министр здравоохранения СССР Г. А. Митерев в 1946 году должен был чувствовать довольно уверенно: за 7 лет работы на руководящем посту им был накоплен немалый опыт организатора здравоохранения, действия, возглавляемого им Наркомздрава в годы Великой Отечественной войны, оказались чрезвычайно успешными, уверенно шло послевоенное развитие советского здравоохранения. Однако в конце года он внезапно лишился своего поста за попытку научного сотрудничества с недавними союзниками в войне — американцами: академик-секретарь АМН СССР В. В. Парин во время командировки передал им образцы разрабатывавшегося Н. Г. Ключевой и Г. И. Роскиным противоракового препарата «КР» (круцина) и рукопись книги о биотерапии рака. Ученых обвинили в антипатриотических и антигосударственных поступках, а министр был заклеен как аполитичный деляга. В июне 1947 года состоялся суд чести над Н. Г. Ключевой и Г. И. Роскиным, в августе того же года — над Г. А. Митеревым. Все обвинения, предъявленные им во время этих процессов, были сняты на заседании Президиума ЦК КПСС в октябре 1959 года.

Ключевые слова: Н. Г. Ключева, Г. И. Роскин, А. Г. Митерев, круцин, дело «КР», суд чести.

Для цитирования: Абрамкина Д. И. Дело «КР»: суд чести над министром здравоохранения СССР Г. А. Митеревым // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 121—124. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.020.

Original article

The 'KR' case: a trial of the Minister of Health of the USSR, G. A. Miterev

Daria I. Abramkina

FSBEI HE «ROSUNIMED» OF MOH OF RUSSIA Moscow, Russian Federation

dasha81.07@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0007-6836-7940>

Annotation. Minister of Health of the USSR G. A. Miterev in 1946 should have felt quite confident: for 7 years of work in a leading position he had accumulated considerable experience as a health care organiser, the actions of the People's Commissariat of Health headed by him during the Great Patriotic War were extremely successful, the post-war development of Soviet health care was going on confidently. However, at the end of the year he was suddenly deprived of his post for attempted scientific cooperation with recent allies in the war — the Americans: academician-secretary of the Academy of Medical Sciences of the USSR V. V. Parin during a business trip transferred to the Soviet Union. During a business trip, Parin gave them samples of the anti-cancer drug 'KR' (krutsina) developed by N. G. Klyueva and G. I. Roskin and the manuscript of a book on cancer biotherapy. The scientists were accused of anti-patriotic and anti-state actions, and the minister was branded as an apolitical swindler. In June 1947, a trial of honour was held against N. G. Klyueva and G. I. Roskin, and in August of the same year — against G. A. Miterev. All charges brought against them during these trials were dropped at a meeting of the Presidium of the CPSU Central Committee in October 1959.

Key words: N. G. Klyueva, G. I. Roskin, A. G. Miterev, Krutsin, KR case, Court of Honour.

For citation: Abramkina D. I. The 'KR' case: a trial of the Minister of Health of the USSR, G. A. Miterev. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(1):121–124. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.020.

Министр здравоохранения СССР Г. А. Митерев на IX сессии Верховного Совета СССР 26 октября 1946 года, отчитавшись об успехах советского здравоохранения, закончил свой доклад на оптимистической ноте: «Многотысячная армия медицинских работников, охваченная пафосом великих задач четвертой сталинской пятилетки, преодолет все недочеты и поднимет здравоохранение в нашей стране на высоту, достойную великой сталинской эпохи. Порукой этому служит мудрое Сталинское руководство.»¹.

Однако поднять здравоохранение на высоту, достойную великой сталинской эпохи, Митереву не

довелось. Казалось бы, ничто не предвещало беды, однако не прошло и года, как он был снят с поста как «не справившийся с порученным ему делом». На заседании организованного по поручению И. В. Сталина главным идеологом страны секретарем ЦК ВКП(б) А. А. Ждановым суда чести Министерства здравоохранения СССР, состоявшегося 5—7 июня 1947 года, члена-корреспондента АМН СССР микробиолога Н. Г. Ключеву и ее мужа, профессора МГУ заведующего кафедрой цитологии и гистоло-

¹ Государственный архив Российской Федерации (далее ГА РФ). Ф. Р-9609. Оп. 1. Д. 57. Лл. 2—25.

гии Г. И. Роскина обвинили в антипатриотических и антигосударственных поступках; бывший министр здравоохранения Г. А. Митерев присутствовал при этом в качестве свидетеля и занимал место в первом ряду партера².

Ученые, разрабатывавшие новый метод лечения рака с помощью препарата, полученного из возбудителя Американского трипаносомоза (простейших вида *Trypanosoma cruzi*), обвинялись в том, что они через академика-секретаря АМН СССР В. В. Парина передали в Америку рукопись подготовленной к печати работы «Биотерапия злокачественной опухоли» вместе с 10 ампулами предположительно эффективного противоракового средства «КР» (круцина) и технологией его производства [1]. В Америке заинтересовались этими исследованиями после того, как Ключева и Роскин выступили в марте 1946 года на общем собрании медицинской академии с докладом о веществе, специфически действующем на раковые клетки, и соответствующие сообщения о выдающемся достижении советских ученых появились в центральной прессе.

20 июня 1946 года институт микробиологии им. Мечникова, в котором Ключева и Роскин вели свои исследования, посетил американский посол. Заместитель начальника Управления кадров ЦК ВКП(б) А. И. Андреев в докладной записке от 3 августа 1946 года «Об обстоятельствах посещения американским послом в СССР Смитом института эпидемиологии, микробиологии и инфекционных болезней» отмечал, что перед тем, как дать согласие на посещение института министр здравоохранения Митерев согласовал этот вопрос с двумя заместителями министра иностранных дел СССР — Г. Н. Зарубиным и С. А. Лозовским. Согласно этой докладной записке, в конце визита «к проф. Ключевой Смит обратился с вопросом, — не нужно ли ей помочь оборудованием? К т. Митереву Смит обратился с более широкими и конкретными предложениями: “Во имя человечности в борьбе против рака объединить усилия американских и советских ученых”, причем, по мысли Смита, профессора Ключева и Роскин дают свои идеи и концепции, ценность которых и американские ученые и ученые других стран уже признали, а Америка дает оборудование, микроскопы и т. п.»³.

Осторожный Митерев привычно обратился за советом к В. М. Молотову; в РГАСПИ хранится его письмо следующего содержания:

«Заместителю председателя Совета министров СССР тов. В. М. Молотову

На днях ко мне обратился посол соединенных Штатов Америки в СССР господин Смит с просьбой ознакомиться с работами по злокачественным опухолям, проводимыми в СССР. В частности господин Смит интересовался работами, проводимыми профессорами Ключевой и Роскиным по изучению препарата КР. Господин Смит предложил работу по изучению противораковых препаратов про-

дуть в дальнейшем США и Советскому Союзу совместно, а также постоянно обмениваться опытом в работе по изготовлению подобных препаратов и просит оформить все вышеуказанное соответствующим соглашением между Министерством Здравоохранения СССР и посольством США в СССР. Я выслушал господина Смита и, не дав ему определенного ответа, сказал, что затронутый им вопрос будет мною изучен, после чего я ему сообщу свой ответ. Докладывая Вам о предложении посла США в СССР господина Смита, прошу Ваших дальнейших указаний.

Министр Здравоохранения СССР. Г. А. Митерев⁴.

Осенью 1946 года академик-секретарь АМН СССР В. В. Парин был командирован в Америку, перед поездкой Роскин вручил ему рукопись готовившейся к изданию книги о биотерапии рака и образцы препарата. Согласно показаниям Г. И. Роскина на суде чести, перед этим «Нина Георгиевна [Ключева] несколько раз беседовала с министром Митеревым, он был в курсе, что мы отдали книгу Парину»⁵.

В ответ на запрос А. А. Жданова замначальника Управления кадров ЦК ВКП(б) А. С. Павленко и курировавший медицинскую академию заводчиком того же управления Б. Д. Петров в декабре 1946 года писали, что «тов. Митереву при вызове его к секретарю ЦК ВКП(б) тов. Кузнецову было указано на необходимость оказать серьезную помощь в разработке проблемы и соблюдать строгую секретность, в частности, избежать того, чтобы сведения о препарате попали в руки американцев... Проверка показала, что это указание т. Митерев не выполнил»⁶. Однако вероятность того, что всегда осторожный в своих действиях министр здравоохранения нарушил прямое указание партийного руководства представляется ничтожной.

В начале ноября того же года возглавлявший советскую делегацию на сессии Генеральной Ассамблеи ООН В. М. Молотов направил в Минздрав запрос о возможности передачи материалов о биотерапии рака американцам. А. Я. Кузнецов, замещавший находившегося в отпуске министра здравоохранения СССР Митерева, обратился за разрешением к И. В. Сталину и послал 14 ноября 1946 года шифrogramму, в которой просил разрешения передать рукопись книги и образцы препарата. Заместитель министра отмечал, что ученые и Минздрав идею такого научного сотрудничества одобряют, и советские онкологи уже получают от американских коллег много полезной информации [2]⁷. Однако шифrogramма к адресату вовремя не попала, письменного разрешения от главы государства получено не было.

Как указали в своей докладной записке А. С. Павленко и Б. Д. Петров, в ответ на запрос Молотова за-

⁴ РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 117. Д. 309. Л. 10.

⁵ РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 127. Д. 622. Лл. 1—3.

⁶ РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 127. Д. 622. Лл. 8—11.

⁷ РГАСПИ. Ф. 77. Оп. 3. Д. 147. Л. 9.

² ГА РФ. Ф. Р-9609. Оп. 1. Д. 8. Л. 1.

³ Российский государственный архив социально-политической истории (далее РГАСПИ). Ф. 17. Оп. 127. Д. 620. Лл. 6—7.

меститель министра здравоохранения Кузнецов дал по телефону согласие заместителю министра иностранных дел СССР Г. Н. Зарубину на передачу рукописи Ключевой и Роскина американцам (без описания технологии изготовления препарата). 27 ноября 1946 года В. В. Парин передал рукопись и образцы препарата американцам; после возвращения из командировки в начале 1947 года он был арестован.

Ключева и Роскин предстали перед судом чести 5—7 июня 1947 года, выступавший в качестве свидетеля Митерев заявил, что до марта 1946 года вообще не знал о препарате «КР»; признал, что совещание в Минздраве с участием Ключевой, Роскина и Парина, на котором было принято решение о совместной с американскими учеными научной работе по разработке противоракового средства, было проведено по его распоряжению; утверждал, что рукопись книги о биотерапии рака была передана Парину без его согласия [3]. На вопрос председателя суда чести А. Н. Лобанова «Вы решили заключить соглашение с американцами потому, что не верили в возможность проведения работы по биотерапии рака своими силами в СССР? Что Вами руководило?» Митерев ответил: «Мною руководило желание получить оборудование... для того, чтобы быстрее двинуть это дело»⁸.

Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Пермского медицинского института профессор П. А. Гузиков, присутствовавший на этом суде чести, говорил на закрытом партийном собрании Молотовского медицинского института, что во время процесса Митерев вел себя малодушно, плакал [4]. У бывшего министра здравоохранения СССР действительно были серьезные основания беспокоиться о своей дальнейшей судьбе. В упомянутой докладной записке А. С. Павленко и Б. Д. Петров призывали привлечь его к строгой партийной ответственности. В «Закрытом письме ЦК ВКП(б) о деле профессоров Ключевой и Роскина» от 16 июля 1947 года было сказано: «Среди некоторых работников нашего государственного аппарата, в том числе и руководящих, имеют место нетерпимое притупление бдительности, благодушие и ротозейство. Перед лицом враждебного капиталистического окружения некоторые наши работники ведут себя не как государственные политические деятели, а как беспринципные аполитичные делегаты, утратившие большевистский облик...» [3].

Согласно отчету оргинструкторского отдела МГК ВКП(б), в июле 1947 года в семнадцати районах Москвы были проведены совещания партийных деятелей с участием 1562 человек, на которых было зачитано закрытое письмо ЦК ВКП(б) и материалы по делу Ключевой и Роскина. Партийные деятели очень часто задавали вопрос — почему бывший министр здравоохранения Митерев, допустивший разглашение важной государственной тайны, до сих пор не привлечен к строгой ответственности? [3].

Суд чести по делу бывшего министра здравоохранения СССР состоялся 3 — 14 августа 1947 года.

Г. А. Митереву инкриминировали следующие «преступления»:

- 1) не препятствовал афишированию работ по препарату «КР» и даже способствовал ему (в частности, санкционировал статью Ключевой и Роскина «Пожиратели раковых клеток» в майском номере журнала «Огонек» за 1946 год);
- 2) в июне 1946 года принял американского посла у себя в кабинете и вступил с ним в позорную сделку, дав разрешение на посещение лаборатории Ключевой и Роскина;
- 3) после встречи с послом созвал у себя в кабинете совещание с участием проф. Приорова, Ключевой, Роскина и др., рассказал о предложении американского посла, целесообразности и выгоды обмена информацией с американцами;
- 4) санкционировал составление проекта договора с американским послом Смитом, согласно которому Минздрав СССР должен был предоставить посольству информацию о научных исследованиях по проблеме рака и передать технологию изготовления препарата «КР», а они предоставляли оборудование для научно-исследовательских институтов и информацию о своих противораковых средствах;
- 5) дал согласие Парину при отъезде его в Америку взять с собой новый препарат и способы его изготовления для передачи американцам.

В роли свидетелей обвинения выступили профессор Н. Н. Приоров, И. Г. Руфанов, Б. И. Збарский, З. В. Ермольева, показавшие, что бывший министр здравоохранения Митерев вообще не интересовался наукой, несмотря на неоднократные попытки ученых привлечь его внимание к этому важному разделу деятельности Минздрава⁹. Как отмечал общественный обвинитель, «понимание Митеревым задач Академии медицинских наук было таково, что в руководстве ею он проявлял мало отличия от руководства каким-либо крупным отделом или управлением министерства. В итоге такого неправильно-го понимания задач Академии медицинских наук устанавливалось неправильное отношение Митерева к нуждам Академии и явно недостаточная помощь ей»¹⁰. Следует отметить, что это обвинение должно было стать для Митерева довольно неожиданным, поскольку именно он выступал на 1-й Учредительной сессии АМН СССР с докладом «Очердные задачи Академии медицинских наук».

В ходе процесса его называли беспринципным аполитичным делегатом и ротозеем, а он каялся и признавал, что «оказался не на высоте — не государственным деятелем, а делегатом» [5]. К счастью, как отметил в своей речи общественный обвинитель, заслуженный деятель науки член-корреспондент АМН СССР профессор А. И. Нестеров, «мы имеем основания быть уверенными в том, что Митерев непреднамеренно совершил указанные антигосударственные и антипатриотические поступки, что он

⁸ РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 127. Д. 622. Лл. 56—89.

⁹ РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 127. Д. 622. Лл. 52—55.

¹⁰ РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 127. Д. 622. Лл. 56—89.

совершил именно ошибки, тяжелые и грубые, наносящие серьезный ущерб государству. Поэтому Митерев находится среди нас на суде чести, а не в другой инстанции»¹¹.

Спустя 12 лет Комитет ЦК КПСС предложил снять с Н. Г. Ключевой, Г. И. Роскина, В. В. Парина и Г. А. Митерева все обвинения, выдвинутые этими судами чести; 15 октября 1959 года на заседании Президиума ЦК КПСС это предложение было принято — соответствующая выписка из протокола № 244 за подписью секретаря ЦК КПСС Хрущева хранится в ГАРФ¹². А в 1947 году все участники дела «КР» понесли то или иное наказание. Остается, однако, неясным, почему ученый секретарь АМН СССР В. В. Парин был приговорен как американский шпион к 25 годам исправительно-трудовых лагерей, а министр здравоохранения СССР Г. А. Митерев отделался лишь вынесением общественного выговора и разжалованием из министров, но 27 июня 1947 года приступил к обязанностям директора Центрального научно-исследовательского санитарного института им. Эрисмана? На этот вопрос найти ответа, вероятно, не удастся.

Много лет спустя Митерев, пытаясь, вероятно, объяснить невероятные зигзаги своей судьбы, сдержанно написал в своих мемуарах (1975): «И. В. Сталин относился ко мне как к наркомку здравоохранения благожелательно... С И. В. Сталиным я встречался не часто. И все же, мне кажется, смог правильно уловить одну очень важную черту в характере этого не всегда ровного в своих отношениях с людьми, но несомненно выдающегося человека: принимаемые им решения опирались на государственную целесообразность. Во всяком случае, как он ее понимал...» [6,7].

Что же касается круцина, то исследования были продолжены, но так и не доведены до стадии клинических испытаний: интерес к препарату был утрачен после появления цитостатиков.

¹¹ РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 127. Д. 622. Лл. 56—89.

¹² ГА РФ. Ф. Р-9609. Оп.1. Д. 8. Л. 2.

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

Статья поступила в редакцию 16.01.2025; одобрена после рецензирования 12.03.2025; принята к публикации 14.03.2025.
The article was submitted 16.01.2025; approved after reviewing 12.03.2025; accepted for publication 14.03.2025.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Шноль С. Э. Герои и злодеи российской науки. М.: КРОН ПРЕСС; 1997.
2. Есаков В. Д., Левина Е. С. Дело «КР» (Из истории гонений на советскую интеллигенцию). Кентавр. 1994;(2):54—65.
3. Москва послевоенная. 1945—1947: Арх. док. и материалы. М.: Изд-во объедин. «Мосгорархив»; 2000.
4. Общество и власть. Российская провинция. 1917—1985: Документы и материалы в 6 т. Пермский край. Т. 2. 1941—1985. Екатеринбург: Банк культурной информации; 2008.
5. Костырченко Г. В. Идеологические чистки второй половины 40-х годов: псевдопатриоты против псевдокосмополитов. Советское общество: возникновение, развитие, исторический финал: в 2 т. Т. 2. Апогей и крах сталинизма. Под общ. ред. Ю. Н. Афанасьева. М.: Российский государственный университет; 1997.
6. Митерев Г. А. В дни мира и войны. М.: Медицина; 1975.
7. Пашков К. А., Абрамкина Д. И. Деятельность наркома здравоохранения СССР Г. А. Митерева по налаживанию эффективного руководства эвакуационными госпиталями в годы Великой Отечественной войны. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2025;33(1):125—128. DOI: 10.32687/0869-866X-2025-33-1-125-128

REFERENCES

1. Shnol S. E. Heroes and Villains of Russian Science. Moscow: KRON PRESS; 1997 (in Russian).
2. Esakov V. D., Levina E. S. Delo 'KR' (From the history of persecution of the Soviet intelligentsia). *Centaur. [Kentavr]*. 1994;(2):54—65 (in Russian).
3. Postwar Moscow. 1945—1947: Arch. doc. and materials. Moscow: Izd-vo obed. 'Mosgorarchiv'; 2000 (in Russian).
4. Society and power. Russian Province. 1917—1985: Documents and materials in 6 vols. Perm region. Vol. 2. 1941—1985. Ekaterinburg: Bank of Cultural Information; 2008 (in Russian).
5. Kostyrchenko G. V. Ideological purges of the second half of the 40s: pseudo-patriots against pseudo-cosmopolitans. Soviet society: emergence, development, historical finale: in 2 vol. Vol. 2. Apogee and collapse of Stalinism. Edited by Y. N. Afanasyev. Moscow: Russian State University; 1997 (in Russian).
6. Miterev G. A. In the days of peace and war. Moscow: Medicine; 1975 (in Russian).
7. Pashkov K. A., Abramkina D. I. The activity of G. A. Miterev, the USSR People's Commissar of Health Care, related to arrangement of efficient guidance of evacuation hospitals during the Great Patriotic War. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine. [Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsin]*. 2025;33(1):125—128 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2025-33-1-125-128

Обзорная статья

УДК 616.-083.98, 616.936—056.55

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.021

Ранняя история переливания крови при анемии, обусловленной малярией

Мария Сергеевна Сергеева¹, Николай Николаевич Крылов²

^{1–2}ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»
Минздрава России (Сеченовский университет), 119991, Российская Федерация, г. Москва, ул. Трубецкая д.8
стр.2

¹sergeeva_m_s@staff.sechenov.ru; <http://orcid.org/0000-0002-2027-4020>

²nnkrylov01@yandex.ru; <http://orcid.org/0000-0003-0078-9171>

Аннотация. Статья посвящена систематизации сведений о первом опыте использования гемотрансфузии для лечения анемии, обусловленной тяжелым течением малярии в XIX — начале XX вв. Попытки такого рода предпринимались в странах Европы в русле становления трансфузиологии XIX в., пик которых приходится на 1870—1890 гг. Широкое распространение малярии в Италии, и большое число жертв объясняло высокий интерес итальянских врачей к клиническому изучению эффективности гемотрансфузии в борьбе с ней. Опыт западных врачей в лечении хронической анемии разной этиологии, разработке методов и аппаратов для переливания крови на фоне борьбы за Африканские колонии на рубеже XIX—XX вв. способствовали проникновению и распространению новейших технологий гемотрансфузии на африканском континенте. Алгоритм принятия решения в новых условиях ничем не отличался от представленного в публикациях Старого Света.

Ключевые слова: история медицины, малярия, гемотрансфузия.

Для цитирования: Сергеева М. С., Крылов Н. Н. Ранняя история переливания крови при анемии, обусловленной малярией // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 125—131. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.021.

Review article

Early history of blood transfusion for anemia caused by malaria

Maria S. Sergeeva¹, Nikolay N. Krylov²

^{1–2}I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

¹sergeeva_m_s@staff.sechenov.ru; <http://orcid.org/0000-0002-2027-4020>

²nnkrylov01@yandex.ru; <http://orcid.org/0000-0003-0078-9171>

Annotation. The article is devoted to the systematization of information on the first experience of using blood transfusion to treat anemia caused by severe malaria in the 19th — early 20th centuries. Attempts of this kind were undertaken in European countries in the mainstream of the development of transfusion science in the 19th century, the peak of which occurred in the 1870—1890s. The widespread prevalence of malaria in Italy and the large number of victims explained the high interest of Italian doctors in the clinical study of the effectiveness of blood transfusion in the fight against it. The experience of Western doctors in the treatment of chronic anemia of various etiologies, the development of methods and devices for blood transfusion against the background of the struggle for African colonies at the turn of the 19th—20th centuries contributed to the penetration and spread of the latest blood transfusion technologies on the African continent. The decision-making algorithm in the new conditions was no different from that presented in the publications of the Old World.

Keywords: history of medicine, malaria, blood transfusion.

For citation: Sergeeva M. S., Krylov N. N. Early history of blood transfusion for anemia caused by malaria. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(1):125–131. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.021.

Введение

Малярия не только способствовала вымиранию динозавров, но стала одним из постоянных спутников человечества [1]. В 2022 г. в 85 эндемичных по малярии регионах было зарегистрировано 249 миллионов больных, что на 5 миллионов случаев больше по сравнению с 2021 г.¹ Ежегодно во всем мире от нее умирает около 1 миллиона человек. Более половины случаев смерти вызваны тяжелой формой анемии, особенно у детей и беременных. Патогенез

анемии на фоне малярии включает избыточный гемолиз клеток, инфицированных паразитом, повышенный клиренс неинфицированных эритроцитов в селезенке и снижение эритропоэза. Эффективные этиотропное противопаразитарное лечение и терапия препаратами железа возможны только в случа-

¹World Malaria Report 2023: Regional Data and Trends. World Health Organization 2023. <https://www.who.int/publications/m/item/WHO-UCN-GMP-2023.08> (дата обращения 31 декабря 2024)

ях анемии легкого и среднетяжелого течения [2]. Анемия может сохраняться у больного и после полного избавления от паразитемии [3]. К тяжелым вариантам течения малярии относят развитие выраженной анемии (уровень гемоглобина менее 4 г/дл) с гемоглинурией или «blackwater fever» [4]. Переливание цельной крови признают в качестве адъювантного лечения пациентов с тяжелой малярийной анемией [5], прежде всего у детей [6], которое приводит к снижению летальности от малярийной анемии в 3,9 раза [7].

Ранняя история гемотрансфузий в странах Европы в начале XIX в. отражала, в том числе, попытки лечения острой и хронической анемии. О первом в мире переливании крови от человека к человеку J. Blundell сообщил Лондонскому медико-хирургическому обществу 22 декабря 1818 г. Реципиенту, страдавшему стенозирующей злокачественной опухолью выходного отдела желудка, в крайней степени истощения, с помощью шприца перелили в вену 14 унций (около 420 мл) крови от нескольких доноров [8]. Первую в России гемотрансфузию 10 унций крови выполнил А. М. Вольф в пятницу страстной недели (8 апреля) 1832 г. в Санкт-Петербурге больной, умиравший от послеродового кровотечения [9, 10]. В США первая гемотрансфузия (плохо документированная), вероятно, была проведена S. Choprin в 1854 г. в Новом Орлеане [11] для лечения терминальной фазы холеры. Другим претендентом на пальму первенства является доктор Benedict, в 1859 г. выполнивший переливание крови больному, умиравшему от желтой лихорадки [12]. История гемотрансфузии в Канаде начинается только с 1910 г. и связана с именами врачей Primrose и Ryerson из Торонто [13]. В Японии в феврале 1919 г. доктор Shichiro Goto провел первое переливание 300 мл аллогенной крови от родственника больного во время операции по поводу эмпиемы плевры [14]. В Китае в 1938 г. во время японо-китайской войны канадский хирург-антифашист N. Bethune (по-китайски I Bai Qiu'en — «Белый, ищущий благодати») впервые стал практиковать гемотрансфузию. Он часто проводил хирургические операции на поле боя, иногда переливая раненым собственную кровь [15]. В Индии первый банк крови был создан в Калькутте в 1942 г. во Всеиндийском институте гигиены и общественного здравоохранения для удовлетворения потребностей войн. Предполагают, что первая операция гемотрансфузии, связанная именно с лечением анемии с гемоглинурией — «blackwater fever», была проведена в 1892 г. в Африке. Целью данного исследования стало выявление и систематизация сведений о первом опыте использования гемотрансфузии для лечения тяжелой формы анемии, обусловленной малярией.

Результаты

Представление о крови, как «гуморе», определяющем жизненную энергию организма, восходившее к XVI в., долгое время оставалось наиболее устойчивой и популярной ее характеристикой. В течение полутора веков, начиная с 23 ноября 1667 г., с помо-

щью гемотрансфузии стремились трансформировать ментальность психически больных людей. В этот день R. Lower и E. King впервые попытались вылечить переливанием крови ягненка 22-летнего бакалавра геологии из Кембриджа по имени Arthur Coga, чей мозг был признан «немного перегретым», от чего пациента считали «не в своем уме» [16]. Это открыло простор для философских интерпретаций сущности крови как субстрата души и рассуждений о том, как влияет вливание животной крови на телесные и психические качества человека. Таким образом, сама концепция переливания крови представляла собой радикальное изменение в терапии больных.

Такая клиническая установка отчетливо прослеживается на английской карикатуре 1804 г., изображающей Наполеона, получающего инъекцию «аристократической крови» от донора — царя зверей — тигра (рис.). Только так, по мнению автора, приняв титул «императора», он мог полностью избавиться от прежних убеждений революционера-демократа.

После успешной аллотрансфузии, выполненной Blundell в 1818 г., донорами крови все чаще стали выступать люди. Одновременно с увеличением количества наблюдений появлялись новые показания для ее применения. В течение короткого времени инновация охватила практически всю клиническую медицину. Ксено- или аллотрансфузию нативной или дефибрированной крови апробировали в разных ситуациях, когда возможности других известных врачам лечебных средств в борьбе за жизнь пациентов были исчерпаны. Несмотря на полученные к 1875 г. очевидные доказательства ошибочности и нефизиологичности ксенотрансфузии, в клинической практике данный метод эпизодически применяли до 1928 г. [17].

Переливание крови практиковали хирурги, акушеры, травматологи и военные врачи. Во второй половине XIX в. эту операцию все чаще стали считать неотложной или экстренной процедурой в лечении пациентов, считавшихся неизлечимыми или нуждавшихся в немедленном восстановлении жизненных сил организма. Становление трансфузиологии, т. е. совершенствование приемов по вливанию в вены фармакологических средств (в общем) и крови (в частности), представляло собой переход к принципиально новой терапевтической концепции: быстрому вмешательству для немедленного восстановления естественного, исходного, нормального состояния организма, прежде всего в условиях, когда традиционная длительная терапия оказывалась неэффективной. По мнению хирурга и исследователя В. J. Ficarra, «последние три десятилетия XIX в. были свидетелями неистового увлечения переливанием крови, которое не знало границ. Вместо того, чтобы ограничивать такую практику рациональным использованием, ее применяли для лечения всех возможных видов заболеваний. Когда возникали некие терапевтические сомнения в выборе лечения, назначали переливание крови» [18, с. 309].



W. Holland; London, June 1804. «Королевское переливание крови или флеботомия в Шато Сен-Клу». Английская карикатура 1804 г. Наполеон сидит на императорском троне и получает инъекцию крови тигра; у тигра, прикопанного цепью к полу, врач выпускает бьющую из шеи кровь и собирает ее в чашку; другой врач уносит ведро, полное крови. Наполеон ощущает, как вместо чувств гражданина-республиканца в него вливаются убеждения роялиста, и он просит дать кровь дикого зверя всем членам своей семьи.

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Bodleian_Libraries,_Injecting_blood_royal_or_Phlebotomy_at_St_Cloud.jpg (Дата обращения 31 декабря 2024)

Проведенный нами анализ клинических случаев гемотрансфузии, опубликованных в медицинской печати XIX в., позволил выделить наиболее популярные направления переливания крови того времени. Самое большое количество операций 46,4% было выполнено по поводу острой массивной кровопотери, 36,8% — в связи с длительно существовавшей, достигшей критических значений хронической анемией, не поддававшейся воздействию других медикаментов и создававшей условия крайней степени риска летального исхода. Среди прочих вариантов хронической анемии особо выделяли смертоносную форму хронической малярии, поражающую в основном некоренное население и имевшую разные определения, включая такие, как «малярийная кахексия» (*malarial cachexia*, *cachexie du paludisme*), «пернициозная малярия» (*pernicious malaria*), «геморрагическая малярия» (*hemorrhagic malaria*) или «гемоглобинурическая лихорадка» (*hemoglobinuric fever*) [19]. Наиболее ярким, тяжелым и характерным симптомом заболевания была гемоглобинурия, давшая ему название «blackwater fever». Другие симптомы включали желтуху, тошноту, лихорадку, острую почечную недостаточность и тяжелую анемию, обусловленную гемолизом. Оценки летальности от этой клинической формы малярии в то время в значительной степени варьировали в зависимости от региона и составляли от 4% до 70% [20, с. 906].

Вероятно, впервые прямое переливание крови ягненка для лечения «терцианской лихорадки» с малокровием провели G. Riva d'Asti в 1667 г. и P. Manfredus в 1668 г. Широкое распространение малярии

в Италии и большое число жертв объясняло высокий интерес итальянских врачей к клиническому изучению эффективности разных методов гемотрансфузии в борьбе с ней. Спустя сто лет в 1874—76 гг. аналогичную процедуру выполнили G. B. Manzini и R. Rodolfi [21]. В начале 1890-х г. De Dominicis в Неаполе применил трансфузию крови собак в лечении 14 своих пациентов с эссенциальной анемией (единовременная доза донорской крови составляла до 130 мл) [22]. Кровь человека-донора для лечения «малярийной кахексии» в последней четверти XIX в. в Европе переливали Postempsky, E. Schmid и H.W. von Ziemssen и другие врачи [23, с. 509]. Чаще всего такая терапия состояла из многократных вливаний. Так Luigi и Tassinari вынуждены были для купирования анемии переливать кровь 5—6 раз [23, с. 490—491].

Формирующиеся представления об иммунитете и становление сывороточной терапии предложили новое обоснование целесообразности ксенотрансфузии при обусловленной малярией анемии. E. Marchiafava и A. Bignami высказали мнение, что организмы обладают индивидуальной восприимчивостью к малярии, что может быть обусловлено специфическим составом веществ, содержащихся в крови [24, с. 392—393]. Опираясь на имеющиеся сведения по природе и патогенезу малярии, а также результаты аналогичных экспериментальных исследований других инфекционных заболеваний, полученные A. Wassermann, P. Ehrlich, R. Koch, E. Roux и другими, J. Murray пришел к заключению, что некоторые животные обладают естественным иммунитетом к определенным токсичным или болезнетвор-

ным элементам; в результате естественной или искусственной токсической инфекции вырабатывается приобретенный иммунитет; сыворотка иммунизированного животного может вырабатывать иммунитет у другого организма [25, с. 156]. На том основании, что домашние козы невосприимчивы к малярии и, следовательно, могут обладать специфическими антитоксинами, которые можно использовать для лечения больных, в 1895 г. он предложил использовать прямое переливание артериальной крови коз пациентам с тяжелой формой малярии [25, с. 156—157]. В 1900 г., подводя итоги своей врачебной деятельности в Ост-Индии и Восточной Африке, К. Däubler в монографии о тропической медицине утверждал необходимость переливания крови при тяжелой форме малярии, особенно в случаях, когда «содержание гемоглобина падает ниже 25% от нормы». По его данным, в случаях своевременной и достаточной по объему инфузии врачам всегда удавалось добиться «поразительных успехов» [26, с. 261].

В Европе в начале XX в. постепенно стала преобладать практика переливания аллогенной крови, особенно активно ее использовали во время Первой мировой войны. В 1918 г. А. Alport в Салониках (Македония, Греция) перелил 8 унций крови солдату, страдавшему «blackwater fever». Предварительно врачи провели биологическую пробу на совместимость крови донора и реципиента [27, с. 163—172]. В следующем 1919 г. аналогичную процедуру выполнил Н. Соепен в Бреслау (Силезия), вливший цельную человеческую кровь сержанту, вернувшемуся из похода в Турцию и Синайскую пустыню с тяжелой анемией и гемоглобинурией [28, с. 286—287]. После стандартизации методики гемотрансфузии в 1920—30 гг. переливание крови при тяжелой форме малярии с анемией в Европе стало привычной практикой [29, 30].

История начала лечебных гемотрансфузий в Африке, представляет особый интерес, поскольку непосредственно связана с лечением малярийной анемии. В 1892 г. немецкий военный врач Е. Steudel провел первое известное переливание крови в правительственном госпитале в Багамойо (Германская Восточная Африка) с использованием хорошо зарекомендовавшего себя шприцевой метода, разработанного Ziemssen. Его пациентом был известный натуралист, зоолог и ботаник F. Stuhlmann, находившийся на грани смерти от болезни, которую медик называл «perniciöse malaria». Клиническая картина заболевания (лихорадка 40°C, сопровождавшаяся темной мочой) соответствовала основным внешним симптомом «blackwater fever». Первоначальное лечение было основано на употреблении больших доз хинина, ставших причиной падения уровня гемоглобина крови до критически низких значений. Донором стал «чернокожий слуга» врача, 400 мл венозной крови которого было дефибрировано и путем внутривенной инъекции введено пациенту. Несмотря на большую осторожность, два небольших воздушных пузырька попали внутрь во время инфузии. Сердце пациента остановилось, но

вскоре спонтанно восстановило сокращения. Затем появились озноб, тахикардия, обильное потоотделение. Сразу после переливания крови уровень гемоглобина резко вырос с 8 до 20 %. В течение нескольких дней врачи наблюдали у больного лихорадку, аритмию, галлюцинации и двигательное возбуждение. Через неделю его отправили на соседний остров Занзибар, а несколько месяцев спустя он вернулся в Европу, где полностью восстановился [31, с. 1—2].

Steudel полагал, что внутривенное введение большого количества донорской крови восстановило количество ранее разрушенных и утраченных эритроцитов. Следует особо подчеркнуть, что врач без колебаний пригласил в качестве донора своего африканского сотрудника, а пациент — с готовностью согласился на такой вариант заимствования, несмотря на присутствие других европейцев, которые могли бы предоставить свою кровь. Таким образом, этот случай опровергает существование гипотетических опасений ранних европейских колонистов по поводу смешения крови представителей разных человеческих рас.

Это первое известное нам переливание крови в Африке совпало с европейскими достижениями в области терапии сыворотками крови, согласно которым люди и животные, обитающие в опасном регионе, могут быть устойчивы к местным заболеваниям, если обладают специфическим иммунитетом. Кровь эндемиков и людей, вылечившихся от какой-либо болезни, рассматривали в качестве возможного иммунизирующего средства для уязвимых групп населения, например, европейцев, впервые путешествующих по Африке. Вполне возможно, что немецкий врач выбрал африканца для сдачи крови целенаправленно, в надежде, что его кровь обладала особыми лечебными свойствами при лихорадке «blackwater fever», которая в то время считалась смертельной формой малярии. Исследователи считают, что именно переливание крови спасло жизнь Stuhlmann, поэтому этот случай вошел в медицинскую литературу как первое успешное применение переливания крови в Африке в XIX в. при «злокачественной малярии».

Последующие гемотрансфузии в Африке были проведены только во время Первой мировой войны. Бельгиец Е. Lejeune в 1918 г. в Бельгийском Конго выполнил эту операцию европейскому офицеру колониальных войск, страдавшему малярийной гемоглобинурией. Предварительно врач убедился в отсутствии у пациента терапевтического эффекта на введение стандартных стимулирующих препаратов. «Общее состояние продолжало ухудшаться; пациент очень ослаб, бредит; пульс едва ощутим и очень учащен», в результате чего врач решился на применение переливания в качестве «окончательного терапевтического метода» [32 с. 300]. Lejeune, вероятно, был осведомлен о существовании групп крови, важности их определения при гемотрансфузии и способах индивидуального подбора крови, однако, в данном случае он их не определял. Вместо этого он сделал тестовую «противоанафилактическую инъек-

цию» 5 мл донорской крови и в течение 5 минут ожидал от организма пациента реакции на ее введение, после чего в течение четверти часа влил основную дозу — 500 мл цитратной крови. Lejeune осознавал, что переливание крови, которое он сделал, было крайней мерой в ситуации смертельной опасности, тем не менее на следующий день температура у пациента нормализовалась, и, хотя его анализы крови не сразу пришли в норму, больной в конечном счете поправился, был выписан из госпиталя и вернулся в Европу.

В том же году в Алжире французские врачи прибегли к переливанию крови с помощью аппарата Jeanbrau как «последнему средству» лечения солдата, впавшего в кому на фоне «тяжелой формы малярии». Донором была медсестра, которую в итоге случайно заразили во время забора крови. Данный случай внутрибольничной передачи малярии получил широкую огласку благодаря последующей публикации врачебных наблюдений [33]. В Дакаре (Сенегал) военно-морские врачи из Франции перелили цитратную кровь в двух случаях лихорадки «blackwater fever» у моряков с помощью аппарата Potain. В обоих случаях угроза неминуемой смерти от острой анемии и гемолиза оправдывала эти процедуры [34, 35]. Клинические наблюдения, полученные европейцами в Африке, подтверждали результаты проведенных в Европе исследований, убеждая медицинскую общественность в правильности выбранных подходов к лечению тяжелых случаев малярии. В 1930-е гг. повторные инфузии крови, общий объем которых мог достигать 5000 мл, стали одним из основных методов лечения таких пациентов [36 с. 350].

Заключение

Невозможно с уверенностью сказать, когда в Африке было произведено первое переливание крови. Близость к европейским центрам медицины способствовала появлению там подготовленных специалистов, владевших и знанием теории, и навыками использования аппаратов для переливания крови. Хотя число западных врачей, работавших на этом континенте, было небольшим, данные об их лечебной практике и публикации с ее описаниями достаточно скудны. Очевидно, что медики не регистрировали каждое внутривенное вливание, тем более неудачное. Количество публикаций сокращалось по мере исчезновения научной новизны этого метода и превращения его в рутинную часть терапии больных малярией. Распространенность малярии в Европе в совокупности с обширным опытом западных врачей в лечении хронической анемии разной этиологии предопределили специфическую направленность первых гемотрансфузий на южных территориях колониальной экспансии. Алгоритм принятия решения в новых условиях ничем не отличался от заимствованного в публикациях Старого Света XIX в. Таким образом, вместе с колониальными войсками практический опыт гемотрансфузии попал в африканские владения значительно раньше, чем в страны Азии.

На протяжении многих веков в клинической медицине полностью отсутствовала концепция лечения, направленного на достижение немедленного терапевтического эффекта. Со времен Гиппократы болезни лечили постепенно, следуя естественному ходу событий и воздерживаясь от лечения тех, кто был при смерти или слишком тяжело болен, чтобы его можно было спасти. Инфузионная хирургия и переливание крови стали инновациями XVII—XVIII вв., как отражение влияния прогрессивных научных методов в медицине и клинической науке. Таким образом, становление трансфузиологии и переливание крови служат примером эпистемологической революции в медицинском мышлении в XIX в., продолжающейся в XXI в.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Крылов Н. Н., Сергиев В. П., Морозов Е. Н. Историография малярии: зарождение и развитие паразитоза человека. *Медицинская паразитология и паразитарные болезни*. 2024;(2):56—63. DOI: 10.33092/0025-8326mp2024.2.56—63
2. Bates I. Approaches to treating malarial anaemia. *Vox Sanguinis*. 2004;87(2):96—100. DOI: 10.1111/j.1741—6892.2004.00462.x
3. Camacho L. H., Gordeuk V. R., Wilairatana P., et al. The course of anaemia after the treatment of acute, falciparum malaria. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*. 1998;(92):525—537.
4. White N. J. Severe malaria. *Malaria Journal*. 2022;21(1):284—295. DOI: 10.1186/s12936-022-04301-8
5. Meremikwu M., Smith H. J. Blood transfusion for treating malarial anaemia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 1999;001475(2000).
6. Ippolito M. M., Kabuya J.-B.B., Hauser M. et al. Whole Blood Transfusion for Severe Malarial Anemia in a High Plasmodium falciparum Transmission Setting. *Clinical Infectious Diseases*. 2022;75(11):1893—1902. DOI: 10.1093/cid/ciac304
7. English M., Ahmed M., Ngando C., et al. Blood transfusion for severe anaemia in children in a Kenyan hospital. *Lancet*. 2002;359(9305):494—495. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)07666—3
8. Blundell J. Some account of a case of obstinate vomiting, in which an attempt was made to prolong life by the injection of blood into the veins. *Medico-Chirurgical Transactions*. 1819;(10):296—311. DOI: 10.1177/09595287190100p204
9. Huestis D. W. The first blood transfusion in Russia (1832). *Transfusion*. 2004;44(9):1367—1369. DOI: 10.1111/j.0041—1132.2004.04067.x
10. Wolff A. M. Ueber Transfusion des Blutes. *Vermischte Abhandlungen aus dem Gebiete der Heilkunde von einer Gesellschaft praktischer Arzte zu St. Petersburg*. 1842;(6):190—192.
11. Charity Hospital Reports. *New Orleans Medical News and Hospital Gazette*. 1854;(1):216.
12. Benedict N. B. Transfusion in yellow fever — successful case. *New Orleans Medical News and Hospital Gazette*. 1859;(5):721—727.
13. Primrose A. Transfusion of blood by an obsolete method: use of Crile's cannula in a case of secondary hemorrhage, in 1910. *Canadian Medical Association Journal*. 1939;(40):168—169.
14. Shimizu M. T. Mazda Historical views of bloodletting and transfusion from the beginning to the present status in Japan. *International Society of Blood Transfusion science series*. 2009;(4):402—408. DOI: 10.1111/j.1751—2824.2009.01256.x
15. Pinkerton PH. Norman Bethune, eccentric, man of principle, man of action, surgeon, and his contribution to blood transfusion in war. *Transfusion Medicine Reviews*. 2007;21(3):255—264.
16. Lower R. An Account of the Experiment of Transfusion, Practiced upon a Man in London. *Yale Journal of Biology and Medicine*.

- 1667;(75):293—297. (Reprinted from the *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*. 1667;(30):557—564).
17. Ficarra B. J. The Evolution of Blood Transfusion. *Annals of Medical History*. 1942;4(4):302—323.
 18. Cruchet R., Ragot A., Caussimon J. La transfusion du sang de l'animal a l'homme. Paris: Masson et cie; 1928.
 19. Panse O. Schwarzwasserfieber. *Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten*. 1903;(42):1—44. DOI: 10.1007/BF02217452
 20. Castellani A., Chalmers A. J., Manual of Tropical Medicine. London: Balliere, Tindall and Cox; 1913.
 21. Manzini G. B., Rodolfi R. Sulla trasfusione del sangue. *Gazzetta Medica Italiana-Lombardia*. 1876;(XXXVI):111—116.
 22. De Dominicis, Transfusione diretta e immediata del sangue dal cane all uomo. *Centralblatt für innere Medicin*. 1894;(15):373.
 23. Marchiafava E., Bignami A., Mannaberg J. Two monographs on malaria and the parasites of malarial fevers. London: New Sydenham Society; 1894.
 24. Murray J. How to live in tropical Africa: a guide to tropical hygiene the malaria problem the cause, prevention, and cure of malarial fevers. Liverpool: George Philip & Son; 1895.
 25. Oré P. C. Etudes historiques, physiologiques et cliniques sur la transfusion du sang. Paris: J.-B. Bailliére; 1876.
 26. Däubler K. Die Grundzüge der Tropenhygiene. Berlin: Otto Enslin; 1900.
 27. Alport A. Malaria and Its Treatment. New York: William Wood, London, J. Bale, sons & Danielsson, Ltd.; 1919.
 28. Coenen H. Soll man bei Schwarzwasserfieber lebendes Blut überleiten? *Muenchener Medizinische Wochenschrift*. 1919;(66):286—87.
 29. Ziemann H. *Malaria und Schwarzwasserfieber*. Leipzig: J. A. Barth; 1924.
 30. Blackie W. K. Blood Transfusion in the Treatment of Blackwater Fever. *Lancet*. 1937;(230):1124—1126.
 31. Steudel E. Die perniciöse Malaria in Deutsch-Ostafrika. Leipzig: F.C. W. Vogel; 1894.
 32. Lejeune E. Transfusion sanguine après hémoglobinurie grave. *Annales de la Société belge de médecine tropicale*. 1921;(1):299—300.
 33. Gubb A. S. Accidental Transference of the Malarial Parasite in the Course of Transfusion. *British Medical Journal*. 1919;(3055):74—75. DOI: 10.1136/bmj.2.3055.74
 34. Esquier A. De la Transfusion du Sang Citraté dans la Fièvre Biliéuse Hémoglobinurique. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale française de l'Ouest africain*. 1920;(2):90—93.
 35. Esquier A. La fièvre biliéuse hemoglobinurique; recherches etologiques; essais therapeutiques. *Archives de médecine et pharmacie navales*. 1922;(112):5—46.
 36. Stephens J. W. W. Blackwater Fever: a historical survey and summary of observations made over a century. London: Hodder and Stoughton; 1937.
 6. Ippolito M. M., Kabuya J.-B.B., Hauser M. et al. Whole Blood Transfusion for Severe Malarial Anemia in a High Plasmodium falciparum Transmission Setting. *Clinical Infectious Diseases*. 2022;75(11):1893—1902. DOI: 10.1093/cid/ciac304
 7. English M., Ahmed M., Ngando C., et al. Blood transfusion for severe anaemia in children in a Kenyan hospital. *Lancet*. 2002;359(9305):494—495. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)07666—3
 8. Blundell J. Some account of a case of obstinate vomiting, in which an attempt was made to prolong life by the injection of blood into the veins. *Medico-Chirurgical Transactions*. 1819;(10):296—311. DOI: 10.1177/09595287190100p204
 9. Huestis D. W. The first blood transfusion in Russia (1832). *Transfusion*. 2004;44(9):1367—1369. DOI: 10.1111/j.0041—1132.2004.04067.x
 10. Wolff A. M. Ueber Transfusion des Blutes. *Vermischte Abhandlungen aus dem Gebiete der Heilkunde von einer Gesellschaft praktischer Ärzte zu St. Petersburg*. 1842;(6):190—192.
 11. Charity Hospital Reports. *New Orleans Medical News and Hospital Gazette*. 1854;(1):216.
 12. Benedict N. B. Transfusion in yellow fever — successful case. *New Orleans Medical News and Hospital Gazette*. 1859;(5):721—727.
 13. Primrose A. Transfusion of blood by an obsolete method: use of Crile's cannula in a case of secondary hemorrhage, in 1910. *Canadian Medical Association Journal*. 1939;(40):168—169.
 14. Shimizu M. T. Mazda Historical views of bloodletting and transfusion from the beginning to the present status in Japan. *International Society of Blood Transfusion science series*. 2009;(4):402—408. DOI: 10.1111/j.1751—2824.2009.01256.x
 15. Pinkerton PH. Norman Bethune, eccentric, man of principle, man of action, surgeon, and his contribution to blood transfusion in war. *Transfusion Medicine Reviews*. 2007;21(3):255—264.
 16. Lower R. An Account of the Experiment of Transfusion, Practiced upon a Man in London. *Yale Journal of Biology and Medicine*. 1667;(75):293—297. (Reprinted from the *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*. 1667;(30):557—564).
 17. Ficarra B. J. The Evolution of Blood Transfusion. *Annals of Medical History*. 1942;4(4):302—323.
 18. Cruchet R., Ragot A., Caussimon J. La transfusion du sang de l'animal a l'homme. Paris: Masson et cie; 1928.
 19. Panse O. Schwarzwasserfieber. *Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten*. 1903;(42):1—44. DOI: 10.1007/BF02217452
 20. Castellani A., Chalmers A. J., Manual of Tropical Medicine. London: Balliere, Tindall and Cox; 1913.
 21. Manzini G. B., Rodolfi R. Sulla trasfusione del sangue. *Gazzetta Medica Italiana-Lombardia*. 1876;(XXXVI):111—116.
 22. De Dominicis, Transfusione diretta e immediata del sangue dal cane all uomo. *Centralblatt für innere Medicin*. 1894;(15):373.
 23. Marchiafava E., Bignami A., Mannaberg J. Two monographs on malaria and the parasites of malarial fevers. London: New Sydenham Society; 1894.
 24. Murray J. How to live in tropical Africa: a guide to tropical hygiene the malaria problem the cause, prevention, and cure of malarial fevers. Liverpool: George Philip & Son; 1895.
 25. Oré P. C. Etudes historiques, physiologiques et cliniques sur la transfusion du sang. Paris: J.-B. Bailliére; 1876.
 26. Däubler K. Die Grundzüge der Tropenhygiene. Berlin: Otto Enslin; 1900.
 27. Alport A. Malaria and Its Treatment. New York: William Wood, London, J. Bale, sons & Danielsson, Ltd.; 1919.
 28. Coenen H. Soll man bei Schwarzwasserfieber lebendes Blut überleiten? *Muenchener Medizinische Wochenschrift*. 1919;(66):286—87.
 29. Ziemann H. *Malaria und Schwarzwasserfieber*. Leipzig: J. A. Barth; 1924.

REFERENCES

1. Krylov N. N., Sergeev V. P., Morozov E. N. Historiography of malaria: origin and development of human parasitosis. *Medical parasitology and parasitic diseases. [Medicinskaya parazitologiya i parazitarny'e bolezni]*. 2024;(2):56—63 (in Russian). DOI: 10.33092/0025-8326mp2024.2.56—63
2. Bates I. Approaches to treating malarial anaemia. *Vox Sanguinis*. 2004;87(2):96—100. DOI: 10.1111/j.1741—6892.2004.00462.x
3. Camacho L. H., Gordeuk V. R., Wilairatana P., et al. The course of anaemia after the treatment of acute, falciparum malaria. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*. 1998;(92):525—537.
4. White N. J. Severe malaria. *Malaria Journal*. 2022;21(1):284—295. DOI: 10.1186/s12936-022-04301-8
5. Meremikwu M., Smith H. J. Blood transfusion for treating malarial anaemia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 1999;001475(2000).

30. Blackie W. K. Blood Transfusion in the Treatment of Blackwater Fever. *Lancet*. 1937;(230):1124—1126.
31. Steudel E. Die perniciöse Malaria in Deutsch-Ostafrika. Leipzig: F.C. W. Vogel; 1894.
32. Lejeune E. Transfusion sanguine après hémoglobinurie grave. *Annales de la Société belge de médecine tropicale*. 1921;(1):299—300.
33. Gubb A. S. Accidental Transference of the Malarial Parasite in the Course of Transfusion. *British Medical Journal*. 1919;(3055):74—75. DOI: 10.1136/bmj.2.3055.74
34. Esquier A. De la Transfusion du Sang Citraté dans la Fièvre Bilieuse Hémoglobinurique. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale française de l'Ouest africain*. 1920;(2):90—93.
35. Esquier A. La fièvre bilieuse hémoglobinurique; recherches étiologiques; essais thérapeutiques. *Archives de médecine et pharmacie navales*. 1922;(112):5—46.
36. Stephens J. W. W. Blackwater Fever: a historical survey and summary of observations made over a century. London: Hodder and Stoughton; 1937.

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

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 13.01.2025; одобрена после рецензирования 25.01.2025; принята к публикации 14.03.2025.

The article was submitted 13.01.2025; approved after reviewing 25.01.2025; accepted for publication 14.03.2025.

Обзорная статья

УДК 616.932:614.4(470.44)

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.022

Эпидемическая вспышка холеры в Саратове в 1942 году: хроника ликвидации и особенности работы системы здравоохранения

Сергей Вячеславович Генералов¹, Елена Геннадьевна Абрамова²

^{1,2}Федеральное казенное учреждение науки «Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, г. Саратов, Российская Федерация

¹svgeneraloff@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0003-1461-5383>

²<http://orcid.org/0000-0002-8798-1547>

Аннотация. Объектом настоящего исследования явилась вспышка холеры, произошедшая в Саратовской области в августе-сентябре 1942 года. В статье приведено описание социальной и эпидемической обстановки, сложившейся в г. Саратове к 1942 году. Рассмотрены развитие и течение эпидемической вспышки холеры, показан объем и характер мероприятий, принятых для её предупреждения и ликвидации. Отмечен вклад коллективов лечебных, научных и образовательных учреждений здравоохранения г. Саратова в борьбу с эпидемией и характер работы в условиях военного времени. Статья посвящена подвигу медицинских работников тыла в честь 80-летия Победы в Великой Отечественной войне.

Ключевые слова: холера, противоэпидемические мероприятия, Великая Отечественная война, санитарно-эпидемиологическая работа

Для цитирования: Генералов С.В., Абрамова Е. Г. Эпидемическая вспышка холеры в Саратове в 1942 году: хроника ликвидации и особенности работы системы здравоохранения // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 132—138. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.022.

Review article

Epidemic outbreak of cholera in Saratov in 1942: chronicle of elimination and the health care system features

Sergey V. Generalov¹, Elena G. Abramova²

^{1,2}Federal State Scientific Institution «Russian Anti-Plague Research Institute «Microbe» of the Federal Service for Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Wellbeing, Saratov, Russian Federation

¹svgeneraloff@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0003-1461-5383>

²<http://orcid.org/0000-0002-8798-1547>

Abstract. The object of this study was the outbreak of cholera that occurred in the Saratov region in August-September 1942. The article describes the social and epidemiological situation that had developed in Saratov by 1942. The development and course of the epidemic outbreak of cholera are considered, the scope and nature of the measures taken to prevent and eliminate it are shown. The contribution of the teams of medical, scientific and educational healthcare institutions of the city of Saratov to the fight against the epidemic and the nature of work in wartime conditions was noted. The article is dedicated to the feat of medical workers of the rear in honor of the 80th anniversary of Victory in the Great Patriotic War.

Key words: cholera, anti-epidemic measures, Great Patriotic War, sanitary and epidemiological work

For citation: Generalov S. V., Abramova E. G. Epidemic outbreak of cholera in Saratov in 1942: chronicle of elimination and the health care system features. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2025;(1):132–138. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.022.

Введение

Вспышки инфекционных заболеваний представляют серьёзную опасность независимо от времени и места их появлений и происходящих событий. Однако в некоторых случаях течение, а тем более итоги эпидемии, приобретают более весомое значение, если сопровождаются природными или гуманитарными катастрофами. Настоящая работа посвящена исследованию вспышки холеры на территории Саратовской области в 1942 году. В этот период холера проявляла себя в 14 регионах Советского Союза на

территориях Поволжья, Южного Урала, Северного Кавказа и Средней Азии. Эпидемические и социально-исторические аспекты массовых заболеваний холеры в период Великой Отечественной войны освещены во многих исследованиях [1–8], среди которых достаточное внимание уделяется вспышкам холеры, происходившим на территории современных Волгоградской и Астраханской областей [1, 4–8], где шли активные боевые действия. Известны публикации, посвященные вкладу в предотвращение развития эпидемии выдающегося советского ми-

кробиолога З. В. Ермольевой [9, 10]. Задачами настоящего исследования явилось изучение развития эпидемической вспышки холеры в Саратовской области в 1942 году, а также вклада саратовских медицинских работников в борьбу против эпидемии, возникшей в военное время.

Материалы и методы

Материалом для настоящей работы послужили документы из фондов Государственного архива Саратовской области, а также опубликованные источники.

Результаты и обсуждение

Санитарно-эпидемиологическая обстановка в первые годы Великой Отечественной войны на территории Саратовской области значительно ухудшилась. В период 1941 — 1942 гг. происходила массовая эвакуация гражданского населения и заключенных в Нижнее и Среднее Поволжье из оккупированных вермахтом территорий, а также мобилизация сельских жителей для работы на предприятиях военной промышленности и стройках. К концу 1942 г. население г. Саратова выросло с 372 тыс. до 498 тыс. чел. Резкий рост населения способствовал скученному размещению, возникали проблемы с бесперебойным снабжением питьевой водой и электроэнергией, имело место ухудшение питания людей. Положение усугубилось в зиму 1941—1942 г., когда прекратился подвоз угля с оккупированной территории Донецкого бассейна. Возникали сложности в организации работы бань, прачечных, дезинфекционных камер [11]. Подобная обстановка способствовала развитию различных остроинфекционных заболеваний, в том числе и холеры. Особую тревожность вызывали случаи холеры, появившиеся в Харькове в августе 1941 г. [8].

Подготовительные мероприятия к предупреждению появления холеры в Саратовской области начались в мае 1942 года^{1, 2}. Комплексный план мероприятий по борьбе с инфекцией был разработан при участии различных ведомств и учреждений: Областного отдела здравоохранения, дорсанотдела, водздравотдела, института «Микроб», а также санитарного отдела Приволжского военного округа. Этот план был утвержден 28 июня 1942 г. Предварительные противоэпидемические мероприятия включали организацию изоляционно-наблюдательных пунктов на железнодорожных станциях (ст. Саратов, Аткарск, Ртищево, Балашов, Анисовка, Урбах, Красный Кут, Ершов). Пассажирские поезда, следующие в направлениях Саратов-Илецк, Саратов-Астрахань, Саратов-Вольск, Саратов-Ртищево, обеспечивались средним медперсоналом для сопровождения и своевременного выявления больных. В каждом поезде предусматривалось наличие специ-

альных купе для изоляции лиц с признаками холеры. На пристанях Золотое, Увек, Саратов, Вольск организованы смотровые отряды для медосмотра всех пассажиров и обслуживающего персонала, проходивших пассажирских, технических и буксирных судов. Для изоляции больных предусматривались специальные карантинные суда, а также каюты-изоляторы на пассажирских судах³.

Так случилось, что «коричневая чума» и холера подошли к Нижней Волге практически одновременно. Первые случаи холеры в Сталинграде были выявлены 18 июля 1942 г., сразу после начала Сталинградской битвы [8]. Об этом было доложено 26 июля 1942 г. заведующим отделом здравоохранения Саратовской области Г. И. Лаврищевым на рабочем совещании, собранном по вопросу надвигающейся эпидемии⁴. Итоги этого совещания позволили оценить текущую обстановку, выявить многие слабые места в подготовке. Например, медицинские учреждения испытывали нехватку некоторых материалов, включая пептон, лабораторное оборудование, автомобильное топливо; население испытывало проблемы с поставкой топлива, что исключало возможность использования кипяченой воды; лаборанты некоторых медучреждений находились на сельхозработках, госпитали не были подготовлены к приёму больных и т. п. Также выяснилось несостоятельность мнения, что инфекция должна появиться в Саратове с низовьев Волги, как это происходило ранее⁵. В текущий момент появление холеры ожидали отовсюду...

После сообщения о заболевании холерой в Сталинградской области районным отделам здравоохранения немедленно даны указания по организации изоляторов и помещений для карантинных отделений. Всего было организовано для госпитализации больных 320 коек, для подозрительных — 1200 коек, для карантинных отделений — 1320 коек. По указанию зам. Наркомздрава СССР С. И. Миловидова для ликвидации вспышки в Сталинградской области организован эпидотряд в количестве 30 человек с полным оснащением медикаментами и бакпрепаратами⁶.

По линии государственной санитарной инспекции установлен ежедневный усиленный лабораторный контроль за качеством воды и наличием остаточного хлора с ежедневным исследованием в лабораториях Саратова и городах области.

В Саратове и Энгельсе с августа введено специальное исследование воды на холерный вибрион реки Волги, водопроводной сети, а в Саратове дополнительно установлен мониторинг очистных сооружений, местных хозяйственных и промышленных водопроводов. Предписывалось установление усиленной охраны на главном каптаже и фильтрующих устройствах. На фильтровальных станци-

³ Там же.

⁴ Протокол совещания при Саратовском Областном Отделе Здравоохранения. 26 июля 1942 г. ГАСО. Ф. Р-2302, оп. 3, д. 26, л. 1—6.

⁵ Там же.

⁶ ГАСО Ф. Р-2302, оп. 3, д. 25, л. 24.

¹ План мероприятий по борьбе с холерой. Государственный архив Саратовской области (далее ГАСО) Р-2302, оп. 3, д. 20, л. 6—8.

² Докладная записка о проведении мероприятий по ликвидации вспышки заболевания формы № 30 по Саратовской области. 22 октября 1942 г. ГАСО. Ф. Р-2302, оп. 3, д. 25, л. 22.

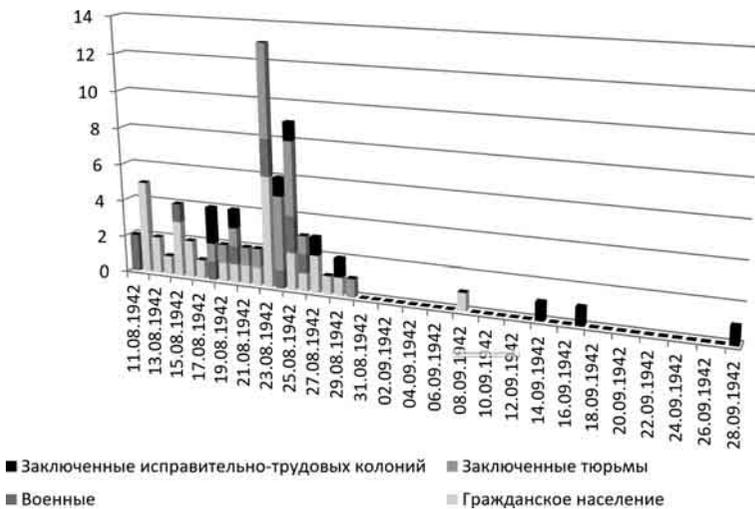


Рис. 1. Динамика заболеваемости по г. Саратову



Рис. 2. Распределение больных холерой в г. Саратове по социальному составу

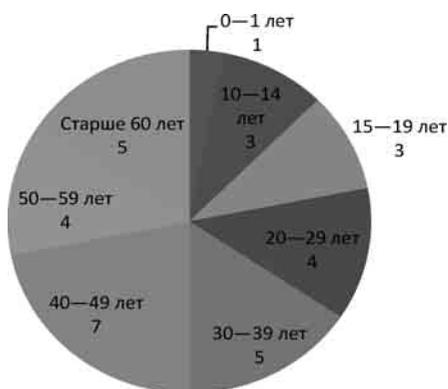


Рис. 3. Распределение больных холерой в г. Саратове по возрасту

ях и городских водопроводах Саратова и Энгельса, а также железнодорожных станций дано указание на проведение двойного хлорирования воды. На технических водопроводах железнодорожных станций устанавливали дополнительные хлораторы^{7, 8}.

Первый случай заболевания холерой в Саратове был зарегистрирован 11 августа 1942 г., бактериологический подтвержденный случай — 14 августа 1942 г. Всего с 11 августа по 28 сентября по области

выявлено 82 больных. В Саратове было зарегистрировано 75 случаев заболевания: среди гражданского населения — 32 человека (среди них 4 детей, 12 мужчин и 16 женщин), военных 13 человек, заключенных тюрьмы — 20 чел., заключенных исправительно-трудовых колоний — 10. Динамика развития заболевания в г. Саратове показана на рисунке 1. Распределение заболевших среди гражданского населения г. Саратова по социальному составу и возрасту показано на рисунках 2 и 3⁹ [8].

Летальным исходом в г. Саратове закончилось 33 случая (44% по отношению к общему числу заболевших): 14 случаев среди гражданского населения, 2 случая среди военных, среди заключенных исправительно-трудовых колоний и тюрьмы соответственно 2 и 15 случаев.

В г. Саратове заболевшие из числа гражданского населения были распределены по 26 очагам, большая часть которых находилась в центральной части города, при этом многие отдаленные от центра районы (например, Красноармейская слободка, Агафоновка, Красная слободка, поселки Клинический, Кузнецовский, Юриш, Пролетарский, Деконский и др.) были свободны от инфекции. В целом заболеваемость имела довольно разбросанный характер, в 20 очагах из 26 имело место по одному заболеванию. При этом, несмотря на проведение тщательных эпидемиологических исследований, установить факты какого-либо взаимодействия между пациентами до проявления у них признаков холеры установить не удалось даже в случае выявления нескольких больных в одном очаге¹⁰.

Холерная инфекция затронула работников, занятых на стратегических важных объектах. Так, на заводе 180 Наркомата танковой промышленности (ныне АО «Сарэнергомаш») заболели трое рабочих. Два случая имели место в поселке завода имени Кирова (ныне Саратовский нефтеперерабатывающий завод). Двое рабочих заболели на перчаточной фабрике, изготавливавшей элементы военного обмундирования. Четыре случая заболевания и вибрионосительства были выявлены среди строителей-железнодорожников, проживавших возле товарной станции¹¹.

Что касается военных, то случаи заболевания холерой, как правило, имели место среди поступивших со Сталинградского фронта раненых. Так, в госпитале № 3284 (ныне в этом здании размещается Саратовский областной институт развития образования) 21 августа заболел пациент К., поступивший 18 августа, 23 августа — пациент И., поступивший 20 августа и 24 августа выявлен вибрионоситель, пациент Л., поступивший в госпиталь 14 августа. В госпитале 1681 (ныне здание средней школы

⁷ Там же.⁸ ГАСО. Ф. Р-2302, оп. 3, д. 26, л. 1—6.⁹ ГАСО Ф. Р-2302, оп. 3, д. 25, л. 23, 27.¹⁰ ГАСО Ф. Р-2302, оп. 3, д. 25, л. 27, 28.¹¹ Там же.

№ 9) 26 августа заболел пациент Д., также поступивший из Сталинграда 22 августа¹².

Резкий подъем заболеваемости холерой имел место в Саратовской тюрьме, что объясняется высокой плотностью людей и неудовлетворительными санитарными условиями. Для лечения и профилактики холеры среди заключенных и сотрудников пенитенциарных учреждений аптекоуправлением выделено 30 литров противохолерного бактериофага и 33 литра холерной моновакцины¹³.

Последний случай заболевания холерой среди гражданского населения г. Саратова был зарегистрирован 8 сентября, среди военных — 1 сентября, в исправительно-трудовых колониях УНКВД — 28 сентября.

Помимо г. Саратова за период вспышки имело место семь случаев холеры в Саратовской области.

Первый случай заболевания холерой в области имел место в селе Шумейка в 6 км от г. Энгельса. Бакенщик М. заболел 18 августа, будучи на сенокосе. На следующий день он был госпитализирован в больницу г. Энгельса, где диагноз был подтвержден бактериологически. Через несколько часов больной скончался. Второй случай в г. Энгельсе произошел 25 августа: заболела домохозяйка Ш., а 29 августа 1942 года в карантинном отделении заболела её сестра, которая ухаживала за ней до момента госпитализации последней. На станции Красный Кут установлено три случая заболевания, двумя заболевшими оказались раненные военнослужащие, снятые с проходивших эшелонов, а третьим стал военный врач местной авиашколы Л., имевший контакт с первым снятым раненым. Последний случай заболевания холерой в Саратовской области имел место в г. Балашове 26 сентября 1942 г.: заболел бортмеханик самолета, прибывший из г. Гурьева¹⁴ [8].

Для ликвидации эпидемической вспышки холеры были приняты меры, имевшие весьма масштабный и всеобъемлющий характер.

В лечении больных широко использовались новейшие методы: сульфидинотерапия, лечение специфическим бактериофагом. С профилактической целью среди населения и медперсонала применяли специфический бактериофаг (20 тыс. чел.) и вакцину (50 тыс. чел.)¹⁵.

В городе были организованы дежурства круглосуточных смотровых отрядов, которые работали на приезжающих в город поездах, на теплоходных пристанях, возле трактов, ведущих в Саратов. В поликлиниках и амбулаториях города введены круглосуточные дежурства врачей, в обязанности персонала входил немедленный выезд к больному гастроэнтеритом с последующей госпитализацией и проведением комплекса противоэпидемических мероприятий (дезинфекция очага, меры первичного разобщения, мытье рук всем контактным, проведение бесед и т. д.). Госпитализацию больных гастроэнтеритами

по г. Саратову проводили оперативно: около 80% заявок исполнялось в течение первого часа и около 18% — в течение первых трех-четырёх часов. Кадры медработников по борьбе с холерой были укомплектованы за счет различных лечебных учреждений города. Всего на ликвидации заболевания в городе работало 415 медработников¹⁶.

Основная нагрузка при лечении больных холерой и гастроэнтеритами среди гражданского населения легла на коллектив второй Советской больницы (ныне *Городская клиническая больница № 2 имени В. И. Разумовского*). Необходимо отметить, что это старейшее медицинское учреждение г. Саратова (Александровская земская больница) уже не раз помогало городу при ранее случавшихся эпидемиях, в том числе и эпидемиях холеры прошлых лет. В августе 1942 года в больнице для госпитализации больных и подозрительных по холере случаев было развернуто 150 коек, в дальнейшем их количество было увеличено до 450. Для изоляции контактных с больными было развернуто 450 коек. С первых дней больница была поставлена в условия строжайшего режима, как лечебное учреждение, имеющее дело с особо опасной инфекцией. Средний и младший медперсонал был переведен на казарменное положение, при входах и выходах из больницы были расставлены пикеты, введен строгий контроль эпидемиолога за правильным проведением режима, дезинфекции, выпиской больных и т. д. Всему участковому и больничному медперсоналу были проведены прививки против холеры. За период вспышки холеры через вторую Советскую больницу прошло более 1 тыс. больных гастроэнтеритами, около 3,5 тыс. пациентов прошли карантин, из контактных отделений было изъято 7 человек больных. Следует отметить, что городская больница также принимала на лечение больных холерой из тюрем и исправительно-трудовых лагерей. Больных гастроэнтеритом из числа заключенных доставляли в помещения эвакогоспиталя № 1675, где для этой цели было выделено 400 коек¹⁷.

Положение в эвакогоспиталях, безусловно, вызывало серьезные опасения: имела место большая переуплотненность, частые перебои в водоснабжении и электроэнергии. Тем не менее, строгие меры противоэпидемического и профилактического характера позволили не допустить дальнейшего распространения холеры. Выявление подозрительных по холере среди раненых производилось непосредственно на рамках сортировки, в транспортных машинах и санпропускниках. Для изоляции всех подозрительных по холере был выделен госпиталь № 2982 (ныне здание средней школы № 9) на 300 коек, для больных и контактных лиц — госпитали 1305 (ныне здание средней школы № 8) и 1681. Для врачебного персонала всех эвакогоспиталей был организован цикл лекций и докладов по эпидемиологии, профилактике и лечению холеры, а 12 сотруд-

¹² ГАСО Ф. Р-2302, оп. 3, д. 25, Л. 23, 24.

¹³ Там же.

¹⁴ Там же.

¹⁵ Там же, Л. 28.

¹⁶ ГАСО Ф. Р-2302, оп. 3, д. 25, Л. 27, 28.

¹⁷ ГАСО Ф. Р-2302, оп. 3, д. 25, Л. 23, 24.

ников эвакуогоспиталей прошли специальную подготовку на курсах при институте «Микроб»¹⁸.

В эпидемиологической обстановке, сложившейся в середине лета 1942 г., совершал свой профессиональный подвиг и коллектив института «Микроб». Ситуация требовала возглавить всю противоэпидемическую работу, было необходимо переключить большую группу работников на деятельность по ликвидации вспышки. В весенне-летний период в целях подготовки к возможной вспышке холеры институт подготовил на курсах 40 чел. городских врачей и сотрудников института по 18 часовой рабочей программе. Институт оказал местным органам здравоохранения практическую помощь по созданию и организации специальных лабораторий и стационаров по всей области, включая оснащение материалами и аппаратурой. В самом институте также была развернута мощная диагностическая лаборатория, в которой до 1 января 1943 г. было проведено около 39000 анализов¹⁹. Производственным отделом института в кратчайшие сроки освоено производство холерного бактериофага, с сентября по декабрь было выпущено 910 литров препарата²⁰. В то же время необходимо отметить, что, как и на всех остальных предприятиях города, в институте возникали сложности со снабжением топливом, водой, электроэнергией. Отсутствовали некоторые виды сырья и материалов. Благодаря большой настойчивости и изобретательности многих сотрудников (в их числе профессора Коробкова Е. И., Желтенков А. И., канд. мед. наук Веренинова Н. К., Денисенко Л. К., заведующий отделом питательных сред Михайлова А. П.) удавалось найти замену некоторым материалам. Так, например, агар заменяли крахмалом, а едкую щелочь — двууглекислой содой и золой. По предложению начальника биохимического отделения профессора Н. Н. Ивановского для производства отсутствующего цистина предложено использование конского волоса²¹.

Несмотря на сложившиеся обстоятельства, институту «Микроб» удалось объединить все ведомственные организации по области и занять в этой работе роль научно-методического и оперативного центра, без участия и санкции которого не решался ни один принципиальный организационный либо оперативный вопрос по ликвидации холеры.

В период холерной эпидемии особую активность проявила государственная санитарная инспекция в отношении очистки населенных пунктов и наведению санитарного порядка дворовых участков, квартир, домовладений, общежитий, интернатов. За этот период было отремонтировано и очищено более 3000 уборных, вывезено около 50 тыс. возов нечистот и мусора, проведено обследование около 93 тыс. квартир и домовладений. В течение августа и сентября по области отремонтировано и очищено

2320 питьевых колодцев, за ними установлено круглосуточное дежурство²². В течение августа и сентября к этой работе было привлечено около 70 тыс. активистов, набранных среди населения, и более 11,5 тыс. санитарных уполномоченных. Образовательную подготовку младшего медицинского персонала осуществлял Дом санитарной культуры (ДСК), который также известен как Дом санитарного просвещения²³. В течение 1942 года ДСК организовывал курсы медсестер для 26,8 тыс. чел., курсы санитарного минимума для 1,8 тыс. чел., подготовку санитарных дружин для 10 тыс. чел. В задачи ДСК также входила организация санитарно-просветительской деятельности среди широких слоев населения г. Саратова, включая методическое руководство. При непосредственном участии сотрудников ДСК демонстрировали тематические кинофильмы и диафильмы, проводили лекции, беседы и радиопередачи, распространяли стенгазеты, плакаты и литературу Наркомздрава СССР. К работе с населением также привлекались сотрудники санитарных инспекций и преподаватели Саратовского медицинского института²⁴. Подобные мероприятия проводились постоянно, однако в период эпидемической вспышки их значение возрастало. Дополнительные беседы проходили с контактными лицами в момент госпитализации больного гастроэнтеритом, а также во время планового осмотра дворов. В течение августа и сентября 1942 г. было проведено более 32,6 тыс. лекций и бесед по вопросам профилактики и борьбы с острыми желудочно-кишечными инфекциями²⁵.

Особое внимание было обращено на состояние санитарной культуры пищевых объектов. С этой целью по области проведено обследование более 4,2 тыс. объектов общественного питания, более 5,1 тыс. объектов складской сети, около 1,8 тыс. колхозных рынков и более 2,2 тыс. пищевых промпредприятий. По городу Саратову за этот период проведено обследование более 12,1 тыс. пищевых объектов. Особое внимание было обращено на торговлю прохладительными напитками и санитарное состояние молокоперерабатывающих предприятий²⁶.

За нарушение санитарных правил и невыполнение санитарных требований предусматривалась административная ответственность. В течение августа и сентября 1942 г. за соответствующие нарушения привлечено 574 человека, наложено штрафов на общую сумму более 19 тыс. рублей, в прокуратуру передано 31 дело²⁷.

После регистрации последнего случая холеры в Саратове противоэпидемические мероприятия были продолжены. Организованы периодические посещения и проверки бывших очагов заболевания, по меньшей мере, один раз в десять дней, госпитализация и бактериологическое обследование всех

¹⁸ ГАСО Ф. Р-2302, оп. 3, д. 25, Л. 23.

¹⁹ Объяснительная записка годового финансового отчета о работе института за 1942 год. ГАСО. Ф. Р-587, оп. 2, д. 172, Л.27.

²⁰ Там же, Л. 24.

²¹ Там же, Л. 22,23.

²² ГАСО Ф. Р-2302, оп. 3, д. 25, Л. 24,25.

²³ ГАСО Ф. Р-226, оп. 2, д. 29, Л. 1, 1 об.

²⁴ ГАСО Ф. Р-2302, оп. 3, д. 25, Л. 8

²⁵ ГАСО Ф. Р-2302, оп. 3, д. 25, Л. 25.

²⁶ Там же.

²⁷ Там же.

больных гастроэнтеритами, исследование на вибрионосительство всех рабочих пищевых предприятий, рабочих пищеблоков; осуществление усиленного наблюдения за водой, включая проведение специальных бактериологических исследований²⁸.

Заключение

В борьбе с эпидемической вспышкой холеры, или иначе «заболевания формы номер 30», имевшей место в Саратове в августе—сентябре 1942 года принимали активное участие широкие слои медработников. Их самоотверженный труд, проходивший в условиях военного времени, позволил ликвидировать вспышку в сравнительно малые сроки и не дать распространиться болезни далее. Областным отделом здравоохранения особо отмечен труд следующих работников здравоохранения, начиная от руководителей, заканчивая младшим медперсоналом: Лохов М. Г., Москвитина К. И., Моралев М. И., Герман С. Г., Белова Е. И., Динес С. А., Борисов А. Я., Дзюбиковская А. Р., Шиванова З. П., Котина Р. И., Ростовцева З. П., Тимофеева А. И., Смирнова А. И., Оксенгендлер Ч. М., Хандамиров М. Н., Гоз Б. Я., Тагамлицкая Р. Л., Рубашкина Б. К., Тихонова Н. С., Поликарпова С. М., Земляниченко В. М., Лопухина Т. М., Симаков В. Н.²⁹ Особую благодарность от Областного отдела здравоохранения была выражена коллективу института «Микроб», в особенности исполномоченному Наркомздрава СССР и директору института Д. Г. Савостину и доктору медицинских наук Н. Н. Жукову-Вережникову^{30,31}. Безусловно, победа над эпидемией холеры, случившейся в наиболее ответственный момент обороны страны, внесла значительный вклад в общую Победу советского народа в Великой Отечественной войне.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Булюлина Е. В., Головина Е. Л., Лысенко И. А. Санитарно-эпидемическое состояние Сталинградской области и работа органов здравоохранения в 1941—1945 годах. *Крестьяноведение*. 2021;6(2):62—78. DOI: 10.22394/2500-1809-2021-6-2-62-78
2. Гражданов А. К., Кожанова О. И., Топорков А. В., Аязбаев Т. З., Матвеева Н. И., Карнаухов И. Г., Попов Н. В., Раздорский А. С., Архипова Г. Н. Сравнительный анализ проявлений опасных инфекций в Саратовской и Западно-Казахстанской областях в целях современной оценки эпидемиологических рисков. *Проблемы особо опасных инфекций*. 2013;(4):16—23. DOI: 10.21055/0370-1069-2013-4-16-23
3. Карташев А. В., Карташев И. В. К вопросу о ликвидации вспышки холеры в войсках Закавказского фронта в период Битвы за Кавказ (1942—1943 гг.). *Гуманитарные и юридические исследования*. 2024;11(2):256—262. DOI: 10.37493/2409—1030.2024.2.7
4. Куницына О. А. Эпидемическая обстановка в Сталинграде и области в 1942—43 гг. Борьба с инфекционными заболеваниями. В кн. Военно-исторические аспекты жизни юга России XVII—XXI вв.: вопросы изучения и музеефикации. Материалы II Международной научно-практической конференции, приу-

- роченной к 75-летию окончания Второй мировой войны. Волгоград: Сфера; 2000. С. 186—189.
5. Елифанов А. Е., Красноженова Е. Е. Организация и проведение санитарно-эпидемиологических мероприятий в Сталинграде и отдельных районах Сталинградской области (1942—1943 гг.). *Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 4, История. Регионоведение. Международные отношения*. 2023;28(1):162—174. DOI: 10.15688/jvolsu4.2023.1.15
 6. Челдышова Н. Б., Крицкий А. А., Краснов Я. М., Смирнова Н. И. Анализ результатов фрагментарного и полногеномного секвенирования атипичных штаммов *Vibrio cholerae* классического биовара, вызвавших вспышку азиатской холеры в России. *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2015;20(5):24—31. DOI: 10.17816/EID40948
 7. Чернышева И. В. Санитарно-эпидемическая обстановка в Сталинграде в 1941—1943 гг. *Волгоградский научно-медицинский журнал*. 2015;(1):3—7.
 8. Покровский В. И., ред. Холера в СССР в период VII пандемии. М.: Медицина; 2000. 472 с.
 9. Литвина Е. В., Козыренко К. Ю., Машлыкин А. А., Гасангусейнова П. А. Победа над холерой и поиск универсального антибиотика в Сталинградской битве. *Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области*. 2020;2(2):45—48.
 10. Злепко А. В., Скаковский М. Н., Сукачева О. А. Вклад З. В. Ермольевой в предотвращение эпидемии холеры на Сталинградском фронте в годы Великой Отечественной войны. *Здоровье населения и среда обитания*. 2017;(4):4—6.
 11. Данилов В. Н. Социально-бытовые проблемы населения Саратова и пути их решения в период Великой Отечественной войны. *Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: История. Международные отношения*. 2020;20(2):265—272. DOI: 10.18500/1819-4907-2020-20-2-265-272

REFERENCES

1. Bululina E. V., Golovina E. L., Lysenko I. A. The sanitary-epidemic conditions of the Stalingrad region and the work of the health authorities in 1941—1945. *Russian Peasant Studies. [Krest'yanovedenie]*. 2021;6(2):62—78 (in Russian). DOI: 10.22394/2500-1809-2021-6-2-62-78
2. Grazhdanov A. K., Kozhanova O. I., Toporkov A. V., Ayazbaev T. Z., Matveeva N. I., Karnaukhov I. G., Popov N. V., Razdorsky A. S., Arkhipova G. N. Comparative analysis of particularly dangerous infections manifestations in the territory of the Saratov and West-Kazakhstan regions with a view to advanced epidemiological risk assessment. *Problems of Particularly Dangerous Infections. [Problemy osobo opasnyh infektsiy]*. 2013;(4):16—23 (in Russian). DOI: 10.21055/0370-1069-2013-4-16-23
3. Kartashev A. V., Kartashev I. V. On the issue of eliminating the cholera outbreak in the troops of the transcaucasian front during the Battle of the Caucasus (1942—1943). *Humanities and law research. [Gumanitarnye i yuridicheskie issledovaniya]*. 2024;11(2):256—262 (in Russian). DOI: 10.37493/2409—1030.2024.2.7
4. Kunitsyna O. A. Epidemic situation in Stalingrad and Stalingrad region in 1942—1943. A struggle with infectious diseases. In: Military-historical aspects of life in the south of Russia in the 17th—21st centuries: issues of study and museumification. Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference dedicated to the 75th Anniversary of the End of World War II. Volgograd: Sphere; 2000. Pp. 186—189 (in Russian).
5. Epifanov A. Y., Krasnozhenova E. E. Organization and Holding Sanitary and Epidemiological Measures in Stalingrad and Separate Districts of the Stalingrad Region (1942—1943). *Science Journal of Volgograd State University. History. Area Studies. International Relations. [Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo universite-*

²⁸ Там же, Л. 28.

²⁹ Там же, Л. 29.

³⁰ Там же, Л. 28.

³¹ ГАСО Ф. Р-587, оп. 2, д. 172, Л. 18—28.

- ta. Seriya 4. Istoriya. Regionovedenie. Mezhdunarodnye otnosheniya]. 2023;28(1):162—174 (in Russian). DOI: 10.15688/jvolsu4.2023.1.15
6. Cheldyshova N. B., Kritskiy A. A., Krasnov Y. M., Smirnova N. I. Analysis of the fragmented and full genome sequencing of atypical *Vibrio Cholerae* strains of the classical biovar, which brought about to the outbreak of the Asian cholera in Russia. *Epidemiology and Infectious Diseases*. [Epidemiologiya i infekcionnye bolezni]. 2015;20(5):24—31 (in Russian). DOI: 10.17816/EID40948
 7. Chernysheva I. V. Sanitary and epidemiological situation in Stalingrad in 1942—43. *Volgograd Scientific Medical Journal*. [Volgogradskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal]. 2015;(1):3—7 (in Russian).
 8. Pokrovskiy V. I., ed. Cholera in the USSR during the VII pandemic. Moscow: Meditsina; 2000 (in Russian).
 9. Litvina E. V., Kozyrenko K. Y., Mashlykin A. A., Gasanguseonova P. A. Victory over cholera and search for a universal antibiotic in the battle of Stalingrad. *Bulletin of the Council of Young Scientists and Specialists of the Chelyabinsk Region*. [Vestnik soveta molodyh uchenyh i specialistov Chelyabinskoy oblasti]. 2020;2(2):45—48 (in Russian).
 10. Zlepko A. V., Skakovskiy M. N., Sukacheva O. A. Z. V. Ermolyeva's contribution to prevention of the cholera epidemic on the stalingrad front in days of the Great Patriotic war. *Population Health and Environment*. [Zdorovye naseleniya i sreda obitaniya]. 22017;(4):4—6 (in Russian).
 11. Danilov V. N. Social and everyday problems of the population of Saratov and ways of their solution during the Great Patriotic War. *Izv. Saratov Univ. (N. S.), Ser. History. International Relations*. [Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya: Istoriya. Mezhdunarodnye otnosheniya]. 2020;20(2):265—272 (in Russian). DOI: 10.18500/1819-4907-2020-20-2-265-272

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

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 27.11.2024; одобрена после рецензирования 27.01.2025; принята к публикации 14.03.2025.

The article was submitted 27.11.2024; approved after reviewing 27.01.2025; accepted for publication 14.03.2025.

К юбилею НИИОЗММ ДЗМ: сотрудники института об актуальных проблемах здравоохранения

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.023

Современные тенденции развития лечебно-оздоровительного и медицинского туризма

Сергей Юрьевич Белошистый¹, Екатерина Александровна Кордубан²,
Полина Игоревна Ананченкова³

^{1,3}ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская Федерация;

^{2,3}ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья
имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация

¹sergei_beloshisty@mail.ru, <http://orcid.org/0009-0009-0767-5987>

²e.korduban@gmail.com, <http://orcid.org/0009-0002-8390-0073>

³ananchenkova@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1791-1292>

Аннотация. Медицинский и лечебно-оздоровительный туризм в последние годы получил значительное развитие, обусловленное множеством факторов, включая глобализацию, рост осведомленности о здоровье, а также всевозможные инновации в области медицинских технологий и услуг. В статье подчеркивается, что современный медицинский туризм включает в себя не только получение медицинских услуг, но и возможность оздоровления в уникальных природных и культурных условиях. Упоминается, что основные факторы, способствующие этому явлению, включают глобализацию, развитие технологий, а также возрастающую осведомленность населения о доступных методах лечения. Представлен анализ современных тенденций в области медицинского туризма, включая выездной, въездной и внутренний туризм. Также упоминается о заметном сокращении выездного медицинского туризма в России в 2023 году, вызванном геополитической ситуацией и изменением предпочтений граждан, что привело к росту интереса к внутренним курортам и санаториям. Статья подытоживает, что несмотря на существующие вызовы, Россия продолжает развивать свои медицинские услуги, и растет интерес иностранных пациентов, особенно в таких областях, как офтальмология, что открывает новые горизонты для медицинского туризма в стране.

Ключевые слова: медицинский туризм, лечебно-оздоровительный туризм, экспорт медицинских услуг, геополитическая ситуация.

Для цитирования: Белошистый С. Ю., Кордубан Е. А., Ананченкова П. И. Современные тенденции развития лечебно-оздоровительного и медицинского туризма // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 139—143. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.023.

To the anniversary of NIIOZMM DZM: institute staff on current health care issues

Original article

Current trends in the development of health and wellness and medical tourism

Sergey Yu. Beloshisty¹, Ekaterina A. Korduban², Polina I. Ananchenkova³

^{1,3}Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Department of Healthcare, 115184,
Russian Federation, Moscow, Sharikopodshipnikovskaya str., 9;

^{2,3}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation

¹sergei_beloshisty@mail.ru, <http://orcid.org/0009-0009-0767-5987>

²e.korduban@gmail.com, <http://orcid.org/0009-0002-8390-0073>

³ananchenkova@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1791-1292>

Annotation. Medical and health tourism has developed significantly in recent years, driven by a variety of factors, including globalization, increased health awareness, and all kinds of innovations in medical technology and services. The article emphasizes that modern medical tourism includes not only receiving medical services, but also the opportunity to improve health in unique natural and cultural conditions. It is mentioned that the main factors contributing to this phenomenon include globalization, the development of technology,

as well as the increasing awareness of the population about available treatments. The analysis of current trends in the field of medical tourism, including outbound, inbound and domestic tourism, is presented. It also mentions a noticeable reduction in outbound medical tourism in Russia in 2023, caused by the geopolitical situation and changing preferences of citizens, which led to an increase in interest in domestic resorts and sanatoriums. The article summarizes that despite the existing challenges, Russia continues to develop its medical services, and the interest of foreign patients is growing, especially in areas such as ophthalmology, which opens up new horizons for medical tourism in the country.

Key words: *medical tourism, medical and wellness tourism, export of medical services, geopolitical situation.*

For citation: Beloshisty S. Yu., Korduban E. A., Ananchenkova P. I. Current trends in the development of health and wellness and medical tourism. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2025;(1):139–143. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.023.

Введение

Лечебно-оздоровительный туризм в последние десятилетия становится важнейшим аспектом современного общественного здоровья и экономического развития. Это многогранное явление привлекает внимание исследователей, медицинских работников и туристической индустрии, связывая в единое целое потребности в медицинских услугах и желание людей отдыхать и восстанавливать свои силы в живописных и культурно разнообразных местах. Суть лечебно-оздоровительного туризма заключается в том, что он охватывает широкий спектр услуг, обеспечивая доступ к медицинским и оздоровительным процедурам как в своей стране, так и за её пределами.

В данном контексте необходимо выделить три основных направления: выездной, внутренний и въездной медицинский туризм, каждое из которых имеет свою уникальную природу и специфические преимущества. Выездной туризм, как правило, предполагает, что граждане стремятся получить более квалифицированную или специализированную медицинскую помощь в других странах, где системы здравоохранения обладают более высокими стандартами или предлагают уникальные клинические технологии. В противоположность этому внутренний медицинский туризм фокусируется на перемещении граждан внутри своей страны для получения медицинских услуг. Это направление активно находит применение там, где специализированные медицинские учреждения сосредоточены в определённых регионах, что представляет собой возможность для пациентов воспользоваться качественными услугами, оставаясь в знакомом культурном контексте. Что касается въездного туризма, то это заманивание иностранных граждан для получения медицинских услуг в данной стране, что активно развивается в таких регионах, как Индия и Турция, а также в России.

С учетом текущих экономических и политических условий, медицинский и оздоровительный туризм, в частности в России, претерпевает значительные изменения. Учитывая снижение выездного медицинского туризма из-за геополитических кризисов и ограничений на международные поездки, наблюдается рост интереса к внутренним и въездным формам медицинского обслуживания.

Материалы и методы

Для проведения исследования по заявленной теме был использован комплексный методологиче-

ский подход, включающий качественные и количественные методы анализа (метод анализа и синтеза, метод сравнительного анализа, качественный анализ, графический метод, контент-анализ).

Анализировалась актуальная научная литература, посвященная вопросам стимулирования медицинских работников, их мотивации и организации труда в первичном звене здравоохранения. Основными источниками информации стали работы отечественных и зарубежных авторов, посвященные исследуемой теме, включая публикации в специализированных журналах по управлению здравоохранением и кадровой политике.

Были изучены статистические данные, опубликованные в отчетах Минздрава РФ, а также данные других официальных организаций, касающиеся структуры временных затрат медицинских работников, уровня материального вознаграждения и их влияния на трудовую мотивацию.

Для проведения вторичного анализа данных использовались результаты опросов медицинских работников первичного звена, которые проводились с целью выявления их предпочтений в отношении материальных и нематериальных стимулов.

Результаты и обсуждение

Лечебно-оздоровительный туризм представляет собой многогранное явление, которое охватывает широкий спектр услуг и подходов к восстановлению здоровья. Важно выделить, что этот сегмент туризма включает как выездные поездки за границу, так и внутренние перемещения внутри конкретной страны [1–6]. Рассмотрим каждую из форм более подробно.

Выездной туризм предполагает, что граждане определённой страны отправляются в другие государства, чтобы получить более квалифицированные медицинские услуги, которые могут быть недоступны или менее качественны на родине. Этот аспект становится особенно актуальным для стран с недостаточно развитыми системами здравоохранения или для пациентов, ищущих уникальные специализированные процедуры, такие как высокотехнологичные операции или экзотические методы лечения. Например, пациенты могут отправляться в страны с высокоразвитыми медицинами, где предлагаются специализированные клиники, известные своими достижениями в конкретных областях. Этот вид туризма не только предоставляет возможность получить необходимую медицинскую помощь, но и позволяет развивать культурные связи, так как па-

циенты часто совмещают лечение с культурным отдыхом.

Внутренний туризм, с другой стороны, акцентирует внимание на взаимодействии между регионами одной страны. Он предоставляет собой возможность гражданам перемещаться внутри своей страны для получения медицинских услуг. Это особенность подходит не только для тех, кто предпочитает оставаться в своем культурном контексте, но и для пациентов, которым требуются специфические медицинские процедуры, которые могут быть доступны только в определенных регионах. Внутренний туризм позволяет развивать регионы, делая акцент на местные лечебные учреждения и создавая прообраз медицинских кластеров.

Въездной туризм, как отдельная категория, представляет собой привлечение иностранных граждан в страну с целью получения медицинских услуг. Это направление активно развивается в таких странах, как Индия, Турция и Ташкент, где сочетание высококачественного медицинского обслуживания с доступными ценами и культурной привлекательностью создает отличные условия для привлечения пациентов. Такой подход не только обогащает здоровье приезжих, но и способствует экономическому росту принимающей страны посредством вложений в медицину и развитие туристической инфраструктуры.

Таким образом, лечебно-оздоровительный туризм охватывает множество аспектов, включая выездные, въездные и внутренние поездки, каждая из которых вносит свой вклад в интеграцию здоровья и отдыха. Эти три вида туризма функционируют как взаимосвязанные элементы, способствуя общему развитию медицинского сектора и туристической индустрии в различных странах.

Выездной медицинский и оздоровительный туризм в России столкнулся с заметным сокращением в 2023 году, которое, по различным оценкам, составило не менее 20%¹. Это снижение произошло на фоне ряда факторов, оказывающих влияние на предпочтения и возможности граждан. Одним из ключевых факторов стало обострение геополитической ситуации и сопутствующие изменения в международных отношениях, что привело к удорожанию поездок и ограничению возможности поездок во многие страны.

Существовали и другие аспекты, способствующие ухудшению ситуации. В условиях нестабильной экономики и повышения цен на товары и услуги, мастера медицинского и оздоровительного туризма начали предлагать более доступные варианты услуг, что сделало внутренний туризм более привлекательным для многих граждан. Сложности в организации поездок, изменения в визовой политике и дополнительные проверки на границах также способствовали снижению интереса к выездному медицинскому туризму.

¹ Как развивается оздоровительный туризм / [Электрон.ресурс] / РБК. URL: <https://kuban.plus.rbc.ru/news/6512b7e27a8aa981bf12d637> (дата обращения 24.12.2024 г.)

Кроме того, наряду с отказом от поездок за границу, наблюдается рост популярности отечественных санаториев и медицинских учреждений. За последние три года российский рынок медицинского туризма вышел из состояния застоя и вступил в фазу активного роста².

В результате, вместо обычных направлений для медицинского туризма, таких как Германия, Чехия и Израиль, многие путешественники начали обращать внимание на отечественные варианты. Это, в свою очередь, побудило российских операторов медицинского туризма инвестировать в развитие инфраструктуры и улучшение качества услуг.

Стремительно набирающий популярность медицинский туризм подтверждается также увеличением количества посетителей санаториев. Согласно данным Ассоциации оздоровительного туризма и корпоративного здоровья, в первом полугодии 2023 года средняя загрузка санаториев по России возросла на 10%, а в некоторых регионах, таких как Санкт-Петербург и Ленинградская область, этот показатель увеличился на впечатляющие 49%³.

Кроме того, в сфере медицинского туризма феномен сезонности стал менее заметным. Определенные курортные зоны, такие как Краснодарский край, Кавказские Минеральные Воды, Алтай и Валдай, демонстрируют высокую загруженность на протяжении всего года, не испытывая резкого падения посещаемости в осенне-зимний период.

Целевая аудитория санаториев можно условно подразделить на две основные группы: частные и корпоративные клиенты⁴. К категории корпоративных клиентов также относятся пенсионеры и другие льготные группы населения, которым предоставляются бесплатные путевки или путевки по сниженной цене. Кроме того, ведомственные санатории пользуются популярностью среди сотрудников государств и крупных компаний.

Согласно данным страховой компании «Росгосстрах», 38% опрошенных имеют опыт медицинского туризма. Из них 40% отметили, что в течение последних трех лет посещали санатории один или два раза, тогда как 39% делают это регулярно, приезжая каждый год. Более половины респондентов (57%) посещают санатории с целью лечения хронических заболеваний (27%), реабилитации (21%) или профилактики (19%)⁵.

Интересной тенденцией в области медицинского туризма становится региональная специализация. Например, в Минеральные Воды, Анапе и Кисловодске лечат заболевания опорно-двигательного аппарата, в Гунибе на Дагестанском побережье и Новгородской области сосредоточены усилия на лечении легочных заболеваний, а Пятигорск, Эссенту-

² Там же.

³ Оздоровительный и медицинский туризм в России: эпоха возрождения для сектора / [Электрон.ресурс] // URL: <https://mitt.ru/ru/media/news/2023/september/18/mitt-ozdorovitelnyj-medicinskij-tourism/?ysclid=m6bwtmed269719405> (дата обращения 24.12.2024 г.)

⁴ Там же.

⁵ Там же.

ки и Железноводск известны своими программами для желудочно-кишечных заболеваний.

Переходя к рассмотрению въездного медицинского туризма, стоит сказать, что развитие данного направления получило импульс в 2018 году благодаря началу федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг», который стал частью более широкого национального проекта «Здравоохранение»⁶. Этот шаг, инициированный президентом Владимиром Путиным, придаёт особую значимость вопросу привлечения иностранных граждан для получения медицинских услуг в России. Несмотря на то, что в рамках данных инициатив термин «медицинский туризм» не использовался, фактически он стал неотъемлемой частью экспорта медицинских услуг, который, в свою очередь, развивался самостоятельно.

Примечательно, что увеличение числа трудовых мигрантов непосредственно способствовало росту показателей экспорта медицинских услуг. Это свидетельствует о взаимосвязанности между числом иностранцев, находящихся в России, и использованием медицинских услуг, что подчеркивает растущий интерес к медицинскому обслуживанию, предлагающему высококачественные процедуры за доступные цены.

Кроме того, ряд инициатив, внедрённых в рамках программы экспорта медицинских услуг, оказал положительное влияние и на развитие въездного медицинского туризма. Например, многие клиники начали адаптироваться к потребностям иностранных пациентов: на их веб-сайтах стали появляться разделы, посвящённые услугам для граждан других стран, иногда с переводом информации на иностранные языки. Это создаёт более комфортные условия для иностранных пациентов и развивает доверие к российскому медицинскому сервису, что, в свою очередь, способствует привлечению новых клиентов.

Таким образом, в то время как Россия продолжает развивать свои внутренние медицинские услуги, она также открывает двери для международных пациентов, формируя доступное и высококачественное медицинское обслуживание. Важно понимать, что подобные меры не только усиливают позиции России на международной арене, но и способствуют улучшению эмоциональной атмосферы для иностранных граждан, рассматривающих возможность получения медицинских услуг за границей.

Стоит отметить, что ситуация с медицинским туризмом в России действительно претерпевает изменения, которые нельзя игнорировать, особенно на фоне недавних заявлений министра здравоохранения Михаила Мурашко о росте числа иностранных пациентов, получивших высококачественные медицинские услуги в стране⁷. В частности, как указано в интервью с Евгением Чернышевым, президентом

⁶ Федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг» / [Электрон.ресурс] // Минздрав России. URL:<https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/medturizm> (дата обращения 24.12.2024 г.)

Ассоциации медицинского туризма и экспорта медицинских услуг, одна из самых заметных тенденций наблюдается в области офтальмологии, где Россия стала привлекательной для пациентов из азиатских, европейских и африканских стран⁸.

Хотя общий поток иностранных граждан, обращающихся за медицинской помощью в России, составляет около 12 миллионов человек в 2022 году, лишь небольшая часть из них — порядка 600 тысяч — приезжает в страну исключительно для лечения. Это подчеркивает тот факт, что большая доля иностранных пациентов, которые обращаются за медицинскими услугами, представляет собой не туристов в полном смысле этого слова, а лиц, проживающих и работающих в России на постоянной основе⁹.

Этот феномен также объясняется тем, что многие иностранцы из стран СНГ и других регионов предпочитают получать необходимые медицинские услуги в России из-за высоких стандартов качества и доступности медицинской помощи по более приемлемым ценам по сравнению с родными странами [7]. Это обстоятельство обеспечило стабильный поток пациентов, которые обращаются за различными медицинскими услугами, включая платные клиники, однако их количество не достигает уровня, который мог бы характеризоваться как полноценный туристический медицинский рынок.

Важно отметить, что экспорт медицинских услуг в Россию в последние годы проходит через множество изменений [8]. Пандемия COVID-19 и введенные санкции серьезно сказались на медицинском туризме, усложнив процесс получения виз, ограничив доступ к некоторым медицинским услугам и вызывая недовольство среди потенциальных клиентов [9,10]. Тем не менее, усилия, направленные на привлечение медицинских туристов, такие как улучшение качества медицинских услуг и создание благоприятной инфраструктуры, способствуют постепенному восстановлению этой области.

Итак, хотя России предстоит преодолеть ряд препятствий для активного восстановления статуса одной из ведущих стран в медицинском туризме, текущие тенденции показывают, что интерес к медицинским услугам в стране все же растет. Популярность таких направлений, как офтальмология, является ярким свидетельством этой динамики, подтверждая, что Россия остается привлекательным местом для иностранных пациентов, ищущих качественное лечение.

Заключение

Возможно заключить, что медицинский и лечебно-оздоровительный туризм демонстрирует впечатляющие темпы роста и трансформации. Этот сегмент не только предоставляет людям доступ к ка-

⁷ Оздоровительный и медицинский туризм в России: эпоха возрождения для сектора / [Электрон.ресурс] // URL:<https://mitt.ru/ru/media/news/2023/september/18/mitt-ozdorovitelnyj-medicinskij-tourism/?ysclid=m6bwtmed269719405> (дата обращения 24.12.2024 г.)

⁸ Там же.

⁹ Там же.

чественным медицинским услугам, но и создает уникальные возможности для здоровья и отдыха. Рассмотрение отдельных видов медицинского туризма (выездного, внутреннего и въездного) позволяют сделать выводы, что каждое из этих направлений имеет свои особенности и преимущества, и все они находятся в тесной взаимосвязи. Однако последние изменения в международной политике и экономической ситуации, особенно для России, открывают новые горизонты для внутреннего и въездного медицинского туризма. В условиях геополитической нестабильности наблюдается падение выездных поездок, что заставляет граждан искать качественные медицинские услуги на родине. В результате, российские санатории и клиники стали более привлекательными для соотечественников, что в свою очередь способствовало развитию внутреннего и въездного туризма.

Таким образом, можно сделать вывод, что медицинский и лечебно-оздоровительный туризм будет продолжать развиваться, наращивая свою популярность как среди российских, так и среди международных пациентов. Важно, чтобы страны и медицинские учреждения активно работали над повышением качества предоставляемых услуг и созданием комфортных условий для пациентов, что станет основой для их устойчивого роста и развития в будущем. Развитие внутреннего и въездного медицинского туризма представляет собой не только экономическую, но и социальную задачу, способствующую укреплению здоровья нации и созданию позитивного имиджа страны на международной арене.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Десятниченко Д. Ю., Десятниченко О. Ю. О стратегических приоритетах развития лечебно-оздоровительного туризма в России. *Экономика и управление народным хозяйством (Санкт-Петербург)*. 2018;3(5):106—115.
2. Карвунис Ю. А., Негоденко Е. В., Капилевич Л. В. Особенности развития спортивного туризма на региональном уровне. *Теория и практика физической культуры*. 2019;(11):18—19.
3. Ключникова Е. А. Туризм в комплексе ГТО. *Вестник академии детско-юношеского туризма и краеведения*. 2017;122(1):25—30.
4. Белошистый С. Ю., Кордубан Е. А., Ананченкова П. И. Изучение медицинского туризма на основе базовых научных теорий. *Ремедиум*. 2024;28(3):269—274.
5. Ананченкова П. И., Камынина Н. Н. Некоторые аспекты развития медицинского и лечебно-оздоровительного туризма. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(4):605—609.

6. Ананченкова П. И. Проблема рисков в медицинском туризме (обзор литературы). *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(S1):789—793.
7. Оборин М. С. Состояние и перспективы развития лечебного и спортивно-оздоровительного туризма в России. *Научный результат. Технологии бизнеса и сервиса*. 2022;8(2):57—65.
8. Ананченкова П. И., Камынина Н. Н. Социально-экономические аспекты развития экспорта медицинских услуг. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(2):184—189.
9. Ананченкова П. И. Геоинформационные системы и их использование в организации здравоохранения: обзор зарубежных исследований. *Ремедиум*. 2023;27(2):183—186.
10. Белошистый С. Ю., Ананченкова П. И., Снегирева Ю. Ю. Возможности интеграции на массовом рынке внутреннего медицинского туризма: экспертный опрос. *Здоровье мегаполиса*. 2023;4(4):69—76.

REFERENCES

1. Desyatnichenko D. Yu., Desyatnichenko O. Yu. On the strategic priorities of the development of health tourism in Russia. *Economics and Management of the national economy (Saint Petersburg)*. [Ekonomika i upravlenie narodnym khozyaystvom (Sankt-Peterburg)]. 2018;3(5):106—115 (in Russian).
2. Karvunis Yu. A., Negodenko E. V., Kapilevich L. V. Features of sports tourism development at the regional level. *Theory and practice of physical culture*. [Teoriya i praktika fizicheskoy kultury]. 2019;(11):18—19 (in Russian).
3. Klyushnikova E. A. Tourism in the TRP complex. *Bulletin of the Academy of Children's and Youth Tourism and Local History*. [Vestnik akademii detsko-yunosheskogo turizma i kraevedeniya]. 2017;122(1):25—30 (in Russian).
4. Beloshisty S. Yu., Korduban E. A., Ananchenkova P. I. The study of medical tourism based on basic scientific theories. *Remedium*. [Remedium]. 2024;28(3):269—274 (in Russian).
5. Ananchenkova P. I., Kamynina N. N. Some aspects of the development of medical and health tourism. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]. 2020;28(4):605—609 (in Russian).
6. Ananchenkova P. I. The problem of risks in medical tourism (literature review). *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]. 2023;31(S1):789—793 (in Russian).
7. Oborin M. S. The state and prospects of medical and sports tourism development in Russia. *A scientific result. Business and service technologies*. [Nauchnyy rezul'tat. Tekhnologii biznesa i servisa]. 2022;8(2):57—65 (in Russian).
8. Ananchenkova P. I., Kamynina N. N. Socio-economic aspects of the export of medical services. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]. 2020;28(2):184—189 (in Russian).
9. Ananchenkova P. I. Geoinformation systems and their use in healthcare organization: a review of foreign research. *Remedium*. [Remedium]. 2023;27(2):183—186 (in Russian).
10. Beloshisty S. Yu., Ananchenkova P. I., Snegireva Yu. Y. Integration opportunities in the mass market of domestic medical tourism: an expert survey. *The health of the metropolis*. [Zdorov'e megapolisa]. 2023;4(4):69—76 (in Russian).

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

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

Статья поступила в редакцию 27.01.2025; одобрена после рецензирования 27.01.2025; принята к публикации 14.03.2025. The article was submitted 27.01.2025; approved after reviewing 27.01.2025; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.024

Анатомо-физиологические особенности человека и их учет при проектировании рабочего места

Юрий Гарегинович Егиазаров¹, Артем Игоревич Введенский²

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

²ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Рязань, Российская Федерация;

¹urijegiazarov@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-0679-7350>

²ai_vvedenskiy@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4593-8030>

Аннотация. В статье рассмотрены анатомо-физиологические аспекты проектирования рабочего места с целью сохранения здоровья, повышения производительности труда и качества жизни работников. Проанализированы ключевые анатомические и физиологические особенности человека, такие как строение позвоночника, суставов, органов зрения, нервной и дыхательной систем, которые необходимо учитывать при организации рабочего пространства. Особое внимание уделено эргономическому подходу, направленному на создание комфортной и безопасной рабочей среды. Исследование обосновывает важность применения адаптивных решений, таких как регулируемые рабочие поверхности, эргономичные стулья, корректное освещение и регулярные перерывы, для предотвращения профессиональных заболеваний и снижения физической и психологической нагрузки на сотрудников. Представленные выводы и рекомендации основаны на анализе актуальных данных, статистики и международного опыта.

Ключевые слова: эргономика, анатомия человека, рабочее место, здоровье сотрудников, продуктивность труда, профессиональные заболевания, адаптивные решения, комфортная среда.

Для цитирования: Егиазаров Ю. Г., Введенский А. И. Анатомо-физиологические особенности человека и их учет при проектировании рабочего места // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 144–148. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.024.

Original article

Anatomical and physiological features of a person and their consideration when designing a workplace

Yuri G. Egiazarov¹, Artyom I. Vvedenskiy²

^{1,2}Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Department of Healthcare of the City of
Moscow, Moscow, Russian Federation;

²Ryazan State Medical University named after Academician I. P. Pavlov of the Ministry of Health of the Russian Federation, Ryazan, Russian
Federation;

¹urijegiazarov@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-0679-7350>

²ai_vvedenskiy@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4593-8030>

Annotation. The article examines the anatomical and physiological aspects of workplace design in order to preserve health, increase labor productivity and improve the quality of life of employees. The key anatomical and physiological features of a person, such as the structure of the spine, joints, organs of vision, nervous and respiratory systems, which must be taken into account when organizing the workplace, are analyzed. Special attention is paid to the ergonomic approach aimed at creating a comfortable and safe working environment. The study substantiates the importance of using adaptive solutions, such as adjustable work surfaces, ergonomic chairs, correct lighting and regular breaks, to prevent occupational diseases and reduce the physical and psychological burden on employees. The presented conclusions and recommendations are based on an analysis of current data, statistics and international experience.

Keywords: ergonomics, human anatomy, workplace, employee health, productivity, occupational diseases, adaptive solutions, comfortable environment.

For citation: Egiazarov Yu. G., Vvedenskiy A. I. Anatomical and physiological features of a person and their consideration when designing a workplace. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(1):144–148. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.024.

Введение

Современный мир предъявляет высокие требования к качеству рабочего места, поскольку значительная часть человеческой жизни проходит в условиях профессиональной деятельности. Вопросы эр-

гономики рабочего пространства и его влияния на здоровье и производительность человека становятся всё более актуальными, особенно в контексте растущей цифровизации и распространения офисной работы. Несоответствие рабочего места анатомо-физиологическим особенностям человека может

привести к развитию множества хронических заболеваний, снижению работоспособности и ухудшению качества жизни.

Человеческое тело имеет определённые анатомические и физиологические ограничения, которые необходимо учитывать при проектировании рабочего пространства. Строение позвоночника, особенности суставов, кровообращения, органов зрения и нервной системы играют ключевую роль в определении комфортности и безопасности рабочего места. Нарушение этих принципов может привести к перегрузке опорно-двигательного аппарата, усталости глаз, ухудшению кровообращения и даже к психологическим расстройствам.

Актуальность данной темы обусловлена растущим количеством профессиональных заболеваний, связанных с нерациональной организацией рабочего пространства. Согласно исследованиям, «более 70% сотрудников сталкиваются с болями в спине, шее и суставах, вызванными длительным сидением и неудобным положением тела половины офисных работников страдают от боли в шее и верхней части спины»¹. Более того, «более 70% всех пациентов, обратившихся к врачу с жалобами на боль в спине — это люди в возрасте от 35 до 50 лет, работающие в офисах» [1]. Аналогичные проблемы наблюдаются и в других профессиональных сферах, где работа связана с однотипными физическими нагрузками или длительным пребыванием в статичной позе.

Необходимо не только подчеркнуть необходимость учёта анатомических и физиологических факторов при проектировании рабочего пространства, но и обращать внимание на взаимосвязи между комфортным рабочим местом и уровнем здоровья, продуктивности и общего качества жизни человека. «Научно-технический прогресс внес серьезные изменения в условия производственной деятельности. Труд стал более интенсивным, напряженным, требующим значительных затрат умственной, эмоциональной и физической энергии. Это потребовало комплексного решения проблем эргономики, гигиены и организации труда, регламентации режимов труда и отдыха», — отмечают в своей работе [2].

Целью данной статьи является исследование анатомо-физиологических аспектов оптимизации рабочего места человека. Задачи исследования включают выявление основных проблем, связанных с несоответствием рабочего места биомеханическим и физиологическим особенностям, анализ современных подходов к эргономике и разработку рекомендаций по улучшению рабочих условий.

Материалы и методы

При работе над темой был проведен обзор научных публикаций, посвященных анатомическим, физиологическим и эргономическим аспектам проектирования рабочего места. В качестве источников использовались статьи из рецензируемых журналов,

монографии и нормативные документы в области охраны труда и эргономики, такие как Санитарные нормы и правила (СанПиН), ГОСТы и рекомендации Министерства здравоохранения. Работа написана на основе общенаучных методов исследования: анализа, систематизации, обобщения.

Результаты и обсуждение

Анатомические и физиологические особенности человека, влияющие на проектирование рабочего места

Рабочее место должно быть организовано с учётом анатомических и физиологических особенностей человека, поскольку длительное пребывание в некомфортной или неправильной позе может привести к перенапряжению мышц, нарушениям кровообращения и другим проблемам со здоровьем. Рассмотрим ключевые аспекты анатомии и физиологии, которые необходимо учитывать при проектировании рабочего пространства.

1. Строение позвоночника и опорно-двигательного аппарата.

Позвоночник человека представляет собой сложную структуру, состоящую из 33—34 позвонков, разделённых на шейный, грудной, поясничный, крестцовый и копчиковый отделы. Он обладает естественными физиологическими изгибами (лордозами и кифозами), которые обеспечивают амортизацию при движении и равномерное распределение нагрузки на мышцы и кости.

Длительное пребывание в статичной позе, например, сидение на неудобном стуле, может нарушить нормальную осанку, привести к гиперлордозу, кифозу или сколиозу. Кроме того, поддержание неправильной позы вызывает избыточное напряжение в мышцах шеи, спины и поясницы, способствуя развитию хронических болей. Поэтому проектирование рабочего места должно включать:

- использование стульев с эргономичной спинкой, поддерживающей естественные изгибы позвоночника;
- обеспечение регулировки высоты стула и угла наклона спинки;
- минимизацию статических нагрузок путём организации периодических перерывов и изменений позы.

2. Особенности суставов и мышечной системы.

Суставы человека адаптированы для динамических движений, поэтому длительное пребывание в одном положении оказывает негативное влияние на их функциональное состояние. Например:

- Плечевые суставы при неудобной высоте рабочего стола подвергаются чрезмерной нагрузке, что может вызвать боль и воспаление.
- Локтевые суставы требуют поддержки под углом 90°, чтобы предотвратить развитие туннельного синдрома.
- Тазобедренные и коленные суставы при сидячей работе должны находиться в положении, близком к прямому углу, чтобы уменьшить нагрузку на мышцы ног и кровеносные сосуды.

¹ Врачи «СМ-Клиника» на ул. Лесная против «Офисного синдрома». URL: <https://www.smclinic.ru/programm/ofisnyy-sindrom/> (дата обращения: 12.01.2025 г.).

При проектировании рабочего места важно учитывать возможность регулировки рабочей поверхности и наличие подлокотников, обеспечивающих правильное положение рук.

3. Органы зрения.

Глаза человека адаптированы к восприятию света в динамических условиях, однако длительная концентрация на экранах мониторов приводит к утомлению мышц, регулирующих аккомодацию, и может вызвать компьютерный зрительный синдром. Основными проблемами, связанными с неподходящим рабочим местом, являются:

- чрезмерная близость экрана, что увеличивает нагрузку на цилиарную мышцу;
- неправильное освещение, вызывающее блики и увеличение напряжения глаз;
- отсутствие перерывов, необходимых для снятия аккомодационного спазма.

Для минимизации негативного влияния на зрение рекомендуется размещать монитор на расстоянии 50—70 см от глаз и на уровне линии зрения; использовать антибликовые экраны и обеспечить равномерное освещение; внедрять правила работы, такие как правило «20-20-20» (каждые 20 минут смотреть на объект на расстоянии 20 футов (около 6 метров) в течение 20 секунд).

4. Кровообращение и лимфатическая система.

Сидячий образ работы замедляет кровообращение, особенно в нижних конечностях, что повышает риск варикозного расширения вен и тромбообразования. Неправильная организация рабочего пространства, например, использование неудобного кресла или отсутствие поддержки для ног, усугубляет эту проблему. Поэтому необходимо использовать кресла с подушками, улучшающими кровообращение; предусмотреть подставки для ног; организовывать регулярные физические упражнения, стимулирующие кровоток.

5. Нервная система.

Работа в неудобной позе или в условиях высокой нагрузки вызывает стресс для центральной нервной системы. Это может проявляться в виде раздражительности, снижения концентрации, хронической усталости. Эргономично организованное рабочее место, включающее комфортное кресло, правильное расположение монитора и отсутствие лишнего шума, способствует снижению уровня стресса и повышению когнитивной производительности.

6. Дыхательная система.

Неправильная поза, особенно сутулость, ограничивает объем лёгких и снижает эффективность дыхания. Это может привести к гипоксии, снижению уровня энергии и работоспособности. Для предотвращения этого необходимо:

- поддерживать осанку, обеспечивая открытое положение грудной клетки;
- использовать стулья с поддержкой поясничного отдела позвоночника;
- соблюдать рекомендованную высоту стола, чтобы избежать наклона вперёд.

Учет анатомических и физиологических особенностей человека при проектировании рабочего ме-

ста является ключевым фактором в обеспечении здоровья, продуктивности и качества жизни сотрудников. Грамотно организованное рабочее пространство должно минимизировать нагрузку на опорно-двигательный аппарат, органы зрения и кровообращение, а также предотвращать стресс и усталость. В следующем разделе будут рассмотрены принципы эргономики, которые позволяют эффективно интегрировать эти знания в практику проектирования рабочих мест.

Эргономический подход к организации рабочей среды

Эргономика как «наука, изучающая различные предметы, находящиеся в непосредственном контакте с человеком в процессе его жизнедеятельности» [3], зародилась в конце 40-х годов прошлого столетия и по настоящее время «претерпела существенные изменения за эти десятилетия. Так, если 20 лет назад основные работы велись в областях (в порядке убывания приоритетности) антропометрии, физиологии труда, проектирования труда, биомеханики, психологии, то в последнее десятилетие приоритеты эргономики существенно сместились в область безопасности, проектирования труда, биомеханики, напряженности труда, интерфейса «человек-компьютер». Биомеханика и физиология труда не доминируют, как в прошлом, но возник их новый аспект, связанный с расстройствами опорно-двигательного аппарата, обусловленный ростом части людей, работающих на компьютеризированных местах» [3].

Эргономический подход — это система методов и принципов проектирования рабочих мест, оборудования и процессов с учетом анатомических, физиологических, психологических и социальных особенностей человека. Его основная цель — создать условия, которые обеспечат комфорт, безопасность, продуктивность и здоровье сотрудников. Эргономика объединяет знания из областей анатомии, физиологии, инженерии, психологии и дизайна для оптимизации взаимодействия человека с рабочей средой.

Основные аспекты эргономического подхода:

- учет анатомо-физиологических особенностей человека;
- проектирование рабочего места, исходя из индивидуальных особенностей пользователя: роста, длины рук и ног, зрительных характеристик;
- обеспечение правильной осанки и минимизация статических нагрузок, чтобы избежать перегрузки позвоночника, суставов и мышц;
- регулировка рабочего стола, стула, монитора и других элементов для предотвращения развития профессиональных заболеваний, таких как остеохондроз или туннельный синдром.

При этом рабочие места должны быть универсальными и адаптируемыми для различных пользователей. Например, регулируемая высота стула или стола позволяет настроить рабочую среду под каждого сотрудника. Обеспечение возможности изменения позы: переход от сидячей работы к стоячей за

счет использования столов с регулируемой высотой. Все это соответствует принципам адаптивности.

Эргономический подход максимально оптимизирует рабочее пространство. Обеспечивает логичное расположение оборудования и инструментов, чтобы минимизировать ненужные движения и повысить эффективность, создание «рабочего треугольника», где все часто используемые предметы находятся в зоне легкого доступа, поддержку органов зрения (размещение монитора на уровне глаз и на расстоянии 50—70 см от пользователя для снижения нагрузки на глаза, регулировка уровня освещенности и предотвращение бликов на экране, установка освещения, которое снижает усталость глаз и поддерживает циркадные ритмы (например, использование источников света с регулируемой цветовой температурой) и пр.).

Психофизиологические особенности учитываются при этом за счет создания благоприятного микроклимата: уровень шума, температура и вентиляция рабочего пространства; организации регулярных перерывов в работе для снижения когнитивной и физической усталости; эргономичные интерфейсы и программное обеспечение для удобства взаимодействия с техникой.

Эргономический подход направлен на предотвращение профессиональных заболеваний, повышение физического и психологического комфорта, увеличение продуктивности труда и улучшение общего самочувствия работников. Его внедрение позволяет снизить затраты работодателя на лечение профессиональных болезней, текучесть кадров и увеличить мотивацию сотрудников. «В новых подходах к организации рабочих мест, основанных на требованиях эргономики, уделяется большое внимание условиям комфорта рабочих мест, что позволяет легко превратить офис не только для выполнения трудовых обязанностей работников, но и позволяет повысить мотивацию к труду, так как здесь основным принципом эргономичной организации рабочего места выступает минимизация нагрузок. Учитывая такой подход, определяется главная задача эргономичной организации труда, суть которой заключается в создании таких условий работы для человека, которые бы способствовали сохранению здоровья, повышению эффективности труда, снижению утомляемости, да и просто поддержанию хорошего настроения в течение всего рабочего дня»².

Заключение

Современный подход к проектированию рабочих мест требует комплексного учета анатомических, физиологических и психологических особенностей человека. Анализ структуры человеческого тела, его функциональных возможностей и ограничений показывает, насколько важно адаптировать рабочую среду под индивидуальные характеристики пользователя. Удобство рабочего места, соответ-

ствие его параметров биомеханическим и физиологическим потребностям человека — это не только вопрос комфорта, но и фактор, влияющий на производительность труда, профессиональное здоровье и качество жизни работников.

В процессе исследования были рассмотрены ключевые анатомо-физиологические аспекты, которые необходимо учитывать при проектировании рабочего пространства. Особое внимание уделено роли позвоночника, суставов, зрения, нервной системы и кровообращения в сохранении здоровья и поддержании работоспособности. Основные риски, связанные с нарушением этих факторов, включают развитие хронических заболеваний, усталость, профессиональные травмы и снижение когнитивной продуктивности.

Эргономический подход к организации рабочего места, который был подробно освещен в работе, представляет собой не просто набор рекомендаций, а целостную систему, включающую адаптацию рабочих мест, оборудования и процессов под индивидуальные и универсальные человеческие параметры. Такой подход обеспечивает баланс между комфортом, безопасностью и эффективностью. Эргономика помогает минимизировать статические нагрузки, обеспечивает правильную осанку, снижает зрительное напряжение и создает условия для психологического комфорта.

Основные выводы исследования можно представить следующим образом:

1. Анатомо-физиологические аспекты важны для проектирования рабочего места. Учет физиологических изгибов позвоночника, положения суставов, особенностей зрения и кровообращения позволяет значительно снизить риск профессиональных заболеваний.

2. Эргономика улучшает качество работы и здоровье сотрудников. Корректно спроектированное рабочее место не только снижает физическую и психологическую нагрузку, но и увеличивает продуктивность труда.

3. Инновационные подходы к организации труда. Внедрение регулируемых рабочих поверхностей, современных кресел и адаптируемого освещения позволяет индивидуализировать рабочую среду для различных категорий сотрудников.

4. Экономический и социальный эффект. Уменьшение уровня профессиональных заболеваний и текучести кадров, повышение удовлетворенности сотрудников трудовыми условиями в долгосрочной перспективе способствуют росту эффективности и устойчивости бизнеса.

Важность данной работы подтверждается растущей статистикой заболеваний, вызванных нерациональной организацией рабочих мест. Согласно приведенным данным, большинство офисных сотрудников страдают от болей в шее, спине и суставах, что негативно сказывается на их общем самочувствии и продуктивности. Грамотная организация рабочего пространства может стать ключевым шагом к устранению этих проблем.

² Шкрябина Н. А. Эргономичные подходы к организации рабочего места. URL:<https://econf.rae.ru/article/5651> (дата обращения: 12.01.2025 г.).

В перспективе эргономика должна стать важной частью корпоративной политики. Компании, инвестирующие в комфортные и безопасные рабочие места, получают не только экономическую выгоду за счет роста производительности труда, но и укрепляют свой социальный имидж. Создание благоприятной рабочей среды стимулирует мотивацию сотрудников, поддерживает их здоровье и повышает общую удовлетворенность трудом.

Таким образом, организация рабочего места с учетом анатомо-физиологических особенностей человека является необходимым условием сохранения здоровья, повышения эффективности и качества труда. Это направление требует дальнейших исследований, а также более широкого внедрения в практику, что позволит создать рабочую среду, отвечающую вызовам современного общества.

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

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

Статья поступила в редакцию 27.01.2025; одобрена после рецензирования 27.01.2025; принята к публикации 14.03.2025.
The article was submitted 27.01.2025; approved after reviewing 27.01.2025; accepted for publication 14.03.2025.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Данилов А. Б., Курганова Ю. М. Офисный синдром. *Русский Медицинский Журнал*. 2011;(30):1902.
2. Чепелев Н. И., Орловский С. Н., Щекин А. Ю. Основы эргономики и безопасность труда. Красноярск: ФГБОУ ВО «Красноярский государственный аграрный университет»; 2018.
3. Сысоев И. П. Эргономические основы организации рабочих мест. Витебск: УО «ВГТУ»; 2017.

REFERENCES

1. Danilov A. B., Kurganova Yu. M. Office syndrome. *Russian Medical Journal. [Russkiy Meditsinskiy Zhurnal]*. 2011;(30):1902 (in Russian).
2. Chepelev N. I., Orlovsky S. N., Shchekin A. Y. Fundamentals of ergonomics and occupational safety. Krasnoyarsk: Krasnoyarsk State Agrarian University; 2018 (in Russian).
3. Sysoev I. P. Ergonomic principles of workplace organization. Vitebsk: Educational institution «VGTU»; 2017 (in Russian).

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.025

Влияние материальных и нематериальных стимулов на эффективность труда медицинских работников

Екатерина Александровна Коновалова¹, Петр Степанович Турзин²,
Александр Анатольевич Тимошевский³, Дмитрий Павлович Дербенев⁴,
Ольга Шонкоровна Ойноткинова⁵

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

^{2–5}ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Российская Федерация

¹katerinakon-77@yandex.ru, <http://orcid.org/0009-0003-0392-7805>

²b71112@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5231-8000>

³TimoshevskijAA@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5902-7249>

⁴dipald@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1493-5195>

⁵olga-oynotkinova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9856-8643>

Аннотация. В статье определены ключевые задачи отечественного здравоохранения на современном этапе. Выявлена исключительная роль первичной медико-санитарной помощи в сохранении здоровья нации. Отмечена зависимость гарантии доступности первичной медико-санитарной помощи от уровня обеспечения медицинскими кадрами первичного звена здравоохранения. Выявлена проблема дефицита квалифицированных медицинских работников следствием которой является снижение качества предоставляемых медицинских услуг. В ходе исследования установлено несоответствие трудоемкости медицинских работников и величины получаемого ими денежного вознаграждения, что оказывает отрицательное влияние на мотивацию в части выполнения профессиональных обязанностей. Изучение структуры затрат рабочего времени медицинских работников первичного звена показало, что практически 50% времени занимает заполнение документации, снижая эффективность работы, заинтересованность и вовлеченность персонала.

Учитывая высокую напряженность работы, ответственность за принимаемые решения, а также разное отношение сотрудников к вопросам их мотивации сделан следующий вывод. При формировании системы стимулирования видится необходимым применение комплексного подхода, включающего как материальные, так и нематериальные методы стимулирования. Это обеспечит не только максимальную заинтересованность медицинских работников первичного звена, но и повысит престиж профессии, что, и в некоторой степени, решит проблему дефицита квалифицированных кадров.

Ключевые слова: медицинские работники, первичная медико-санитарная помощь, материальное и нематериальное стимулирование, влияние, эффективность деятельности, комплексный подход, индивидуальная мотивация.

Для цитирования: Коновалова Е. А., Турзин П. С., Тимошевский А. А., Дербенев Д. П., Ойноткинова О. Ш. Влияние материальных и нематериальных стимулов на эффективность труда медицинских работников // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 149—152. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.025.

Original article

The impact of tangible and intangible incentives on the effectiveness of medical workers

Ekaterina A. Konovalova¹, Peter S. Turzin², Alexander A. Timashevsky³, Dmitry P. Derbenev⁴,
Olga S. Oynotkinova⁵

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

^{2–5}Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Department of Healthcare of the City of
Moscow, Moscow, Russian Federation

¹katerinakon-77@yandex.ru, <http://orcid.org/0009-0003-0392-7805>

²b71112@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5231-8000>

³TimoshevskijAA@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5902-7249>

⁴dipald@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1493-5195>

⁵olga-oynotkinova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9856-8643>

Annotation. The article identifies the key tasks of national healthcare at the present stage. The exceptional role of primary health care in maintaining the health of the nation has been revealed. The dependence of the guarantee of accessibility of primary health care on the level of provision of primary health care personnel is noted. The problem of shortage of qualified medical workers has been identified, which results in a decrease in the quality of medical services provided. The study revealed a discrepancy between the labor intensity of medical workers and the amount of monetary remuneration they receive, which has a negative impact on motivation in terms of fulfilling

professional duties. A study of the cost structure of primary care workers' working hours has shown that almost 50% of the time is spent filling out documentation, reducing work efficiency, staff interest and engagement.

Given the high work intensity, responsibility for decisions made, as well as the different attitudes of employees towards their motivation, the following conclusion is drawn. When forming an incentive system, it is considered necessary to apply an integrated approach that includes both tangible and intangible incentive methods. This will ensure not only the maximum interest of primary care workers, but also increase the prestige of the profession, which, to some extent, will solve the problem of the shortage of qualified personnel.

Key words: *medical workers, primary health care, financial and non-financial incentives, impact, efficiency, integrated approach, individual motivation.*

For citation: Konovalova E. A., Turzin P. S., Timoshevsky A. A., Derbenev D. P., Oynotkinova O. S. The impact of tangible and intangible incentives on the effectiveness of medical workers. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2025;(1):149–152. (In Russ.). doi:10.69541/NRIIPH.2025.01.025.

Введение

Ключевыми целями отечественного здравоохранения являются рост численности населения, увеличение продолжительности его жизни, снижение уровня смертности и инвалидности населения. Также важным аспектом следует считать соблюдение прав российских граждан в области охраны здоровья. Именно поэтому перед современной системой здравоохранения стоит задача разработки и реализации комплекса мероприятий, ориентированных на развитие кадрового потенциала, который следует рассматривать в качестве наиболее ценного и значимого ресурса системы здравоохранения [1]. При этом стоит подчеркнуть безусловный факт: защита и укрепление здоровья населения во многом зависит от организации работы первичного звена здравоохранения, в качестве которого выступает первичная медико-санитарная помощь, при организации доступности которой все еще существует множество проблем, требующих незамедлительного решения [2].

В частности, в работе [3] отмечается детерминированность гарантии доступности первичной медико-санитарной помощи и уровня обеспечения медицинскими кадрами первичного звена здравоохранения. Вместе с тем, эти же авторы подчеркивают наличие достаточно глобальной проблемы, заключающейся в дефиците и дисбалансе медицинских кадров, принимающих участие в оказании населению такого вида услуг. Признается значимость мероприятий и реформ по укреплению первичной медико-санитарной помощи для эффективного развития национальных систем здравоохранения и другими авторами [4–8]. По их мнению, именно такая медицинская помощь является одной из наиболее востребованных вследствие ее максимальной доступности для пациентов, а также благодаря широкому спектру возможностей.

Тем не менее, как было отмечено ранее, сегодня существует ярко выраженная проблема дефицита квалифицированных кадров, что существенно снижает качество предоставляемых медицинских услуг и актуализирует необходимость в более детальном изучении данного вопроса.

Материалы и методы

Для проведения исследования по заявленной теме был использован комплексный методологический подход, включающий качественные и количественные методы анализа (метод анализа и синтеза,

метод сравнительного анализа, качественный анализ, графический метод, контент-анализ).

Анализировалась актуальная научная литература, посвященная вопросам стимулирования медицинских работников, их мотивации и организации труда в первичном звене здравоохранения. Основными источниками информации стали работы отечественных и зарубежных авторов, посвященные исследуемой теме, включая публикации в специализированных журналах по управлению здравоохранением и кадровой политике.

Были изучены статистические данные, опубликованные в отчетах Минздрава РФ, а также данные других официальных организаций, касающиеся структуры временных затрат медицинских работников, уровня материального вознаграждения и их влияния на трудовую мотивацию.

Для проведения вторичного анализа данных использовались результаты опросов медицинских работников первичного звена, которые проводились с целью выявления их предпочтений в отношении материальных и нематериальных стимулов.

Результаты и обсуждение

Обзор научной литературы по заявленной проблематике показал, что одним из ключевых факторов, оказывающих значительное влияние на нежелание медицинских работников выполнять профессиональные обязанности в данной сфере, является несоответствие трудоемкости и величины получаемого вознаграждения. При этом следует особо отметить результаты, представленные в работе Драпкиной О. М., Сененко А. Ш. и Шепель Р. Н. Перечисленные выше авторы в своих исследованиях подчеркивают выявленную зависимость материального стимулирования работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и удовлетворения их базовых потребностей [6].

Анализ результатов исследований по данному вопросу также позволил установить факт присутствия в рабочем процессе врачей элементов труда, не свойственных занимаемой должности. Например, Люцко В. В. выявил, что примерно половину своего рабочего времени участковые врачи тратят не на выполнение своих непосредственных профессиональных обязанностей, а на работу с медицинской документацией, что существенно снижает эффективность их деятельности. Причем такая работа документально не обоснована: «непроизводительные затраты времени» нормативными документами не регламентированы [8].

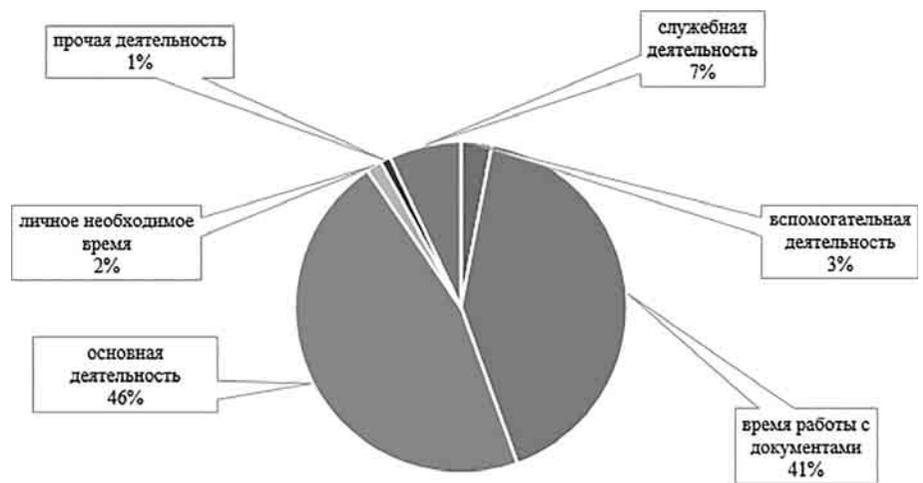
Изучение структуры затрат рабочего времени врача общей практики (семейного врача) в расчете на оказание услуг одному пациенту в процентном соотношении также выявило максимальную долю затрат, отводимых на заполнение соответствующей документации — 50,20%. При этом заслуживающей внимания является цифра, отражающая затраты рабочего времени врача на основную деятельность — всего 39,77%. Примерно такие же цифры выявлены и при оценке затрат рабочего времени участкового врача-педиатра на посещение одного пациента, как в медицинской организации, так и на дому. По данным проведенного полевого исследования установлена следующая структура: выполнение профессиональных обязанностей — 58,25%, работу с медицинскими документами — 34,22%, другие виды деятельности — 7,53% [8].

Обобщение полученных в ходе исследования данных позволило автору настоящей статьи представить на рисунке структуру временных затрат медицинских работников первичного звена (речь в данном случае идет о врачах: врач-терапевт, врач-педиатр, врач общей практики). На представленном далее рисунке наглядно видно, что медицинские работники, в основном, занимаются основной деятельностью и работой с документами. Личное необходимое время составляет около 2%.

В дополнение стоит отметить значительную интенсивность труда медицинских работников первичного звена, а также постоянный психологический и физиологический стресс, проявление которых обусловлено спецификой работы с людьми в сложных условиях: высокая вероятность не только заражения от пациента, но и возникновения конфликтных ситуаций по разным причинам, в том числе, вследствие возможной врачебной ошибки при постановке диагноза и, соответственно, неверного выбора препаратов и методов лечения (особенно на первых порах) [9].

Безусловно, такая напряженная работа, для которой характерен высокий уровень ответственности (не только здоровье, но и жизнь пациента), требует особого подхода как к организации трудовой деятельности, так и к построению системы стимулирования. Приведенные выше данные показывают значительную загруженность сотрудников медицинских организаций из-за работы с документами, выполнения вспомогательной, служебной и прочей деятельности. Поэтому важным, как представляется автору, при разработке системы стимулирования применять комплексный подход, учитывающий не только материальные, но и иные стимулы.

В этой связи интересным является исследование, посвященное определению ключевых факторов показателей труда и мотивационных показателей тру-



Средняя структура временных затрат медицинских работников первичного звена: врач-терапевт, врач-педиатр, врач общей практики (составлено по [8])

да медицинских работников [9]. В нем представлено соответствие факторов и показателей, что позволяет сделать следующие выводы:

- Фактор разноплановой профессиональной деятельности обуславливает появление такого стимула, как возможность проявить свои способности и таланты в профессии.
- Фактор полноценного погружения в выполнение профессиональных обязанностей и осознание ответственности за результат позволяет определить значимость для сотрудника такого мотиватора, как возможность отследить результат работы и оценить свой вклад в сохранение здоровья пациента, увеличение продолжительности его жизни и т. д.
- Фактор социальной значимости профессиональной деятельности определяет появление стимула «Высокий социальный статус и значимость профессии».
- Фактор свободы личного выбора и профессионального роста. В этом случае стимулом является возможность выбора траектории профессионального развития и удобного для сотрудника графика.
- Фактор построения профессиональной деятельности на основе принципа справедливости. Стимул — достойное вознаграждение за труд и обратная связь с администрацией.

Опрос медицинских работников, вопросы которого сформулированы в соответствии с представленными выше факторами и стимулами [9], позволил распределить мотивационные показатели по степени их значимости для респондентов. При этом особо стоит подчеркнуть, что последнее место в иерархии мотивов заняли гибкий (удобный) график и обратная связь с администрацией, в то время как верхние позиции заняли «результативность труда», «личный вклад в сохранение здоровья пациента», «достойное вознаграждение».

На основании анализа и оценки полученной информации, можно сделать вывод о том, что современные работники медицинских организаций ориентированы не только на материальные стимулы.

Для врачей значимым остается их вклад в здоровье нации, престиж профессии и социальный статус, что должно быть учтено при построении системы стимулирования.

Заключение

Вопросам стимулирования персонала при формировании кадровой политики всегда отводилось значительное внимание, поскольку заинтересованные, увлеченные своей работой сотрудники создают прочный фундамент, опираясь на который любая организация может быть уверена в достижении поставленных целей.

Полученные в процессе анализа научной литературы по исследуемой проблеме результаты позволили сделать заключение о том, что современные медицинские работники первичного звена придают особое значение материальному стимулированию. Тем не менее, также установлено позитивное влияние на эффективность труда и нематериальных стимулов, хотя и в меньшей мере, чем материальное поощрение. В этой связи автором рекомендуется при формировании системы стимулирования сотрудников использовать комплексный подход, включающий все виды стимулов. Однако для достижения максимальной результативности следует проводить опросы среди персонала, нацеленные на получение информации касательно приоритетности тех или иных стимулов для разных групп респондентов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ефимикова Ю. О., Евстафьева Ю. В., Ходакова О. В. Характеристика врачебных кадровых ресурсов в государственной системе здравоохранения региона. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(5):998—1005.
2. Шеметова Г. Н., Губанова Г. В., Милашевская Т. В., Москвина А. О., Каретникова А. Ю. Оценка кадровой обеспеченности медицинским персоналом и доступности первичной медико-санитарной помощи: региональный аспект. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2023;69(4):16.
3. Ходакова О. В., Сенотрусова Ю. Е., Деев И. А., Кобякова О. С. Кадровое обеспечение врачами в первичном звене здравоохранения в России. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2023;67(6):463—470.
4. Головин С. В., Чуриков А. В., Красникова Е. В. Совершенствование нормативно-правовой базы региональной системы оплаты труда в сфере здравоохранения и пути развития. *Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Экономика и управление*. 2022;(2):29—44.
5. Драпкина О. М., Шепель Р. Н., Короткова А. В., Наумова Я. С., Ахвердиев Г. О., Шербинский А. А., Сачек М. М., Кулкаева Г. У., Бримкулов Н. Н., Мухсинзода Г. М., Уразалиева И. Р., Огнева Е. Ю. Обзор развития различных аспектов первичной медико-санитарной помощи в контексте национальных систем здравоохранения государств — участников Содружества Независимых Государств. Часть 1: организационный аспект. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2024;1(1):6—21.
6. Драпкина О. М., Сененко А. Ш., Шепель Р. Н. Мотивация и ответственность сотрудников медицинских организаций, оказывающих

вающих первичную медико-санитарную помощь (МОТИВ): результаты социологического опроса об актуальных мерах мотивации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(S9):12—21.

7. Мясников А. О., Новиков А. Ю., Садовская М. А. Первичная медико-санитарная помощь, как базовый элемент системы здравоохранения на современном этапе (основные принципы и ключевые задачи). *The Scientific Heritage*. 2020;43—1(43):43—48.
8. Люцко В. В. Нормативное обеспечение деятельности врачей по оказанию первичной медико-санитарной помощи. Автореферат диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук по научной специальности 14.02.03 — Общественное здоровье и здравоохранение. Москва; 2019.
9. Гуськова И. В., Серебровская Н. Е., Аблязова Н. О. Мотивация и стимулирование труда медиков: реалии и проблемы сегодняшнего дня. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(S1):630—635.

REFERENCES

1. Efimikova Yu. O., Evstafyeva Yu. V., Khodakova O. V. Characteristics of medical personnel resources in the state healthcare system of the region. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2024;32(5):998—1005 (in Russian).
2. Shemetova G. N., Gubanova G. V., Milashevskaya T. V., Moskvinina A. O., Karetnikova A. Yu. Assessment of staffing of medical personnel and accessibility of primary health care: a regional aspect. *Social aspects of public health. [Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya]*. 2023;69(4):16 (in Russian).
3. Khodakova O. V., Cenotrusova Yu. E., Deev I. A., Kobyakova O. S. Staffing of doctors in primary healthcare in Russia. *Healthcare of the Russian Federation. [Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii]*. 2023;67(6):463—470 (in Russian).
4. Golovin S. V., Churikov A. V., Krasnikova E. V. Improvement of the regulatory framework of the regional wage system in the field of healthcare and ways of development. *Bulletin of Voronezh State University. Series: Economics and Management. [Vestnik Voronezhskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Ekonomika i upravlenie]*. 2022;(2):29—44 (in Russian).
5. Drapkina O. M., Shepel R. N., Korotkova A. V., Naumova Ya. S., Akhverdiev G. O., Shcherbinsky A. A., SACHEK M. M., Kulkayeva G. U., Brimkulov N. N., Mukhsinzoda G. M., Urazaliev I. R., Ogneva E. Y. Review of the development of various aspects of primary health care assistance in the context of national health systems of the member States of the Commonwealth of Independent States. Part 1: Organizational aspect. *Primary health care. [Perвичnaya mediko-sanitarnaya pomoshch']*. 2024;1(1):6—21 (in Russian).
6. Drapkina O. M., Senenko A. Sh., Shepel R. N. Motivation and responsibility of employees of medical organizations providing primary health care (MOTIVE): results of a sociological survey on current motivation measures. *Cardiovascular therapy and prevention. [Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika]*. 2023;22(S9):12—21 (in Russian).
7. Myasnikov A. O., Novikov A. Yu., Sadovskaya M. A. Primary health care as a basic element of the healthcare system at the present stage (basic principles and key tasks). *The Scientific Heritage*. 2020;43—1(43):43—48 (in Russian).
8. Lyutsko V. V. Regulatory support for the activities of doctors in providing primary health care. Abstract of the dissertation for the degree of Doctor of Medical Sciences in the scientific specialty 02.14.03 — Public health and public health. Moscow; 2019 (in Russian).
9. Guskova I. V., Serebrovskaya N. E., Abyazova N. O. Motivation and stimulation of medical workers: realities and problems of today. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2021;29(S1):630—635 (in Russian).

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

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

Статья поступила в редакцию 27.01.2025; одобрена после рецензирования 27.01.2025; принята к публикации 14.03.2025. The article was submitted 27.01.2025; approved after reviewing 27.01.2025; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.026

Медико-социальная значимость профилактики аборт в контексте демографической безопасности страны

Рафаэль Эдуардович Карамян¹, Елена Ивановна Аксенова², Андрей Александрович Григоров³

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

³Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва, Российская Федерация

¹Karamyan_007@mail.ru, <http://orcid.org/0009-0009-2852-0765>

²AksenovaEI2@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1600-1641>

³grigorovaa@mos.ru, <https://orcid.org/0009-0008-4440-5858>

Аннотация. Статья посвящена изучению социальных и медицинских аспектов профилактики абортов в контексте укрепления демографической безопасности. Автор указывает на высокий уровень абортов как отражение недостаточной информированности населения о методах планирования семьи и пробелов в социальной поддержке беременных женщин. Анализ отечественного и зарубежного опыта демонстрирует, что эффективное решение проблемы предполагает комплексный подход: совершенствование системы планирования семьи, повышение квалификации медицинского персонала, образовательные программы для подростков и молодежи, а также расширение мер государственной поддержки и формирование позитивного отношения к материнству в обществе. Особое внимание уделено роли культуры и морально-нравственных установок, влияющих на репродуктивное поведение. Сочетание просветительских, медицинских, социальных и экономических мер представляется наиболее эффективным для повышения уровня рождаемости, укрепления института семьи и сохранения репродуктивного потенциала страны, что способствует долгосрочной демографической устойчивости и социально-экономическому развитию.

Ключевые слова: профилактика абортов, демографическая безопасность, планирование семьи, репродуктивное здоровье, социальная поддержка, рождаемость, образовательные программы, семья.

Для цитирования: Карамян Р. Э., Аксенова Е. И., Григоров А. А. Медико-социальная значимость профилактики абортов в контексте демографической безопасности страны // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 153–158. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.026.

Original article

The medical and social importance of abortion prevention in the context of the country's demographic security

Rafael E. Karamyan¹, Elena I. Aksenova², Andrey A. Grigorov³

^{1,2}Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Department of Healthcare of the City of Moscow, Moscow, Russian Federation;

³Department of Healthcare of the City of Moscow, Moscow, Russian Federation

¹Karamyan_007@mail.ru, <http://orcid.org/0009-0009-2852-0765>

²AksenovaEI2@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1600-1641>

³grigorovaa@mos.ru, <https://orcid.org/0009-0008-4440-5858>

Annotation. The article is devoted to the study of social and medical aspects of abortion prevention in the context of strengthening demographic security. The author points to the high rate of abortions as a reflection of the lack of awareness of the population about family planning methods and gaps in social support for pregnant women. An analysis of domestic and foreign experience demonstrates that an effective solution to the problem involves an integrated approach: improving the family planning system, improving the skills of medical personnel, educational programs for adolescents and youth, as well as expanding government support measures and forming a positive attitude towards motherhood in society. Special attention is paid to the role of culture and moral attitudes that influence reproductive behavior. A combination of educational, medical, social and economic measures seems to be the most effective way to increase the birth rate, strengthen the institution of the family and preserve the reproductive potential of the country, which contributes to long-term demographic stability and socio-economic development.

Keywords: abortion prevention, demographic security, family planning, reproductive health, social support, fertility, educational programs, family.

For citation: Karamyan R. E., Aksenova E. I., Grigorov A. A. The medical and social importance of abortion prevention in the context of the country's demographic security. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2025;(1):153–158. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.026.

Введение

Современная демографическая ситуация во многих странах мира, включая Россию, ставит перед государством и обществом задачу обеспечения и укрепления демографической безопасности. Под этим термином понимается совокупность условий и факторов, гарантирующих воспроизводство населения на уровне, достаточном для устойчивого социально-экономического развития страны. Одним из показателей, влияющих на демографическую стабильность, является уровень рождаемости и динамика численности населения.

Важное место в решении задачи обеспечения демографической безопасности занимает профилактика аборт, поскольку частые и недобровольные прерывания беременности могут негативно сказаться на показателях рождаемости, здоровье женщин и семейном благополучии. В то же время высокий уровень абортов во многих регионах свидетельствует о недостаточной информированности населения об альтернативных методах планирования семьи, а также о неэффективности существующих мер социально-экономической поддержки беременных женщин [1].

В данной статье ставится цель оценить социальную значимость профилактики абортов в контексте демографической безопасности страны, выявить основные факторы, влияющие на репродуктивный выбор женщин, и предложить направления развития государственной и общественной политики для укрепления института материнства и семейных ценностей. В рамках исследования анализируются законодательные инициативы, программы поддержки беременных, статистические данные о динамике абортов и опыт зарубежных государств в решении аналогичных проблем. Полученные выводы могут служить основой для разработки комплексных мер, направленных на укрепление демографического потенциала, сохранение здоровья женщин и повышение качества жизни будущих поколений.

Материалы и методы

В ходе исследования применялся комплексный подход, позволяющий выявить многогранное влияние профилактики абортов на демографическую безопасность страны. Социологический анализ, включающий исследования научных и общественных организаций, с акцентом на мотивацию женщин к аборту, их осведомлённость о контрацепции и возможность получения социальной и медицинской поддержки. Использовался контент-анализ, позволивший выявить характер и тональность материалов, а также определить степень применения просветительских инструментов в профилактике абортов. Собранные данные были систематизированы с учётом медицинских, социально-экономических, культурных и психологических факторов, что способствовало формированию целостной картины взаимосвязи между уровнем абортов, рождаемостью и демографической безопасностью.

Результаты и обсуждение

Концепция демографической безопасности и её взаимосвязь с профилактикой абортов

Демографическая безопасность — это состояние общества, при котором обеспечивается устойчивое воспроизводство населения на уровне, достаточном для сохранения и развития страны. В научной литературе подчёркивается, что демографическая безопасность проявляется в стабильности рождаемости, контролируемом уровне смертности, приемлемых миграционных потоках и благоприятном соотношении возрастных групп населения. Всё это формирует основу для долгосрочного социально-экономического развития государства.

Критерии демографической безопасности могут включать:

- Достаточный уровень рождаемости (обычно оценивается через суммарный коэффициент рождаемости и частоту рождения второго, третьего и последующих детей);
- Оптимальные показатели смертности, особенно в трудоспособном возрасте, позволяющие сохранять «фонд населения», необходимый для эффективной экономики;
- Сбалансированная миграция, способствующая восполнению дефицита рабочей силы, без значительного оттока высококвалифицированных специалистов за рубеж;
- Стабильный институт брака и семьи, который влияет на планы граждан в отношении рождения и воспитания детей.

Несбалансированность любого из этих компонентов может привести к рискам для демографической безопасности. Например, длительное сохранение низкой рождаемости при высокой смертности ведёт к депопуляции (убыли населения), которая ослабляет экономический и социальный потенциал страны.

С точки зрения демографической безопасности особое внимание уделяется анализу рождаемости, поскольку именно она является источником восполнения численности населения. В этой связи уровень абортов прямо или косвенно влияет на показатели демографического развития.

Влияние абортов проявляется через снижение потенциального прироста населения. Каждый аборт — это прерванная беременность, которая при других обстоятельствах могла бы завершиться рождением ребёнка, тем самым способствуя увеличению численности населения.

Аборты представляют собой риски для репродуктивного здоровья женщин. Неудачные или повторяющиеся аборты могут приводить к осложнениям, затрудняющим последующие беременности. Это ставит под угрозу дальнейшее воспроизводство населения и может подорвать здоровье будущих поколений [2].

Формирование психологических барьеров для будущего деторождения является частым следствием пережитой процедуры аборта. Аборты, особенно на поздних сроках или сопровождающиеся ослож-

нениями, могут приводить к негативным эмоциональным последствиям, снижающим желание женщин иметь детей в будущем.

Высокий уровень аборт в стране может указывать на недостаточную осведомленность населения о методах контрацепции, отсутствие доступных консультаций и поддержки для женщин, оказавшихся в сложной жизненной ситуации. Кроме того, он отражает ряд социальных проблем, таких как экономическая нестабильность, неготовность к рождению ребёнка и пробелы в семейном воспитании.

Высокая частота аборт отрицательно сказывается не только на демографических показателях, но и на социально-экономическом развитии страны в целом:

- ухудшение здоровья женщин. Помимо краткосрочных рисков (кровотечения, инфекции), аборт, особенно повторные, повышают вероятность хронических гинекологических заболеваний. Это приводит к росту расходов на здравоохранение и снижению трудовой активности женщин [3].
- рост социальных расходов. Если государство не уделяет достаточного внимания профилактике нежелательной беременности и информированию граждан, оно вынуждено тратить дополнительные средства на реабилитацию, медицинское сопровождение осложнений, а также на социальную поддержку женщин, оставшихся без необходимых ресурсов.
- утрата человеческого капитала. Каждая несостоявшаяся жизнь потенциально — это будущий работник, предприниматель или учёный. Снижение рождаемости может привести к тому, что в долгосрочной перспективе обществу не хватит специалистов и ресурсов для технологического и экономического развития.
- снижение престижа материнства. При отсутствии адекватной государственной и общественной поддержки беременных женщин уровень тревожности по поводу будущего возрастает, и решение об аборте может рассматриваться как вынужденный выход из социально-экономических трудностей [4].

Мировая статистика свидетельствует о том, что аборт является распространённым явлением и практикой прерывания беременности. Так, например, в 2022 году в Германии было зарегистрировано около 104 000 случаев аборт, что на 9,9% больше, чем в предыдущем году, когда был достигнут самый низкий показатель (94 600 случаев) с начала ведения статистики¹. По данным Федерального статистического ведомства (Destatis), таким образом, количество аборт также превысило показатели 2014—2020 годов, когда число зарегистрированных случаев всегда составляло примерно от 99 000 до 101 000. Последний год, когда количество аборт было выше, чем в 2022 году, — 2012 (106 800 случаев). Судя

¹ Number of abortions up 9.9% in 2022. URL: https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Health/Abortions/_node.html (дата обращения: 12.12.2024 г.).

по имеющимся данным, очевидной причины резкого роста в 2022 году не выявлено.

В США, где почти 30% беременностей являются незапланированными и 40% из них прерываются абортами, ежедневно совершается от 1500 до 2500 аборт². Почти 20% всех беременностей в США (за исключением выкидышей) заканчиваются абортами. По данным Института Гуттмахера, в 2020 году в США было сделано 930 160 аборт, то есть 14,4 на 1000 женщин. По данным Центра по контролю и профилактике заболеваний, в 2019 году было сделано 629 898 аборт, то есть 11,4 аборт на 1000 женщин.

По данным ВОЗ, ежегодно в мире совершается около 73 миллионов искусственных аборт. Это соответствует примерно 200 000 аборт в день³.

Таким образом, профилактика аборт в контексте демографической безопасности предполагает не только медицинские мероприятия (совершенствование акушерско-гинекологической помощи, развитие системы планирования семьи), но и комплекс мер социального и экономического характера — от расширения материальной поддержки до формирования позитивного общественного мнения о материнстве и детстве. Формирование эффективной государственной политики в этой области способно снизить количество аборт, тем самым повысив уровень рождаемости и обеспечив демографическую устойчивость страны в долгосрочной перспективе.

Социальные факторы, влияющие на решение об аборте

Решение об аборте обычно не сводится исключительно к медицинским или личным предпочтениям женщины — оно формируется под влиянием целого ряда социальных факторов. Эти факторы тесно связаны с экономическими условиями, культурными нормами, семейными обстоятельствами и уровнем осведомленности, что в конечном итоге влияет на репродуктивный выбор и демографические показатели в целом.

Рассмотрим основные из них:

1. Уровень информированности и доступность контрацепции.

Одним из ключевых факторов является знание и понимание методов планирования семьи. В ситуациях, когда люди недостаточно осведомлены о различных способах контрацепции или не имеют к ним доступа, повышается риск незапланированной беременности [5]. Неравномерное распространение информации, нехватка квалифицированного персонала в регионах, а также низкая контрацептивная культура способствуют более частому принятию решения об аборте. Недостаток полового воспитания часто приводит к непланируемой беременности и

² Abortions worldwide this year. URL: <https://www.worldometers.info/abortions/> (дата обращения: 14.12.2024 г.).

³ Abortion — World Health Organization (WHO) — Abortion Statistics by the World Health Organization. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion> (дата обращения: 14.12.2024 г.).

Направление	Мероприятия
1. Медицинский аспект профилактики абортов	
Улучшение акушерско-гинекологической помощи	Развитие сети женских консультаций и специализированных центров планирования семьи. Повышение качества медицинских услуг, включая регулярные обследования, скрининги и консультации для женщин всех возрастных групп. Стимулирование профессионального роста медицинского персонала и внедрение современных методов диагностики и лечения.
Расширение доступа к контрацепции	Субсидирование или частичное финансирование контрацептивов для социально уязвимых групп населения. Пропаганда современных и безопасных методов планирования семьи (оральные контрацептивы, внутриматочные спирали, гормональные пластыри и др.). Консультации и обучающие программы для разных возрастных категорий, направленные на правильное использование контрацептивов.
Ранняя диагностика и ведение беременности	Создание механизмов оперативного выявления нежелательной или незапланированной беременности с последующим предоставлением медицинской и социальной помощи. Внедрение системы активного сопровождения будущих матерей, ориентированной на поддержание их здоровья и формирование уверенности в решении сохранить беременность.
2. Психолого-педагогические подходы к снижению числа абортов	
Консультирование и психологическая поддержка	Организация центров, в которых женщины, столкнувшиеся с беременностью не по своей воле, могут получить комплексную помощь (психолога, социального работника, юриста). Работа с будущими родителями, направленная на снижение тревожности и укрепление уверенности в возможности сохранить беременность.
Программы для подростков и молодёжи	Включение в школьные и вузовские программы основ здорового образа жизни и ответственного родительства. Проведение открытых уроков, семинаров и тренингов, посвящённых репродуктивному здоровью и профилактике нежелательной беременности. Создание безопасной среды в образовательных учреждениях, где студенты могут анонимно обращаться за консультацией к специалистам.
Наставничество и семейные ценности	Популяризация института наставничества, в рамках которого более опытные семьи и матери помогают подросткам и молодым девушкам ориентироваться в вопросах материнства и семейной жизни. Поощрение семейных традиций и укрепление морально-нравственных принципов в обществе, способствующих осознанному родительству.
3. Государственная политика в области репродуктивного здоровья	
Законодательная база и государственные программы	Разработка и совершенствование нормативно-правовых актов, регулирующих вопросы планирования семьи, контрацепции и социальной поддержки беременных женщин. Запуск или расширение национальных проектов, направленных на улучшение репродуктивного здоровья и стимулирование рождаемости (льготы, социальные выплаты, субсидии)
Финансовая и социальная поддержка беременных женщин	Увеличение пособий по беременности и родам, единовременных выплат и материнского капитала. Развитие сети социальных служб и кризисных центров, способных предоставить временное жильё, материальную помощь и психологическую поддержку беременным женщинам.
Информационная политика	Организация масштабных просветительских кампаний с участием СМИ, медицинских учреждений и образовательных организаций, объясняющих негативные последствия абортов и преимущества сохранения беременности. Формирование позитивного образа материнства и ответственного отцовства с помощью социальной рекламы, тематических передач и публикаций.

как следствие — к абортам. Отсутствие систематических образовательных программ, ориентированных на подростков и молодёжь, приводит к тому, что первые беременности часто оказываются незапланированными. При этом качественные средства контрацепции могут быть недоступны из-за высокой стоимости или отсутствия в аптеках в отдалённых регионах [6]. Некоторые семьи или пары могут опасаться негативных последствий контрацептивов для здоровья, опираясь на слухи и стереотипы, что приводит к отказу от их использования.

2. Культурные и морально-нравственные установки.

Решение об аборте во многом определяется общественными нормами и культурными традициями. В сообществах, где религиозные организации активно выступают против абортов, женщины могут сталкиваться с моральной дилеммой или социальным осуждением при принятии решения о прерывании беременности. Если в обществе распространено мнение о социальном «осуждении» женщины, решившейся родить вне брака или имеющей нескольких детей в сложных экономических условиях, это может подтолкнуть её к прерыванию беременности. Давление со стороны друзей, близких и коллег может усиливать внутренние сомнения жен-

щины и приводить к решению об аборте, особенно в тех случаях, когда беременность воспринимается как «неуместная» с точки зрения социальных стандартов [7].

3. Социально-экономическое положение партнёров.

Непростые материальные и жилищные условия, нестабильность на рынке труда и нехватка государственной поддержки могут существенно повысить риск принятия решения об аборте. Женщины, не имеющие стабильной работы или достаточного дохода, могут опасаться, что рождение ребёнка ухудшит материальное положение семьи. Отсутствие собственного жилья, сложные бытовые обстоятельства часто воспринимаются как препятствие для рождения ребёнка. Если государственные программы помощи беременным и семьям с детьми развиты слабо или недостаточно финансируются, женщинам труднее принимать решение о сохранении беременности.

4. Семейные и психологические аспекты.

Важную роль в репродуктивном выборе играют отношения внутри семьи и личная психологическая готовность к материнству. В случаях, когда близкие люди не поддерживают беременность, женщина чаще склоняется к аборту. Некоторые женщины опа-

саются, что не справятся с нагрузкой, связанной с воспитанием ребёнка, особенно если это первый опыт или в семье уже есть дети. Отсутствие стабильной эмоциональной и финансовой поддержки, страх потерять работу или разрыв отношений могут подтолкнуть женщину к прерыванию беременности. Предыдущий неудачный опыт беременности (выкидыши, осложнения, тяжёлые роды) может вызвать дополнительное беспокойство и настороженность по отношению к новой беременности.

Таким образом, решение об аборте принимается под влиянием целого ряда социальных, экономических и культурных факторов. Недостаточный уровень информированности и ограниченный доступ к контрацепции, общественные и религиозные нормы, финансовая уязвимость и психологические аспекты — всё это в совокупности либо увеличивает риск прерывания беременности, либо, напротив, мотивирует женщину сохранить жизнь будущего ребёнка. Понимание этой многослойности помогает разработать комплексные меры по профилактике аборт, учитывая не только медицинские, но и социальные аспекты женской репродуктивной сферы.

Профилактика аборт как мера укрепления демографической безопасности

Профилактика аборт является одним из ключевых инструментов укрепления демографической безопасности, поскольку способствует повышению рождаемости, сохранению репродуктивного здоровья женщин и укреплению института семьи. Эффективная система профилактики включает в себя комплекс мер — от совершенствования медицинского сопровождения до социальной и психологической поддержки, а также формирования благоприятной общественной среды. Совокупность направлений и мероприятий по профилактике аборт представлена в таблице.

Таким образом, профилактика аборт в контексте демографической безопасности предполагает комплексный подход, охватывающий медицинские, социальные, психологические и экономические аспекты. Сочетание государственных программ, активной просветительской деятельности и адекватной законодательной базы позволяет не только снизить количество аборт, но и укрепить институт семьи, повысить рождаемость и сохранить репродуктивный потенциал страны.

Заключение

Исследование вопросов, связанных с профилактикой аборт в контексте демографической безопасности, показывает, что проблема носит комплексный характер и затрагивает не только медицинские, но и социально-экономические, культурные и психологические аспекты. С одной стороны, высокий уровень аборт негативно влияет на уровень рождаемости, подрывая демографический потенциал страны. С другой стороны, наличие такого явления отражает недостаток информации о методах планирования семьи, слабое развитие образова-

тельных программ и ограниченную доступность социальных и медицинских услуг.

Для укрепления демографической безопасности и повышения социальной значимости профилактики аборт необходим системный подход, учитывающий следующие ключевые направления:

- Совершенствование медицинской поддержки: развитие службы планирования семьи, повышение квалификации медицинского персонала, обеспечение доступности качественной контрацепции и профилактических программ.
- Психолого-педагогические меры: формирование культуры ответственного родительства, реализация образовательных программ по половому воспитанию и семейным ценностям в школах и вузах, консультации и поддержка в кризисных ситуациях.
- Государственная политика в области репродуктивного здоровья: правовое регулирование в сфере охраны материнства, программы материальной поддержки беременных женщин и семей с детьми, стимулирование работодателей к созданию благоприятных условий для сохранения беременности и воспитания детей.
- Учет индивидуальных потребностей: реализация гибкого подхода к потребностям различных категорий населения, в том числе малообеспеченных семей, молодежи, женщин в кризисной ситуации, что позволит предложить эффективные и адресные меры по профилактике аборт.

Таким образом, профилактика аборт способна внести значительный вклад в решение важнейших задач демографической безопасности: повысить уровень рождаемости, укрепить институт семьи и обеспечить здоровье будущих поколений. Результаты настоящей работы подтверждают, что сочетание просветительских, медицинских, социальных и экономических мер является наиболее эффективным способом достижения этой цели. Развитие комплексного подхода к профилактике аборт позволит сохранить ценный человеческий ресурс и укрепить социально-демографические основы устойчивого развития общества.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ:

1. Симонян Р. З., Волобуева А. А. Влияние аборт на демографическую ситуацию в России. *Тенденции развития науки и образования*. 2022;86(7):122—124.
2. Турбина Ю. О. Научное обоснование медико-социальных мероприятий по профилактике аборт. Дисс. ... к.мед.н. Москва; 2022.
3. Косых А. В., Стороженко Т. Н. Медицинские аборт и их профилактика. *Научные горизонты*. 2023;11(75):117—120.
4. Коростелева А. В., Гуманова О. В. Пропаганда аборт и ее влияние на демографическую ситуацию на Западе: уроки для России. *Конфликтология*. 2024;19(3):62—75.
5. Зорин К. Сотрудничество врача и пациента. *Медицинская газета*. 2023;(43):12.
6. Калашникова Е. В., Кочеткова И. В., Фурсова Е. А., Петрова Т. Н. Эффективные пути и средства профилактики аборт среди молодого населения. *Молодежный инновационный вестник*. 2024;13(S1):418—419.
7. Польшанская Н. И. Духовно-просветительская работа и популяризация ценности брака, семьи, престижа материнства и от-

цовства в молодежной среде. В сборнике: Здоровое, ответственное родительство — залог счастливого детства. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. Стерлитамак; 2022.

REFERENCES

1. Simonyan R. Z., Volobuyeva A. A. The impact of abortions on the demographic situation in Russia. *Trends in the development of science and education. [Tendentsii razvitiya nauki i obrazovaniya]*. 2022;86(7):122—124 (in Russian).
2. Turbina Yu. O. Scientific substantiation of medical and social measures for the prevention of abortions. Dissertation ... Candidate of Medical Sciences. Moscow; 2022 (in Russian).
3. Kosykh A. V., Storozhenko T. N. Medical abortions and their prevention. *Scientific horizons. [Nauchnye gorizonty]*. 2023;11(75):117—120 (in Russian).
4. Korosteleva A. V., Gumanova O. V. Abortion propaganda and its impact on the demographic situation in the West: lessons for Russia. *Conflictology. [Konfliktologiya]*. 2024;19(3):62—75 (in Russian).
5. Zorin K. Cooperation between doctor and patient. *Medical newspaper. [Meditsinskaya gazeta]*. 2023;(43):12 (in Russian).
6. Kalashnikova E. V., Kochetkova I. V., Fursova E. A., Petrova T. N. Effective ways and means of abortion prevention among the young population. *Youth Innovation Bulletin. [Molodezhnyy innovatsionnyy vestnik]*. 2024;13(S1):418—419 (in Russian).
7. Polynskaya N. I. Spiritual and educational work and popularization of the values of marriage, family, the prestige of motherhood and fatherhood among young people. In the collection: Healthy, responsible parenting is the key to a happy childhood. Collection of materials of the All-Russian scientific and practical conference. Sterlitamak; 2022 (in Russian).

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

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

Статья поступила в редакцию 03.02.2025; одобрена после рецензирования 03.02.2025; принята к публикации 14.03.2025.
The article was submitted 03.02.2025; approved after reviewing 03.02.2025; accepted for publication 14.03.2025.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.027

Внедрение телемедицинских технологий в диспансерное наблюдение взрослого населения

Мадина Таймуразовна Агаева¹, Светлана Игоревна Ширенова²,
Нателла Эдуардовна Парсаданян³

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

³ГБУЗ «Городская поликлиника № 218 ДЗМ», Москва, Российская Федерация

¹Madina_agaeva01@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0005-3512-7436>

²Shirenova22@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0000-4922-8856>

³natka081973@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0005-2006-0590>

Аннотация. С 2017 года телемедицина занимает значительное место в системе здравоохранения Российской Федерации, чему способствовало законодательное признание и регламентация телемедицинских технологий, закрепленные в Федеральном законе от 29 июля 2017 года № 242-ФЗ. Настоящая статья представляет результаты социологического опроса, проведенного среди 375 медицинских работников Московской области, направленного на изучение их отношения к внедрению телемедицинских технологий в диспансерное наблюдение взрослого населения. Опрос показал в целом положительную оценку влияния телемедицины на качество медицинских услуг. Однако выявлены также существенные проблемы, включая технические трудности, недостаток обучения, а также уровень информированности пациентов о телемедицинских сервисах. Результаты исследования подчеркивают необходимость формирования комплексного подхода к внедрению телемедицинских технологий с акцентом на безопасность данных, подготовку медицинского персонала и обучение пациентов.

Ключевые слова: телемедицинские технологии, система здравоохранения, диспансерное наблюдение, взрослое население, качество обслуживания, пациенты

Для цитирования: Агаева М. Т., Ширенова С. И., Парсаданян Н. Э. Внедрение телемедицинских технологий в диспансерное наблюдение взрослого населения // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 159–164. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.027.

Original article

Introduction of telemedicine technologies in dispensary monitoring of population growth

Madina T. Agayeva¹, Svetlana I. Shirinova², Natella E. Parsadanyan³

^{1,2}GBU Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Department of Healthcare,
Moscow, Russian Federation;

³GBUZ «City polyclinic No. 218 DM», Moscow, Russian Federation

¹Madina_agaeva01@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0005-3512-7436>

²Shirenova22@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0000-4922-8856>

³natka081973@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0005-2006-0590>

Annotation. Since 2017, telemedicine has occupied a significant place in the healthcare system of the Russian Federation, which was facilitated by the legislative recognition and regulation of telemedicine technologies, enshrined in Federal Law No. 242-FZ of July 29, 2017. This article presents the results of a sociological survey conducted among 375 medical workers in the Moscow region, aimed at studying their attitude to the introduction of telemedicine technologies in the dispensary supervision of the adult population. The survey showed a generally positive assessment of the impact of telemedicine on the quality of medical services. However, significant problems have also been identified, including technical difficulties, lack of training, and patient awareness of telemedicine services. The results of the study emphasize the need to develop an integrated approach to the implementation of telemedicine technologies with an emphasis on data security, training of medical personnel and patient education.

Keywords: telemedicine technologies, healthcare system, dispensary supervision, adult supervision, quality of care, patients

For citation: Agayeva M. T., Shirinova S. I., Parsadanyan N. E. Introduction of telemedicine technologies in the dispensary monitoring of the adult population. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2025;(1):159–164. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.027.

Введение

Телемедицина в России с момента своего официального признания в 2017 году приобрела новую

значимость для системы здравоохранения, открыв возможности для улучшения доступности и качества медицинских услуг. Законодательство опреде-

ляет телемедицинские технологии как инновационный подход к организации медицинской помощи, включающий в себя дистанционные консультации и мониторинг состояния здоровья пациентов. Несмотря на значительные перспективы, предлагаемые такими технологиями, внедрение телемедицины сопряжено с рядом вызовов. Одним из ключевых аспектов является отношение медицинских работников к данным технологиям, которое может существенно влиять на их эффективность и распространение в клинической практике.

В данном контексте важным шагом является изучение мнений и восприятий медиков относительно телемедицинских инструментов. Настоящее исследование направлено на выявление настроений и готовности медицинских работников к внедрению телемедицинских технологий в диспансерное наблюдение, а также на анализ основных проблем, с которыми они сталкиваются в процессе работы с телемедицинскими платформами. Результаты социологического опроса позволят глубже понять ожидания, опасения и потребности медицинского персонала, что, в свою очередь, послужит основой для последующих мероприятий по обучению и оптимизации медицинских услуг в рамках телемедицины.

Целью данного исследования является выявление отношения медицинских работников к внедрению телемедицинских технологий в диспансерное наблюдение взрослого населения.

Материалы и методы исследования

Для изучения отношения медицинских работников к внедрению телемедицинских технологий в диспансерное наблюдение взрослого населения был проведен социологический опрос, состоящий из 375 участников, включая медицинских работников различных специализаций в Московской области. Опрос был направлен на выявление мнений и восприятия респондентами телемедицинских технологий, которые становятся все более актуальными в системе здравоохранения. Методология исследования основывалась на разработке анкетного опроса, который включал в себя 8 вопросов, из которых 6 были закрытого типа, а 2 — открытого. Закрытые вопросы позволяли респондентам выбрать один из предложенных вариантов ответов, обеспечивая возможность количественного анализа полученных данных. Открытые вопросы предоставляли участникам возможность выразить свои мнения и комментарии относительно внедрения телемедицинских технологий, что способствовало получению качественной информации о переживаниях и рекомендациях, связанных с использованием этих технологий.

Анализ полученных данных проводился с использованием статистических методов для выявления закономерностей и тенденций, а также для оценки значимости различных факторов, влияющих на восприятие телемедицинских технологий. Обработка открытых вопросов включала качественный анализ, что позволяло интерпретировать полу-

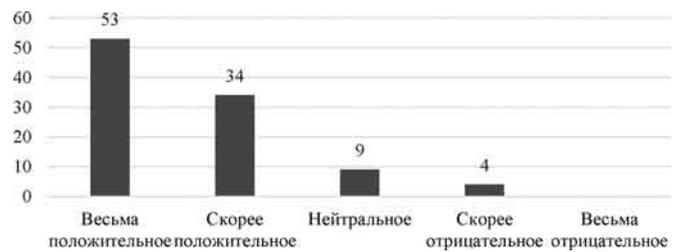


Рис. 1. Результаты ответов на вопрос: «Как вы оцениваете потенциальное влияние телемедицинских технологий на качество медицинского обслуживания?»

ченные данные с учетом контекста и специфики каждого ответа.

Результаты

С 2017 года телемедицина стала важной частью системы здравоохранения Российской Федерации благодаря изменениям в законодательстве, направленным на использование информационных технологий. Принятие Федерального закона от 29 июля 2017 года № 242-ФЗ обеспечило официальное признание телемедицинских технологий, что открыло новые горизонты для дистанционного общения между медицинскими работниками и пациентами⁴.

Законодательство определяет телемедицинские технологии как набор информационных услуг, включая дистанционные консультации. Это позволяет медицинским специалистам безопасно и эффективно взаимодействовать с пациентами, гарантируя конфиденциальность данных. Внесенные изменения в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» уточняют ключевые аспекты взаимодействия, такие как идентификация участников и документирование медицинских действий⁵.

С целью выявления отношения медицинских работников к внедрению телемедицинских технологий в диспансерное наблюдение взрослого населения автором был проведен социологический опрос среди 375 респондентов. Опрос состоял из 8 вопросов, 6 из которых были закрытого типа и 2 открытого типа. В опросе приняли участие медицинские работники Московской области, из которых: 127 врачей разных специализаций, и 226 работников среднего медицинского персонала и 22 человека административного персонала.

Результаты опроса среди медицинских работников по вопросу о потенциальном влиянии телемедицинских технологий на качество медицинского

⁴ Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» / [Электрон.ресурс] // Официальное опубликование правовых документов. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201707300032?index=3> (дата обращения 21.01.2025 г.)

⁵ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ / [Электрон.ресурс] // КонсультантПлюс. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/?ysclid=m6nroagl3i326632921 (дата обращения 21.01.2025 г.)

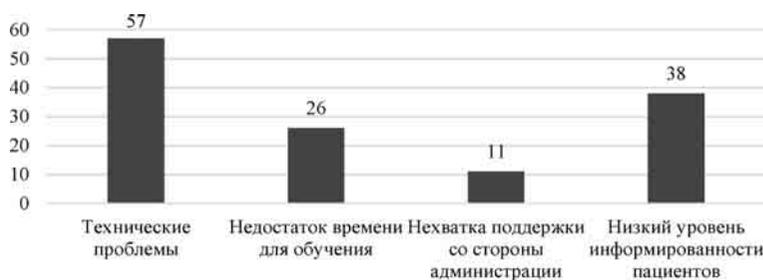


Рис. 2. Результаты ответов на вопрос: «С какими основными проблемами вы сталкиваетесь при работе с телемедицинскими платформами?»

обслуживания показали довольно оптимистичный настрой (рисунок 1).

53% респондентов отметили, что оценивают это влияние как «весьма положительное». Они подчеркивали, что телемедицинские технологии могут значительно ускорить процессы диагностики и лечения, а также повысить доступность медицинской помощи для пациентов, особенно в удаленных или малонаселенных районах.

Еще 34% считают влияние телемедицинских технологий «скорее положительным». Эти работники отмечали, что благодаря виртуальным консультациям можно сократить очереди и повысить уровень комфорта для пациентов.

Нейтральную оценку влиятельности технологий выразили 9% опрошенных, которые указали, что их эффективность во многом зависит от контекста и индивидуальных потребностей пациентов. Они подчеркивали, что телемедицина не всегда может заменить личное общение с врачом.

Только 4% респондентов высказались «скорее отрицательно» по поводу внедрения телемедицинских технологий, аргументируя свою позицию тем, что для некоторых категорий пациентов, таких как пожилые люди или люди с ограниченными возможностями, такие технологии могут быть сложны в использовании.

Никто из опрошенных не оценил потенциальное влияние телемедицинских технологий как «весьма отрицательное», что свидетельствует о той общей тенденции среди медицинских работников воспринимать телемедицину как перспективный инструмент для улучшения качества обслуживания.

Результаты опроса, касающегося основных проблем, с которыми встречаются медицинские работники при работе с телемедицинскими платформами, показали интересные и разнообразные отклики респондентов (рисунок 2).

Наибольшее число респондентов (57%) считают, что проблемой являются технические трудности, которые не только затрудняют работу, но и могут непосредственно влиять на качество предоставляемой медицинской помощи.

Другим значительным аспектом, который вызвал обеспокоенность, стал недостаток времени, выделяемого на

обучение работе с телемедицинскими платформами (26%). Многие респонденты подчеркнули, что они не получили должной подготовки и сталкиваются с нехваткой времени для освоения новых технологий, что негативно сказывается на их уверенности и эффективности при использовании телемедицины.

Недостаток поддержки со стороны администрации также был отмечен некоторыми опрошенными. Так, 11% респондентов выразили мнение, что руководство не всегда готово оказать помощь в решении возникающих вопросов и проблем, связанных с телемедицинскими платформами.

Наконец, низкий уровень информированности пациентов был еще одной важной проблемой, упомянутой 38% респондентов. Медицинские работники отмечали, что нередко пациенты не знают, как использовать телемедицинские сервисы, испытывают сомнения по поводу их безопасности или просто не хотят менять привычный способ взаимодействия с врачами.

Результаты опроса, посвященного влиянию телемедицинских технологий на пациентский опыт и удовлетворенность, показали разнообразные мнения среди респондентов (рисунок 3).

57% респондентов считают, что телемедицинские технологии «существенно увеличат удовлетворенность». Также довольно значительная группа респондентов (31%) выбрала вариант «увеличат удовлетворенность». В их мнениях акцентировалось внимание на том, что телемедицинские решения способны удовлетворить потребности пациентов, обеспечивая более гибкий график и возможность консультаций из комфортной обстановки.

С другой стороны, 7% респондентов ответили, что технологии «не повлияют» на их удовлетворенность, были те, кто отмечал, что лично они предпочитают традиционные очные консультации и не видят значительных преимуществ в удаленном взаимодействии.

Значительное меньшинство, а именно 4% все же выразило мнение, что телемедицинские технологии могут «уменьшить» или даже «существенно уменьшить удовлетворенность» (1%). Эти респонденты высказывали опасения по поводу недостатка лично-

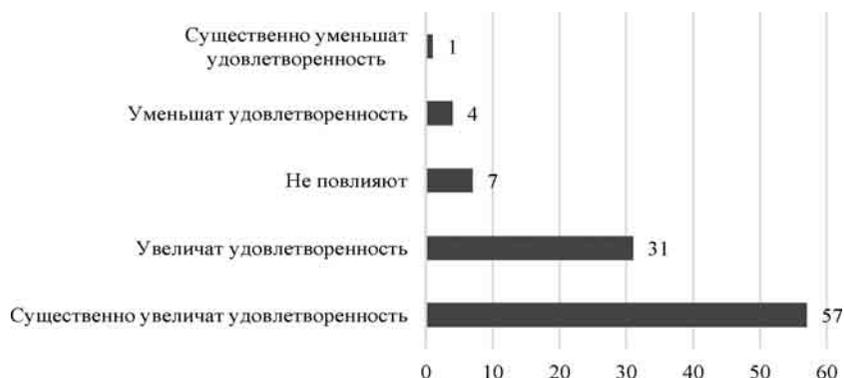


Рис. 3. Результаты ответов на вопрос: «Какое влияние, по вашему мнению, телемедицинские технологии окажут на пациентский опыт и удовлетворенность?»

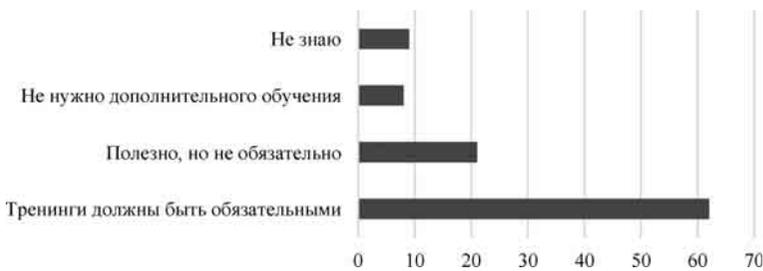


Рис. 4. Результаты ответов на вопрос: «Каковы ваши ожидания по поводу обучения работе с телемедицинскими платформами?»

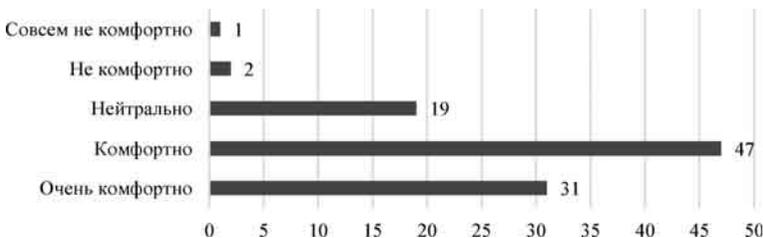


Рис. 5. Результаты ответов на вопрос: «Насколько комфортно вы себя чувствуете, взаимодействуя с пациентами через телемедицинские технологии?»

го контакта с врачом, сложности в оценке состояния здоровья исключительно по видеосвязи или другим удаленным способом, а также возможных технических проблем, которые могут помешать получению необходимой медицинской помощи.

Результаты опроса, касающиеся ожиданий респондентов по поводу обучения работе с телемедицинскими платформами, представили интересные и разнообразные взгляды на эту тему (рисунок 4).

Большинство респондентов высказали мнение, что тренинги должны быть обязательными. Эта группа респондентов, составившая 62% подчеркивала важность качественного обучения, считая, что навыки работы с новыми технологиями являются критически важными для обеспечения эффективного взаимодействия с пациентами и повышения общего уровня медицинской помощи.

Среди респондентов, считающих обучение полезным, но необязательным, наблюдалось желание иметь возможность получить дополнительные знания, если это потребуется, но без жесткого обязательства. Так ответили 21%.

Отвечая на вопрос о необходимости дополнительного обучения, 8% респондентов уверенно отметили, что не видят необходимости в таком обучении. Они считают, что телемедицинские платформы достаточно интуитивно понятны и просты в использовании, что позволяет им адаптироваться без формальных курсов.

Наконец, 9% респондентов выразили неопределенность, выбрав вариант «не знаю».

Результаты опроса о том, насколько комфортно респонденты себя чувствуют, взаимодействуя с пациентами через телемедицинские технологии, продемонстрировали разнообразные уровни удовлетворенности (рисунок 5).

Большинство участников опроса, а именно 31% отметили, что чувствуют себя «очень

комфортно» или «комфортно» (47), что свидетельствует о положительном отношении к телемедицине и о том, что технологии успешно интегрировались в их профессиональную практику.

Достаточно значительная доля респондентов, а именно 19% выразила нейтральное отношение, что может указывать на то, что у некоторых участников есть определенные сомнения или они еще не полностью адаптировались к этим технологиям. Наименьшая доля опрошенных указала на дискомфорт — категории «не комфортно» и «совсем не комфортно» объединили небольшое количество ответов 3%. Это может означать, что есть группы специалистов, которые могут испытывать трудности в освоении технологий или предпочитают традиционные методы общения с пациентами.

Результаты опроса, касающегося уровня информированности респондентов о существующих телемедицинских платформах и их функционале, показали достаточно интересную динамику среди участников (рисунок 6).

65% опрошенных отметила, что они «очень хорошо информированы» и «хорошо информированы». Это свидетельствует о высоком уровне осведомленности и интереса к современным цифровым медицинским технологиям, что может быть связано с их растущим внедрением в медицинскую практику и ведением врачебной деятельности.

Однако, несмотря на это, 27% респондентов также указали, что они «удовлетворительно информированы».

Невысокое количество ответов (8%) в категориях «плохо информирован» и «совсем не информирован» указывает на то, что значительный процент медицинских работников осознает важность телемедицины в своей практике.

Что касается факторов, способствующих успешному внедрению телемедицины, основным мнением было то, что необходима стабильная техническая поддержка и обучение персонала. В открытых ответах работники указали, что важно также повысить уровень информированности пациентов о телемедицинских услугах, чтобы они могли более активно использовать эти возможности.

При ответе на вопрос о том, что необходимо для повышения уровня доверия пациентов к телемедицинским услугам, медицинские работники выдели-

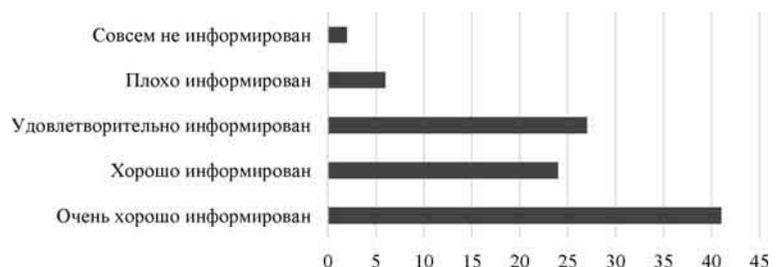


Рис. 6. Результаты ответов на вопрос: «Насколько вы информированы о существующих телемедицинских платформах и их функционале?»

ли несколько ключевых аспектов. Во-первых, они акцентировали внимание на важности прозрачной коммуникации.

Кроме того, многие медицинские работники подчеркнули значимость качественного обучения и подготовки как врачей, так и пациентов. Создание курсов или семинаров, где специалисты могли бы делиться своими знаниями о телемедицине и обучать пациентов, как правильно использовать эти услуги, способствовало бы повышению доверия.

Следующий важный момент — это обеспечение безопасности и конфиденциальности данных пациентов. Также, медицинские работники отметили важность получения обратной связи от пациентов. Периодическое проведение опросов и анкетирования после консультаций может помочь выявить недостатки в предоставлении телемедицинских услуг и улучшить качество их работы.

Кроме того, респонденты отметили необходимость интеграции телемедицины с традиционными методами лечения, что поможет пациентам более уверенно воспринимать новые технологии, зная, что они не замещают, а дополняют привычные способы получения медицинской помощи.

Проведенный опрос доказывает, что внедрение телемедицинских технологий в диспансерное наблюдение взрослого населения открывает новые горизонты в сфере здравоохранения, однако этот процесс также сопряжен с различными вызовами, в связи с чем автором предлагается учитывать ряд аспектов при интеграции телемедицинских технологий в диспансерное наблюдение взрослого населения.

Первым важным аспектом является вопрос безопасности данных и конфиденциальности. При использовании телемедицинских технологий обрабатываются медицинские данные пациентов, которые могут содержать чувствительную информацию. Поэтому необходимо создать надежные системы защиты данных и обеспечить соблюдение законодательных норм, чтобы гарантировать безопасность и конфиденциальность личной информации пациентов.

Следующим аспектом является вопрос доступности телемедицинских услуг. Необходимо учитывать, что не все пациенты могут иметь доступ к необходимым технологиям, таким как стабильный интернет и цифровые устройства. Особенно это актуально для пожилых людей или людей, живущих в удаленных районах. Поэтому важно разработать стратегии, направленные на преодоление цифрового неравенства, чтобы обеспечить равный доступ ко всем видам медицинской помощи.

Кроме того, существует вопрос подготовки и обучения медицинского персонала. Врачи и медсестры должны получить обучение по использованию телемедицинских платформ, а также новым методам взаимодействия с пациентами в виртуальном пространстве. Это включает в себя не только технические навыки, но и развитие коммуникативных навыков, необходимых для качественного общения на расстоянии.

В рамках телемедицины также возникает вопрос законности и регулирования предоставляемых услуг. Необходимо установить четкие законодательные рамки, которые определяют, каким образом осуществляются телемедицинские консультации, какие процедуры могут быть реализованы удаленно, и как будут классифицироваться такие услуги с точки зрения медицинского страхования.

Нельзя забывать о вопросах эффективности и оценки телемедицинских технологий. Необходимо проводить исследования, чтобы определить, как телемедицина влияет на качество медицинского обслуживания, результаты лечения и удовлетворенность пациентов. Это важно для обоснования дальнейших инвестиций в развитие телемедицинских услуг.

Также стоит обратить внимание на интеграцию телемедицинских технологий с традиционными методами лечения. Важно, чтобы телемедицина не заменяла классические подходы, а дополняла их, обеспечивая комплексный уход за пациентами и эффективное взаимодействие между всеми участниками процесса лечения.

Таким образом, внедрение телемедицинских технологий в диспансерное наблюдение требует комплексного подхода, включающего в себя решение вопросов безопасности, доступности, подготовки кадров, регулирования, оценки эффективности и интеграции с традиционным лечением. Открытый диалог между пациентами, медицинскими работниками и регулирующими органами поможет успешно преодолеть барьеры и реализовать потенциал телемедицины для улучшения качества медицинского обслуживания.

Обсуждение

Многие исследования подтверждают значительную роль телемедицинских технологий в диспансерном наблюдении взрослого населения, подчеркивая их влияние на качество обслуживания пациентов и улучшение эффективности управления хроническими заболеваниями [1—4]. Телемедицина, позволяющая врачам взаимодействовать с пациентами на расстоянии, предоставляет возможность непрерывного мониторинга состояния здоровья и быстрой реакции на изменения в здоровье пациента. Это, в свою очередь, способствует более активному вовлечению людей в процесс управления своим здоровьем.

Авторы Владимирский А. В. и другие в своем научном труде утверждают: «Аксиома: методически правильно организованное телемедицинское консультирование позитивно влияет на организационную, клиническую и экономическую составляющие лечебно-диагностического процесса» [1].

Авторы Калинина А. М. и другие утверждают, что: «...на текущий момент врачи первичного звена здравоохранения с недоверием относятся к перспективе широкого внедрения дистанционного диспансерного наблюдения: подавляющее большинство опрошенных не имеют личного опыта проведения такого наблюдения и прогнозируют не хватку

времени на его проведение, наряду с этим интерес к новым технологиям достаточно высок — около 1/2 респондентов готовы приступить к дистанционному наблюдению уже в краткосрочной перспективе» [2].

Авторы Макаров С. А., Смирнов К. В. и Данильченко Я. В. отмечают, что: «Важно отметить, что телемедицинские техно логии являются эффективной альтернативой традиционным методам диспансерного наблюдения не только с позиции медицинских работников, но и пациентов» [3].

Не менее интересен вывод по результатам проведенного исследования авторов Строкольской И. Л., Килижековой Д. В. и Артамонова Г. В.: «Оригинальная технология дистанционного диспансерного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией с использованием телемедицинских приборов усиливает преимущество в системе «врач — медицинская сестра — пациент», что способствует повышению медицинской эффективности за счет увеличения в диспансерной группе доли пациентов, достигших целевого уровня артериального давления, и повышения приверженности больных профилактическим мероприятиям. Телемедицинские технологии обеспечивают сокращение числа плановых и неотложных визитов пациента в медицинское учреждение, что актуально в условиях дефицита врачебных кадров и перехода на дистанционное консультирование в связи с ограничениями, вызванными эпидемической угрозой» [4].

Заключение

Для определения отношения медицинских работников к внедрению телемедицинских технологий в диспансерное наблюдение взрослого населения был проведен социологический опрос. Закрытые вопросы касались таких аспектов, как уровень готовности к использованию телемедицины, а также восприятие потенциальных преимуществ и недостатков этих технологий. Открытые вопросы предоставили респондентам возможность выразить свои комментарии и предложения по улучшению системы телемедицинского наблюдения, а также обсудить любые трудности или опасения, связанные с использованием таких технологий.

Результаты опроса показывают, что среди медицинских работников есть четкое понимание и признание ценности телемедицинских технологий для повышения качества обслуживания и расширения доступа к медицинской помощи. Респонденты отмечали, что телемедицинские консультации могут помочь в сокращении времени ожидания для пациентов и обеспечить более гибкий подход к процессу наблюдения, что особенно актуально в условиях современных вызовов в сфере здравоохранения.

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

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

Статья поступила в редакцию 03.02.2025; одобрена после рецензирования 10.02.2025; принята к публикации 14.03.2025. The article was submitted 03.02.2025; approved after reviewing 10.02.2025; accepted for publication 14.03.2025.

В то же время, среди респондентов также возникли опасения относительно безопасности и конфиденциальности данных пациентов, а также о возможном недостатке личного контакта, считающегося важным элементом медицинского взаимодействия. Эти аспекты были подробно рассмотрены в открытых вопросах, где участники делились своими личными историями и примерами использования телемедицинских технологий, что указывает на необходимость дальнейшего формирования и оптимизации этих услуг с учетом мнений, и потребностей всех заинтересованных сторон.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о растущем интересе медицинских работников к телемедицине, однако также подчеркивают необходимость учета их мнений и предложений в процессе внедрения и развития данных технологий в будущем.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Владимирский А. В., Морозов С. П., Урванцева И. А., Коваленко Л. В., Воробьев А. С. Применение телемедицинских технологий в кардиологии: учеб. пособие. Сургут: Изд-во СурГУ; 2019.
2. Калинина А. М., Горный Б. Э., Дубовой И. И., Антонов К. А., Комков Д. С., Драпкина О. М. Отношение врачей первичного звена к применению телемедицинских технологий при диспансерном наблюдении больных с хроническими заболеваниями (медико-социологическое исследование). *Профилактическая медицина*. 2020;23(6—2);8—13.
3. Макаров С. А., Смирнов К. В., Данильченко Я. В. Телемедицинские технологии в повышении результативности диспансерного наблюдения пациентов с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей в пандемию COVID19. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(2):80—87.
4. Строкольская И. Л., Килижекова Д. В., Артамонова Г. В. Дистанционные формы диспансерного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией с участием медицинской сестры. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*. 2021;10(2):84—91.

REFERENCES

1. Vladzimirskiy S. P., Morozov S. P., Urvantseva I. A., Kovalenko L. V., Vorobyov A. S. Application of telemedicine technologies in cardiology: textbook. manual. Surgut: Publishing House of SurGU; 2019 (in Russian).
2. Kalinina A. M., Gorny B. E., Dubovoy I. I., Antonov K. A., Komkov D. S., Drapkina O. M. The attitude of primary care physicians to the use of telemedicine technologies in the dispensary care of patients with chronic diseases (medical and sociological research). *Preventive medicine. [Profilakticheskaya meditsina]*. 2020;23(6—2);8—13 (in Russian).
3. Makarov S. A., Smirnov K. V., Danilchenko Ya. V. Telemedicine technologies in improving the effectiveness of outpatient follow-up of patients with atherosclerotic lesions of the arteries of the lower extremities in the COVID19 pandemic. *Cardiovascular therapy and prevention. [Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika]*. 2023;22(2):80—87 (in Russian).
4. Strokolskaya I. L., Kilizhekova D. V., Artamonova G. V. Remote forms of dispensary monitoring of patients with arterial hypertension with the participation of a nurse. *Complex problems of cardiovascular diseases. [Kompleksnye problemy serdechno-sosudistykh zabolevaniy]*. 2021;10(2):84—91 (in Russian).

Юбилейные и памятные даты

Юбилейные и памятные даты

УДК 93/94

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.028

Юбилейные и памятные даты истории здравоохранения 2025 года

Ирина Валентиновна Егорышева¹, Елена Владимировна Шерстнева²,
Анна Андреевна Сточик³, Светлана Григорьевна Гончарова⁴

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

¹egorysheva@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5936-8254>

²lena_scherstneva@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8612-4834>

³medpublish@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0838-9036>

⁴goncharovasveta1901@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2885-8303>

Аннотация. В статье представлены юбилейные и памятные даты истории медицины и здравоохранения 2025 года.

Ключевые слова: история медицины, 2025 год.

Для цитирования: Егорышева И. В., Шерстнева Е. В., Сточик А. А., Гончарова С. Г. Юбилейные и памятные даты истории здравоохранения 2025 года // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 165—171. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.028.

Anniversaries and memorial dates

Anniversaries and memorial dates

Anniversary and memorable dates of the history health 2025

Irina V. Egorysheva¹, Elena V. Sherstneva², Anna A. Stochik³, Svetlana G. Goncharova⁴

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

¹egorysheva@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5936-8254>

²lena_scherstneva@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8612-4834>

³medpublish@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0838-9036>

⁴goncharovasveta1901@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2885-8303>

Annotation. The article presents the anniversary and memorable dates of the history of medicine in 2025.

Keywords: history of medicine, 2025.

For citation: Egorysheva I. V., Sherstneva E. V., Stochik A. A., Goncharova S. G. Anniversary and memorable dates of the history health 2025. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2025;(1):165–171. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.028.

300 лет — Именной указ императрицы Екатерины I «О приглашении учёных людей в Российскую Академию Наук и о выдачи, желающим ехать в Россию, нужных пособий» (6 марта 1725)

250 лет — в России учреждены должности уездных лекарей (1775).

250 лет — Указ «Учреждения для управления губерний Всероссийской империи», положивший начало организации приказов общественного призрения, единой для всех губерний гражданской медицины (7 ноября 1775).

250 лет — «Слово о правильном воспитании с младенчества в рассуждении тела, служащем к размножению в обществе народа» (С. Г. Зыбелин, 1775).

250 лет — «Описание моровой язвы, бывшей в столичном городе Москве с 1770 по 1772 г. с приложением всех для прекращения оной тогда установленных учреждений» (А. Ф. Шафонский, 1775).

250 лет — Новоекатерининская больница в Москве (ныне 24-я Городская клиническая больница) (1775).

200 лет — «Полное историческое, медико-топографическое, физико-химическое описание «Кавказских минеральных вод, подготовленное профессором Петербургской медико-хирургической академии А. П. Нелюбиным» (1825).

150 лет — «Руководство к гигиене», Т. 3 (Ф. Ф. Эрисман, 1875).

125 лет — «Очерки санитарной статистики (П. И. Куркин, 1900).

125 лет — «Врачебно-санитарное законодательство в России» -1-е издание (составитель Н. Г. Фрейберг, 1900).

125 лет — Алексеевская больница в Москве, на базе которой основан Институт глазных болезней им. Гельмгольца (1900).

100 лет — Циркуляр НКЗ РСФСР о мерах борьбы с заболеваниями национальных меньшинств (7 октября 1925).

100 лет — «Положение об организации врачебной помощи на дому» (19 октября 1925).

100 лет — Постановление Народного комиссариата здравоохранения РСФСР «О периодических медицинских осмотрах рабочих во вредных производствах» (1925, 24 сентября).

100 лет — Постановление СНК СССР о присоединении СССР к Международному соглашению об учреждении Международного бюро общественной гигиены и к Международной санитарной конвенции (27 октября 1925 г.).

100 лет — Постановление СНК РСФСР об обеспечении сельских местностей медицинской помощью и об улучшении материально-бытового положения участкового медицинского персонала (2 декабря 1925).

100 лет — «Руководство по врачебному контролю за физическим развитием» (Г. К. Бирзин, В. В. Гориневский, 1925).

100 лет — «Основы общей гигиены»: Ч. 1—2 (С. И. Каплун, 1925—1926)

100 лет — «Труд и социальная гигиена» (А. Ф. Никитин, 1925).

100 лет — «Статистика физического развития рабочего населения по трудам проф. Ф. Ф. Эрисмана и санитарных врачей Дементьева, Пескова и др. 1889—1923» (П. И. Куркин, 1925).

100 лет — Институт охраны материнства и младенчества (Ленинград, 1925).

100 лет — Институт по изучению профессиональных заболеваний (Ленинград, 1925)

100 лет — Центральный институт охраны труда Народных комиссариатов Труда и Здравоохранения РСФСР и ВСНХ (Москва, 1925).

100 лет — Институт социальной гигиены (Минск, 1925).

100 лет — пионерский лагерь «Артек» (1925).

100 лет — крестьянский санаторий в Ливадии (1925).

100 лет — I Профилактический съезд представителей рабочих, крестьянских организаций и врачей Московской губернии (1925, 27 января — 1 февраля).

100 лет — I Всесоюзный съезд участковых врачей (1925, 9—15 декабря).

100 лет — Совещание представителей профилактических кафедр медицинских факультетов университетов (1925, 5—9 апреля).

100 лет — I съезд сибирских врачей (Томск, 1925).

1 января — 250 лет со дня смерти Кассиана Осиповича ЯГЕЛЬСКОГО (1736—1775, род. на Украине), российского врача, профессора Московского генерального госпиталя. Будучи командирован для учебы за границу, в 1765 г. защитил докторскую диссертацию в Лейденском университете. Во время эпидемии чумы 1771—1772 гг. в Москве — один из активнейших членов «Комиссии для врачевания и предохранения от моровой язвы». Изобрел окуривательный порошок для дезинфекции вещей больных.

Соч.: Наставление о предохранительных средствах от моровой язвы. М., 1771. Уведомление, каким образом вообще яд язвенный в домах и вещах зараженных и сумнительных истреблять. М., 1771.

Лит.: Никитин А. Краткий обзор состояния медицины в России в царствование императрицы Екатерины II. СПб., 1855; Палкин Б. Н. Русские госпитальные школы XVIII века и их воспитанники. М., 1959.

2 января — 100 лет со дня смерти Николая Ивановича ТЕЗЯКОВА (1859—1925, род. в с. Верхние Серги, ныне Свердловской обл.), земского санитарного врача, организатора здравоохранения. Руководил земскими санитарными организациями в Пермской, Херсонской, Воронежской и Саратовской губерниях. Инициатор ряда прогрессивных практических медико-санитарных мероприятий: введения карточной регистрации больных, организации детских яслей-приютов, применения противодифтерийной сыворотки в сельских условиях, преподавания гигиены учителям земских школ, введения в школах горячего завтрака и др. Впервые осуществил в Херсонской, а затем и других земских губерниях исследования по изучению здоровья, условий труда и быта сельскохозяйственных рабочих, разработал мероприятия по организации их медико-санитарного обслуживания. В 1918—1920 гг. работал в Саратовском губернском медико-санитарном отделе, а затем заведовал отделом лечебных местностей Наркомздрава РСФСР. Научные работы посвящены главным образом изучению заболеваемости и смертности сельского населения, вопросов детской смертности, распространения эпидемий и социаль-

ных болезней, санитарному состоянию школ, условий труда и быта сельскохозяйственных рабочих.

Соч. и лит.: см. БМЭ 3-е изд.; Идельчик Х. И. Н. И. Тезяков и его роль в развитии земской медицины. М., 1960; Тарасов И. И. и др. Н. И. Тезяков // Советское здравоохранение. 1985. № 2.

7 января — 100 лет со дня рождения Владимира Куприяновича ОВЧАРОВА (1925—2005, род. в селе Саковника Конышевского района Курской области), российского социал-гигиениста, специалиста в области санитарной статистики, члена-корреспондента РАМН. С 1955 г. работал во ВНИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А.Семашко (ныне ФГБНУ «ННИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко»): заместителем директора института, заведующим отделом статистики здравоохранения и медицинской демографии, в 1982—1988 гг. директором института, с 1988 по 2005 год — заместитель директора по научной работе. Руководитель Центра ВОЗ по Международной классификации болезней. Основные научные работы посвящены вопросам теории, организации и истории санитарной статистики, методам статистических исследований, медицинской демографии. Внес вклад в применение выборочного метода изучения здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения. Одним из первых применил системный анализ в разработке проблемы потребности в научных кадрах. Внес вклад в разработку и внедрение в практику Международной классификации болезней. Руководитель впервые созданной программы работ по электронизации в здравоохранении. Ряд работ посвящен истории высшего медицинского образования.

Соч.: Пособие к пользованию советской и международной номенклатурами болезней и причин смерти. М., 1959. (Совместно с др.); Международная классификация нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности: Руководство по классификации последствий болезни М., 1982. (Совместно с др.); Исследование социальных факторов формирования здоровья населения // Общественные науки и здравоохранение. М., 1987. С. 139—151; Методологические и организационные подходы к развитию социально-гигиенического мониторинга здоровья населения // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. № 5.

Лит.: В.К.Овчаров // Советское здравоохранение. 1985. № 4; В.К.Овчаров (Некролог) // Советское здравоохранение. 2005. № 4.

14 января — 150 лет со дня рождения Альберта ШВЕЙЦЕРА (A. Schweitzer, 1875—1965), немецкого врача-гуманиста, музыканта и музыковеда, филосо-

фа-теолога, лауреата Нобелевской премии мира 1952 г. Создал на свои средства больницу в джунглях Экваториальной Африки (Габон), где более 50 лет бесплатно лечил местное население. В Гюнсбахе и Веймаре ему поставлены памятники.

Соч. и лит.: БМЭ, изд. 3-е; БРЭ; Носик Б. Швейцер. М., 1971.

17 января — 70 лет со дня рождения Вадима Валентиновича ПОКРОВСКОГО (1955, род. в Москве), российского инфекциониста и эпидемиолога, академика РАН, лауреата Государственной премии (2000 г.). В 1988—2001 гг. — заведующий специализированной лабораторией эпидемиологии и профилактики СПИДа Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, заместитель директора — руководитель Федерального научно-методического центра по борьбе и профилактике ВИЧ-инфекции там же (с 2001 г.). Исследования посвящены патогенезу малярии, профилактике сальмонеллезов, разработке искусственных вакцин на основе сополимеров олигосахаридов, вопросам эпидемиологии, профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции. Участвовал в создании системы эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией, разработке законодательства СССР и РФ в данной области, в разработке лекарственных препаратов и организации системы оказания медицинской помощи ВИЧ-позитивным лицам. Удостоен Премии Правительства РФ (2003).

Соч.: ВИЧ-инфекция // Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней. М., 1993. Т.2; Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. М., 1996.

Лит.: В. В. Покровский // Вестник РАМН. 2015. № 1; Деятели медицинской науки и здравоохранения — сотрудники и питомцы Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова. Биографический словарь. 1758- 2008 гг. М., 2008.

29 января — 150 лет со дня рождения Эмиля Евгения РЕСЛЕ (E.E. Roesle 1875—1962), немецкого демографа и санитарного статистика. Автор работ по вопросам естественного движения населения, изучению причин смерти населения, в частности по проблеме детской смертности. Исследования Э. Е. Ресле были положены в основу первой немецкой классификации болезней 1932 г. и использованы при пересмотрах Международной классификации болезней. С установлением фашистской диктатуры в 1933 г. был отстранен от работы как политически неблагонадежный. В 1945 г. принимал участие в организации службы здравоохранения, впоследствии вошедшей в ГДР. Популяризировал профилактическое направление советской медицины и ее достижения

Соч. и лит.: см. БМЭ, изд. 3-е.

7 апреля — 200 лет со дня рождения Николая Ивановича КАШИНА (1825—1872, род. в селе Старые Кельцы Рязанской губ.), российского врача, исследователя Восточной Сибири. Описал урловскую болезнь (болезнь Кашина-Бека) и указал на меры борьбы с ней. Научные работы посвящены краевой патологии, особенно профилактике и лечению гелминтозов, эндемического зоба, цинги, оспы и малярии, а также вопросам бальнеологии, медицинской географии, общественной гигиены и народной медицины. Уделял большое внимание влиянию условий труда, быта и климатических факторов на заболеваемость. В 1850-1860-х годах Н. И. Кашин активно участвовал в создании и работе Общества врачей Восточной Сибири в городе Иркутске — одного из первых провинциальных медицинских обществ в России.

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е изд.; Малинковский Н. Н. Н. И. Кашин. М., 1957; Филатов С. Г. Н. И. Кашин — исследователь урловской болезни // Ортопедия, травматология и протезирование. 1963, № 11; Иванова Р. К. Профилактическая направленность в трудах видного исследователя здоровья народов Восточной Сибири — Н. И. Кашина // Здоровоохранение Российской Федерации. 1974. № 3; Деятели медицинской науки и здравоохранения — сотрудники и питомцы Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова. Биографический словарь. 1758- 2008 гг. М., 2008

8 апреля — 150 лет со дня рождения Леонида Михайловича СТА-РОКАДОМСКОГО (1875—1962, род. в Саратове), российского специалиста в области морской гигиены, доктора медицины. Участник полярных морских экспедиций (по освоению Северного морского пути и др.). С 1938 по 1956 г. работал в Центральной научно-исследовательской лаборатории гигиены и санитарии на водном транспорте. Автор известных работ по вопросам морской гигиены и санитарии, гидробиологии полярных морей, нескольких руководств по судовой гигиене и санитарной технике. Имя Л. М. Старокадомского носит остров в Северном Ледовитом океане.

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е изд.; Балакирев Э. М. Л. М. Старокадомский — судовой врач, гигиенист и ученый // Гигиена и санитария, 1965. № 4; Шмаров А. А. Видный полярный исследователь и специалист в области морской гигиены // Советское здравоохранение, 1976. № 3.

15 апреля — 125 лет со дня рождения Георгия Андреевича МИТЕРЕВА (1900—1977, род. в с. Барановка Самарской губ.), советского социал-гигиениста и организатора здравоохранения. С июня 1939 г. — нарком здравоохранения РСФСР, с сентября 1939 по 1947 г. нарком (затем министр) здравоохранения

СССР. Одновременно в 1941—1945 гг. — уполномоченный Государственного Комитета Обороны. С 1947 по 1954 г. — директор Научно-исследовательского санитарно-гигиенического института им. Ф. Ф. Эрисмана. Заведующий кафедрами общей гигиены Московского фармацевтического института (1951—1958) и Первого ММИ (1958—1967 гг., ныне Первый МГМУ имени И. М. Сеченова). В 1954—1971 гг. — председатель исполкома Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. Автор научных работ, посвященных вопросам развития здравоохранения в стране, охраны окружающей среды, санитарии и гигиены.

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е изд.; Г. А. Митерев / Министры здравоохранения (Очерки истории здравоохранения России в XX веке). М., 1999; Деятели медицинской науки и здравоохранения — сотрудники и питомцы Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова. Биографический словарь. 1758- 2008 гг. М., 2008.

27 апреля — 70 лет со дня рождения Владимира Алексеевича СОЛОДКОГО (1955), специалиста в области организации здравоохранения, академика РАН, заслуженного врача России. В 1998—1999 гг. — заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации. В 2002 — 2006 гг. — заместитель президента Российской академии медицинских наук по финансово-экономическим вопросам. В 2006 г. — заместитель руководителя Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи. С 2009 г. — директор Федерального государственного учреждения «Российский научный центр рентгенорадиологии». Научные исследования посвящены проблемам управления и организации здравоохранения, формирования нормативной базы федеральных научных медицинских учреждений по программам государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, разработке современных подходов к планированию и финансированию оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению в федеральных научных медицинских учреждениях. Главный редактор журнала «Вестник РНЦРР Минздрава России».

Соч.: Современные методы диагностики туберкулеза и контроля за его лечением. (Совместно с др.). М., 2015; Дозовые нагрузки на пациентов, проходящих рентгенологические исследования (Совместно с др.). 2016; Контроль состояния организма и его систем. (Совместно с др.) М., 2016.

Лит.: В. А. Солодкий // Вестник РАМН, 2020. № 4; Деятели медицинской науки и здравоохранения — сотрудники и питомцы Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова. Биографический словарь. 1758- 2008 гг. М., 2008.

30 апреля — 175 лет со дня рождения Николая Константиновича СУДЗИЛОВСКОГО (Руссель-Судзиловский, 1850—1930, род. в Могилевской губ.), российского врача-революционера. Под фамилией Руссель жил и работал врачом за границей — в Париже, Сан-Франциско, в Японии, на Филиппинах, в Китае, а также на Гавайских островах, где, будучи избран первым президентом Сената (1901—1902), пытался провести радикально-демократические реформы, в том числе в области здравоохранения и санитарного законодательства. Автор работ по естествознанию и медицине. Предложил метод подготовки перевязочного материала, способствовавший заживлению ран. Эти разработки в годы русско-турецкой войны 1877—78 гг. он применял в военных госпиталях. Живя в последние годы жизни в Китае, получал пенсию от советского правительства.

Лит.: см. БСЭ. 3-изд.; Грицкевич В. П. Путешествия наших земляков. Минск, 1968, с. 139—170; Иосько М. Николай Судзиловский — Руссель. Жизнь, революционная деятельность и мировоззрение. Минск, 1976; Зикеев П. Д. Врачебно-общественная деятельность Н.К.Судзиловского // Клиническая медицина. 1977. № 5; Егорышева И. В., Распоркина Л. А. Русский врач — революционер Н. К. Судзиловский-Руссель // Фельдшер и акушерка. 1978. № 1.

15 мая — 75 лет со дня рождения Валерия Николаевича РАКИТСКОГО (1950, род. в г. Владимир), российского специалиста в области гигиены, токсикологии пестицидов и химической безопасности, академика РАН. В ФБУН «ФНЦГ им. Ф. Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора Валерий Николаевич работает с 1993 г. по настоящее время: заведующим лабораторией токсикологии и комплексной гигиенической регламентации пестицидов (1993—2000 гг.), директором Института гигиены, токсикологии пестицидов и химической безопасности, заместителем директора ФНЦГ по научной работе (2000—2013 гг.), с 2013 г. по 2020 год — исполняющим обязанности директора ФБУН «ФНЦГ им. Ф. Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора. В настоящее время — научный руководитель Института гигиены, токсикологии пестицидов и химической безопасности ФБУН «ФНЦГ им. Ф. Ф. Эрисмана». Внес значительный вклад в теорию гигиенического нормирования ксенобиотиков; научное обоснование концепции оценки потенциальной и реальной опасности ксенобиотиков для человека, разработку гигиенической классификации пестицидов по степени опасности. Главный редактор журнала «Гигиена и санитария»

Соч.: Комбинированное действие пестицидов и тяжелых металлов. М., 2012. (Совместно с др.); Прогностический риск токсического воздействия пестицидов на здоровье работающих // Медицина труда и

промышленная экология. 2015. № 10; Сравнительная оценка средних доз облучения населения Иркутской и Воронежской областей по данным ЕСКИД // Радиационная гигиена. 2021. №2 (Совместно с др.); Морфофункциональные критерии действия на организм факторов окружающей среды. М., 2001; Научное обоснование закономерностей и механизмов антропогенного воздействия на биосферу пресноводной экосистемы. Красноярск. 2020. (Совместно с др.).

Лит.: Ракитский В. Н. // Токсикологический вестник. 2020. № 3; В.Н.Ракитский (к 70-летию со дня рождения). Здравоохранение Российской Федерации. 2020. № 3; К 70-летию со дня рождения Валерия Николаевича Ракитского //Здоровье населения и среда обитания. 2020. № 5.

17 мая — 75 лет со дня рождения Владимира Ивановича СТАРОДУБОВА (1950, род. в Курганской обл.), российского специалиста в области общественного здоровья и здравоохранения, академика РАН, заслуженного врача РФ. В 1999 — 2020 гг. директор ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения. В 1998—1999 гг. — министр здравоохранения Российской Федерации. В 2004 — 2008 гг. — заместитель Министра здравоохранения и социального развития РФ. В 2011—2017 гг. — вице-президент РАМН. С 2017 г. — академик-секретарь Отделения медицинских наук РАН (с 2017 г.). Основные труды посвящены разработке правовых, организационно-методических и экономических аспектов реформирования российского здравоохранения; изучению медико-демографических процессов и показателей здоровья населения; научной разработке мониторинга деятельности здравоохранения в современных социально-экономических условиях, формированию модели счетов здравоохранения и аудита эффективности использования государственных ресурсов отрасли.

Соч.: Медицинское страхование. М., 1995. (Совместно с др.); Стационарозамещающие формы организации медицинской помощи. М., 2001. (Совместно с др.); Стратегия формирования и развития системы организации комплексной реабилитации детей-инвалидов в Российской Федерации. М., 2006. (Совместно с др.); Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития. М.: Медицина, 2007. (Совместно с др.); Финансирование медицинской помощи населению РФ, ориентированное на результат. М., 2007. (Совместно с др.); Эффективность использования финансовых ресурсов при оказании медицинской помощи населению Российской Федерации. М., 2007.

Лит.: 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2007; В.И.Стародубов // Вестник АМН. 2015. № 3.

12 июля — 275 лет со дня рождения Николая Яковлевича ОЗЕРЕЦКОВСКОГО (1750—1827, род. в с. Озерецком Дмитровского у. Московской губ.), российского ученого-энциклопедиста, естествоиспытателя, путешественника, академика Петербургской академии наук (1782), члена Российской академии наук. В течение 40 лет работал в Петербургской академии наук. Труды посвящены различным вопросам географии, зоологии, ботаники, минералогии, этнографии и медицины. Автор перевода и примечаний к книге швейцарского врача Тиссо «Наставление народу». Ряд работ посвящен описанию действия лекарственных растений, используемых народной медициной. Один из пионеров геронтологии, гигиены и учения о здоровом образе жизни, основные принципы которого сохранили свое значение и в настоящее время. Один из создателей русской научной медицинской терминологии. Был почетным членом Медицинской коллегии. Удостоен золотой медали Российской академии наук.

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е изд.; Шилинис Ю. А. Представления о здоровом образе жизни в трудах академика Н. Я. Озерецковского / Актуальные вопросы всеобщей диспансеризации населения. Вильнюс, 1986. С. 159.

10 августа — 175 лет со дня рождения Льва Бернгардовича БЕРТЕНСОНА (1850—1929, род. в Одессе), российского бальнеолога, гигиениста и общественного деятеля. Труды посвящены врачебно-санитарным вопросам на горных заводах и промыслах. Автор крупных бальнеологических исследований. Первым описал радиоактивность в лечебных водах и грязях. Первый преподаватель профессиональной гигиены в технических вузах (Горный институт в Петербурге). Разработал законопроекты об охране здоровья и жизни рабочих, о нормировании рабочего времени (1897), о вознаграждении рабочих за увечье (1903), о страховании рабочих. Инициатор создания «Всероссийской лиги борьбы с туберкулезом» (1910).

Соч.: см. БМЭ, изд. 2-е; Лечебные воды, грязи и морские купания в России и за границей. Классификация, химический состав. Путеводитель по лечебным местностям. 4-е изд. СПб., 1901; Радиоактивность в лечебных водах и грязях. СПб., 1914.

Лит.: см. БМЭ, изд. 2-е; Бейлихис Г. А. Вопросы гигиены труда в научной, педагогической и общественной деятельности Л. Б. Бертенсона // Гигиена труда. 1964. № 9.

28 августа — 65 лет со дня рождения Андрея Вениаминовича РЕШЕТНИКОВА (1960, род. в Новосибирске), организатора здравоохранения, одного из основоположников отечественной социологии медицины, академика РАН, заслуженного здравоохранения РФ. С 1999 г. — заведующий кафедрой эко-

номики и социологии здравоохранения ММА им. И. М. Сеченова, с 2011 года — директор НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования, с 2017 — директор Института социальных наук ФГАОУ ВО 1-го МГМУ им. И. М. Сеченова. Основные исследования посвящены вопросам изучения закономерностей формирования и сохранения здоровья различных социальных и профессиональных групп населения; решению прикладных социальных проблем здоровья; повышению эффективности социально-экономического прогнозирования и долгосрочного планирования развития системы здравоохранения. А. В. Решетников — главный редактор журнала «Социология медицины».

Соч.: Экономика здравоохранения. М., 2003; Социология медицины М., 2006; Здоровье как предмет изучения в социологии медицины. М., 2008; Медико — социологический мониторинг: руководство. М., 1913.

Лит.: Деятели медицинской науки и здравоохранения — сотрудники и питомцы Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова. Биографический словарь. 1758- 2008 гг. М., 2008.

18 октября — 100 лет со дня смерти Павла Ивановича ВОСКРЕСЕНСКОГО (1868—1925, род. в Кичинево), российского гигиениста и общественного деятеля. Работал фабричным врачом, а затем в течение 15 лет санитарным врачом в Маньчжурии на строительстве Восточно-Китайской железной дороги; в годы первой мировой войны — корпусной врач. С 1917 г. — заведующий Московской городской санитарной станцией, на базе которой в 1921 г. П. И. Воскресенский создал и возглавил Московский санитарный институт (ныне Федеральный научный центр гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана). В 1918 г. открыл первую в России Опытную пищевую станцию с хлебопекарней. Участвовал в создании пищевого законодательства (при его участии был создан Пищевой кодекс СССР). Изучил и внедрил в практику ряд дезинфекционных средств и установок.

Соч. и лит.: см. БМЭ. — 3-е изд.; Житаев В. Л. Доктор, просветитель, первый Герой труда [историко-культурный очерк. Саранск, 2014; Деятели медицинской науки и здравоохранения — сотрудники и питомцы Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова. Биографический словарь. 1758-2008 гг. М., 2008.

20 ноября — 75 лет со дня рождения Геннадия Григорьевича ОНИЩЕНКО (1950, род. в с. Чангарташ Ошской обл. Киргизской ССР) — российского эпидемиолога, академика РАН, депутат Государственной думы Федерального собрания РФ VII созыва (2016—2021), первый заместитель председателя комитета по образованию и науке (с 2016 г.).

Главный государственный санитарный врач Российской Федерации (1996—2013), руководитель Роспотребнадзора (2004—2013), заведующий кафедрой экологии человека и гигиены окружающей среды медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первого МГМУ им. И. М. Сеченова. Заслуженный врач России и Киргизии, Герой Труда Донецкой Народной Республики (2021). Внес существенный вклад в изучение эпидемиологии и организацию борьбы с особо опасными инфекциями, в том числе с геморрагическими лихорадками, ВИЧ-инфекцией, в разработку федеральных законов по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения России.

Соч.: Санитарно-эпидемическое обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях. (Совместно с др.) М., 1999; Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003 (Совместно с др.); Всесоюзные и всероссийские съезды гигиенистов и санитарных врачей. М., 2004; Энтеральные вирусные гепатиты (этиология, эпидемиология, диагностика, профилактика). (Совместно с др.). М., 2007.

Лит.: Г.Г.Онищенко // Вестник РАМН. 2015. № 11; Деятели медицинской науки и здравоохранения — сотрудники и питомцы Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова. Биографический словарь. 1758- 2008 гг. М., 2008.

28 декабря — 150 лет со дня рождения Осипа Соломоновича СОЛОМОНОВА (1875—1946, род. в

Литве), отечественного организатора здравоохранения и гигиениста. 28 лет своей жизни посвятил медицинскому обслуживанию шахтеров Донецкого бассейна. Разработал и внедрил в практику новый метод организации медико-санитарного обслуживания шахтеров, получивший широкое распространение. Предложил систему профилактических мероприятий по предупреждению заболеваемости и травматизма шахтеров.

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е изд.; Сиволоб Н. И. О. С. Соломонов // Вопросы гигиены и эпидемиологии Донбасса. Донецк, 1965; Дубров Я. Г. О. С. Соломонов // Советское здравоохранение. 1975. № 1.

175 лет со дня рождения Евстафия Михайловича ДЕМЕНТЬЕВА (1850—1918), российского санитарного врача, общественного деятеля, одного из основоположников санитарной статистики в России. Совместно с Ф. Ф. Эрисманом и А. В. Погожевым изучил и дал классическое описание санитарного состояния фабрик и заводов Московской губернии за 1879—1885 гг. Самостоятельно обследовал четыре промышленных уезда по расширенной программе. Результаты обследований обобщил в составленных им отчетах и главах «Общей сводки по санитарным исследованиям фабричных заведений Московской губернии за 1879—1885 гг.», изданных в 1890 1893 гг., а также в книге «Фабрика, что она дает населению и что она у него берет» (1893).

Соч. и лит.: см. БМЭ 3-е изд.

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

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

Статья поступила в редакцию 03.02.2025; одобрена после рецензирования 10.02.2025; принята к публикации 14.03.2025. The article was submitted 03.02.2025; approved after reviewing 10.02.2025; accepted for publication 14.03.2025.

Письмо в редакцию

Письмо в редакцию

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.029

Об ограничениях использования клинических рекомендаций и стандартов при организации и оказании медицинской помощи (письмо в редакцию)

Владимир Иванович Перхов

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

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

Аннотация. Противоречивость правовых и судебных актов, регламентирующих вопросы единообразия состава медицинской помощи разным пациентам при определённых заболеваниях, порождает напряжённость в профессиональном медицинском сообществе. Эта неразбериха питается конфликтующими между собой публикациями о пользе и ограничениях применения клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи. Ознакомившись с одной из таких публикаций, мы решили обратиться в редакцию журнала с письмом, в котором изложили некоторые актуальные и объективные причины, ограничивающие использование клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи при организации и оказании медицинской помощи.

Ключевые слова: стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации, клинико-статистические группы, расчет стоимости медицинской помощи, функции медицины и здравоохранения

Для цитирования: Перхов В. И. Об ограничениях использования клинических рекомендаций при организации и оказании медицинской помощи (письмо в редакцию) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 172—176. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.029.

Letter to the editor

Letter to the editor

About restrictions of use of clinical recommendations at the organization and delivery of health care (the letter to the editorial office)

Vladimir I. Perhov

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

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

Annotation. The discrepancy of the legal and judicial acts regulating questions of uniformity of structure of medical care to different patients at certain diseases generates tension in professional medical community. This confusion eats the publications clashing among themselves about advantage and restrictions of use of clinical recommendations and standards of medical care. Having got acquainted with one of such publications, we decided to address to the editorial office of the magazine with the letter in which we stated some relevant and objective reasons limiting use of clinical recommendations and standards of medical care at the organization and delivery of health care.

Keywords: standards of medical care, clinical recommendations, diagnosis-related groups, calculation of cost of medical care, function of medicine and health care

For citation: Perhov V. I. About restrictions of use of clinical recommendations at the organization and delivery of health care (the letter to the editorial office). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(1):172–176. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.029.

В выпуске № 1 (2024) научно-практического журнала «Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко» опубликована статья Ю. А. Ледовских на тему «Клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи как инструмент управления организацией медицинской помощи по профилю «онкология».

Актуальность этого исследования обусловлена несовершенством законодательства и противоречивостью нормативных правовых и судебных актов (имеется ввиду определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного суда Российской Федерации от 21 августа 2023 года № 16-КГ23-23-К4, содержащее указание на обязательность клинических рекомендаций), регулирующих вопросы уни-

фикации и алгоритмизации медицинской помощи, что создает и поддерживает в течении длительного времени напряженность в профессиональной медицинской среде.

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

Автор делает расчеты числа коек, лекарственных препаратов и должностей врачей-онкологов, необходимых для оказания медицинской помощи при раке желудка, а также обращает внимание, что «...перед национальными медицинскими исследовательскими центрами стоят задачи внедрения в субъектах РФ системы контроля качества медицинской помощи на основе клинических рекомендаций». В заключении автор указывает, что «Структура стандартов медицинской помощи (СМП), разработанных на основе клинических рекомендаций (КР) и утвержденных приказом Минздрава России, позволяет оценивать потребность в лекарственных препаратах и количестве коек. При этом цифровые прототипы стандартов медицинской помощи позволяют оценивать объемы медицинской помощи и потребность в медицинских кадрах, а также проводить оценку ресурсного обеспечения в разрезе условий оказания медицинской помощи, видов и методов противоопухолевого лечения. Таким образом, в настоящее время стандарты медицинской помощи, разработанные на основе КР, можно считать инструментом управления организацией медицинской помощи по профилю «онкология».

Вместе с тем, содержание рассматриваемой статьи может запутать читателя, ищущего ясность и определенность в вопросах ограничений и преимуществ применения на практике стандартов медицинской помощи (СМП), а также клинических рекомендаций (КР).

В частности, в своей статье автор ссылается на статью 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, согласно которой медицинские организации обязаны «обеспечивать оказание медицинскими работниками медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, а также создавать условия, обеспечивающие соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи» (пункт 2.1).

Однако эта норма носит двусмысленный характер, так как содержит одновременно принудительные и добровольные («на основе») условия применения КР. В соответствии с лексическими нормами, слово «на основе» означает исходя из чего-либо, опираясь на что-либо.

Из шести основных видов ресурсов, необходимых для оказания медицинской помощи (кадры, медицинское, инвентарное и прочее имущество, здания и сооружения, финансы и информация), автор выделяет только врачей-онкологов и имущество

(лекарственные препараты и койки), а для примера расчетов выбирает стандарт медицинской помощи при раке желудка, утверждённый приказом Минздрава России от 1 марта 2021 года № 144н.

В частности, автор статьи рассчитывает годовую потребность в коечных мощностях и на основе стандартизированной продолжительности случая госпитализации для лечения рака желудка (28 дней в году) и приходит к выводу, что для оказания медицинской помощи в течении одного года 100 пациентам требуется 8 коек круглосуточного стационара.

По данным формы федерального статистического наблюдения № 7 «Сведения о злокачественных новообразованиях» (предоставлена ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России) в 2021 году в России под наблюдением находилось 133,5 тыс. пациентов с раком желудка, что составляет 3,4% от общего числа пациентов со злокачественными новообразованиями (3940,5 тыс. человек). Если за каждым пациентом с раком желудка на год закрепить 8 коек круглосуточного стационара, то потребуется 10,7 тыс. коек онкологического профиля для взрослых, которых в Российской Федерации по данным формы № 30 «Сведения о медицинской организации» за 2021 год « (предоставлена ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России), всего 32,8 тыс. единиц. То есть только для лекарственного лечения рака, удельный вес которого в общей структуре локализаций злокачественных новообразований составляет всего 3,4%, согласно расчетам автора, нужно задействовать треть профильного коечного фонда страны.

Представленные в статье расчеты потребности во врачах-онкологах носят еще более абсурдный характер. Так, например, с учетом Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях¹, автор утверждает, что «исходя из рассчитанного количества коек равного 8 для проведения противоопухолевой лекарственной терапии в круглосуточном стационаре по цифровому прототипу стандарта медицинской помощи взрослым при раке желудка (диагностика и лечение) требуется 0,8 должности врача-онколога». С учетом расчетного числа коек для лечения рака желудка (10,7 тыс. коек), для проведения противоопухолевой лекарственной терапии при раке желудка потребуется 8,6 тыс. должностей врачей-онкологов, что в 1,4 раза больше, чем суммарное число штатных должностей врачей-онкологов в стационарах страны (6,3 тыс. должностей в 2021 году, данные формы № 30).

О существенном превышении затрат на оказание «стандартизированной» медицинской помощи, по сравнению с фактическими расходами, известно из ранее проведенных исследований. Причина в том, что в реальности частота назначения медикаментов и медицинских услуг меньше, чем указано в стандарте [1,2].

¹ Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях»

Общеобязательность юридических норм предполагает обеспеченность государством условий для их соблюдения. То есть утверждение органами власти «обязательных» стандартов медицинской помощи (МП) и (или) КР должно сочетаться с утверждением этими же органами нормативов финансирования медицинской помощи по каждому заболеванию, которых нет.

Фактически при формировании Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи используются средние нормативы объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по профилю «онкология», не дифференцированные по локализации рака и способам его лечения, а также коэффициенты затратноёмкости клинико-статистических групп (КСГ).

Напомним, что для обеспечения т. н. «бюджетной нейтральности» (соответствия плановой суммы бюджетных расходов плановым объемам медицинской помощи) используются нормативы финансовых затрат. Однако КСГ не несут функции финансовых нормативов не только ввиду отсутствия в Программе их денежного эквивалента, но и по причине отсутствия плановых объемов медицинской помощи, подлежащей оплате по этим КСГ. Размер базовой ставки (средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) в этой системе зависит от множества параметров и коэффициентов, но не от КР и СМП.

Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 февраля 2024 г. № 31—2/200 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования». Таким образом получается, что медицинские организации «обязаны» придерживаться СМП и КР при оказании медицинской помощи при отсутствии гарантии полной компенсации из государственных источников возникающих при этом расходов.

Более того, в соответствии с постановлением Правительства РФ от 17 ноября 2021 г. № 1968, при формировании Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи учитываются только те клинические рекомендации, которые размещены на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации. Вместе с тем, сайт, на котором размещены КР (<https://cr.minzdrav.gov.ru/>), отсутствует в перечне серверов органов власти Российской Федерации «Официальная Россия» (<http://www.gov.ru/>). То есть сайт, на котором размещены КР, не является официальным сайтом Минздрава России, следовательно, клинические рекомендации, которые размещены на этом сайте не имеют юридической силы.

Автор статьи также утверждает, что «формат представления сведений о лекарственных препаратах в стандартах медицинской помощи позволяет рассчитать потребность в противоопухолевых ЛП в разрезе нозологий», и приводит такие расчеты на примере лечения рака желудка. Оценка правильности этих расчетов требует сбора данных, которые на

отражаются в формах федерального статистического наблюдения. Видимо автор подразумевает потребность органов исполнительной власти в информации, возникающей вследствие необходимости компенсации из государственных источников затрат медицинских организаций при лекарственном лечении злокачественных новообразований. Однако стоимость лечения автор не указывает, что обесценивает эти расчеты. Любой расчет потребности в лекарственных средствах имеет практическую ценность лишь в случае определения суммы расходов. Стоит также отметить, что при решении задач, связанных с управлением здравоохранением, важнее исследовать не потребность органов исполнительной власти, а доступность для пациентов противоопухолевых препаратов.

По мнению многих исследователей стандарты медицинской помощи так и не стали инструментом конкретизации государственных гарантий медицинской помощи [3—8], а превратились в средство применения финансовых санкций к медицинским организациям со стороны страховых компаний. Отклонения от клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи экспертами страховых организаций интерпретируются как дефекты оказания медицинской помощи даже тогда, когда эти отклонения не повлияли отрицательно на состояние здоровья пациента.

Невозможность использования стандартов медицинской помощи при её оказании обусловлено самой формой этих стандартов, представляющих таблицу с указанием *усреднённых* частоты и кратности применения медицинских услуг, которые лишь в единичных случаях должны предоставляться каждому пациенту, т. е. показатель частоты предоставления медицинской услуги равен единице. Например, стандарт медицинской помощи при раке желудка содержит 63 наименования различных услуг, из них только 4 услуги назначаются всем без исключения пациентам. Средняя арифметическая частота предоставления указанных услуг составляет значение, равное 0,39. То есть теоретически, в среднем только около 39% пациентам будет оказаны все медицинские услуги, указанные в стандарте.

В действующем законодательстве содержится ряд норм, подтверждающих необязательность применения клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи, следовательно, и при её организации.

В соответствии с п. 15. статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

С 2022 года в Российской Федерации (часть 14.1 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (введена Федеральным законом от 30.12.2021

№ 482-ФЗ), распоряжение Правительства РФ от 16 мая 2022 г. № 1180-р) разрешено назначать и применять лекарственные препараты не по инструкции (off-label), в том числе при наличии противопоказаний, а также путем изменения указанного в инструкции режима дозирования, кратности применения или пути введения.

Пользователи КР должны знать, насколько они могут доверять этим рекомендациям. Однако несмотря на предложения ряд авторов по созданию в России систем оценки достоверности научных доказательств и убедительности клинических рекомендаций [9,10], такие системы не существуют, а в научной литературе отсутствуют доказательства того, что применение КР приводит к более благоприятным исходам оказания медицинской помощи, чем их неприменение.

В зарубежных странах клиницисты и пациенты используют КР в качестве источника поддержки, то есть как рекомендации, которые разрабатывались и систематически обновляются группами людей, имеющих доступ к фактическим данным и системам оценки их достоверности, а также достаточное время для размышлений [11,12].

По мнению Brichko L с соавт (2018) клинические рекомендации могут нанести вред здоровью пациента, если: при создании рекомендаций используются доказательства низкого качества; разработчики рекомендаций уделяют недостаточное внимание результатам, ориентированным на проблемы пациента; при создании рекомендаций не используется формализованная методика достижения консенсуса и положения рекомендаций зависят от авторитарного мнения одного или нескольких экспертов; если существует зависимость от устаревших рекомендаций, которые не проходят регулярный аудит для обеспечения их актуальности в клиническом контексте. Также, как считают авторы, опасно применять рекомендации на основе принципа «один размер подходит всем». В такой ситуации врачи перестают думать, подвергают пациента риску инвазивных исследований и рентгеновских методов визуализации, в итоге может применяться «чрезмерное лечение» из-за высокой частоты ложноположительных результатов и выявления сопутствующих патологий [13].

Кроме того, врач оказывает медицинскую помощь не посредством соблюдения клинических рекомендаций и стандартов, а мерой своих способностей прикладного использования знаний и умений, и — под ответственность не перед органами управления здравоохранением, а перед пациентом, если действиями врача ему причинен вред [14]. При этом органы управления здравоохранением, одобряющие клинические рекомендации и издающие стандарты медицинской помощи, не несут никакой ответственности за вред, причинённый пациенту в результате бездумного исполнения врачом этих документов.

Так как клинические рекомендации представляют собой по сути алгоритмы действий врача, стоит также затронуть проблему использования искусст-

венного интеллекта (ИИ) в медицине, фактически представляющего собой явление «черного ящика». В этом «ящике» пользователь может получить доступ только к входным и выходным данным алгоритма, но не к внутренней работе или конкретным отношениям, оцениваемым алгоритмом. Многие авторы считают, что применение ИИ чревато обесцениванием человеческого опыта и клинической интуиции [15], при этом идея автономных медицинских консультационных систем была убедительно развенчана уже концу 1980-х годов [16]. Поэтому наблюдающийся в настоящее время взрывной интерес к биомедицинским применениям ИИ воспринимается как «стрельба от бедра в собственную ногу», которая ухудшает не только квалификацию врачей, но и качество медицинского образования [17].

По нашему мнению, стандарты медицинской помощи, безусловно, можно использовать для планирования финансового обеспечения медицинской помощи на макроуровне. Однако эти расчеты до сих пор не предусмотрены законодательством. При этом представления о том, что за оказанием медицинской помощи по клиническим рекомендациям последует улучшение её качества, являются опасным миражом, так как ведут к «макдоналдизации» медицины и утрате врачами таких традиционных профессиональных ценностей, как интеллект, креативность, автономия и клиническая интуиция.

Также необходимо разделить функции медицины и здравоохранения. Основная функция врача, как субъекта медицины, — правильно поставить диагноз, выбрать оптимальную технологию лечения, правильно выполнить эту технологию и добиться максимально возможного для конкретного пациента положительного результата. Если для этого врачу недостаточного его личной компетенции, то он может обратиться к тексту клинических рекомендаций, авторам которых он доверяет. Основная функция чиновника, как субъекта здравоохранения, — создание условий для деятельности врача, а не принуждение его к строгому исполнению клинических рекомендаций.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Перхов В. И. Стандарты высокотехнологичной медицинской помощи и реальная клиническая практика. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2009;(3):21—24.
2. Бокерия Л. А. и др. Роль информационных систем в сопоставлении стандартов с реальной клинической практикой (на примере стандарта медицинской помощи больным со стабильной стенокардией). *Бюллетень НЦССХ им. АН Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания*. 2007;8(S6):333—333.
3. Карпов Р. С., Перхов В. И., Самодорская И. В. Высокотехнологичная медицинская помощь при аритмиях: стандарты и реальная практика. *Сибирский научный медицинский журнал*. 2009;(1):23—31.
4. Александрова О. Ю., Нагибин О. А. Стандарты медицинской помощи-значение понятия для конкретизации государственных гарантий бесплатности лекарственной медицинской помощи. *Менеджер здравоохранения*. 2015;(3):6—15.
5. Перхов В. И., Гречко А. В., Янкевич Д. С. Метаморфозы стандартизации медицинской помощи. *Менеджер здравоохранения*. 2017;(6):6—12.
6. Перхов В. И., Янкевич Д. С. Еще раз о стандартах медицинской помощи: кому они нужны? *Менеджер здравоохранения*. 2017;(9):59—64.

7. Перхов В. И., Горин С. Г. История со стандартами медицинской помощи. *Менеджер здравоохранения*. 2016;(10):40—45.
8. Тихонова Н. К. и др. Проблемы стандартизации здравоохранения: отношение врачей к стандартам и врачебные ошибки. *Вестник Смоленской государственной медицинской академии*. 2020;19(1):245—249.
9. Андреева Н. С. и др. Системы оценки достоверности научных доказательств и убедительности рекомендаций: сравнительная характеристика и перспективы унификации. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2012;10(4):10—24.
10. Журавлева Н. И., Шубина Л. С., Сухоруких О. А. Обзор методики оценки достоверности научных доказательств и убедительности рекомендаций, применяемых при разработке клинических рекомендаций в Российской Федерации. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2019;12(1):34—41.
11. Самородская И. В. и др. Стандарты медицинской помощи в России и США. *Менеджер здравоохранения*. 2015;(4):46—54.
12. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, Guyatt GH, Harbour RT, Haugh MC, Henry D, Hill S, Jaeschke R, Leng G, Liberati A, Magrini N, Mason J, Middleton P, Mrukowicz J, O'Connell D, Oxman AD, Phillips B, Schünemann HJ, Edejer T, Varonen H, Vist GE, Williams JW Jr, Zaza S; GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2004;328(7454):1490. DOI: 10.1136/bmj.328.7454.1490
13. Brichko L, Mitra B, Cameron P. When guidelines guide us to harm. *Emerg Med Australas*. 2018;30(6):740—742. DOI: 10.1111/1742—6723.13189
14. Мамонтов С. А., Тихомиров А. В. Медицинское сообщество и здравоохранение. *Главный врач: хозяйство и право*. 2011;(4):13—22.
15. Morris AH, Horvat C, Stagg B, Grainger DW et al. Computer clinical decision support that automates personalized clinical care: a challenging but needed healthcare delivery strategy. *J Am Med Inform Assoc*. 2022;30(1):178—194. DOI: 10.1093/jamia/ocac143
16. Miller RA, Maserie F. The demise of the Greek oracle model for medical diagnosis systems. *Methods of Information in Medicine*. 1990;(29):1—2.
17. Arora A. Shooting from the hip into our own foot? A perspective on how artificial intelligence may disrupt medical training. *Future Healthc J*. 2020;7(2):e7—e8. DOI: 10.7861/fhj. Let-7-2-4
4. Alexandrova O. Y., Nagibin O. A. Standards of the medical help value of a concept for a specification of the state guarantees of free of charge medicinal medical care. *Manager of health care. [Menedzher zdravoohraneniya]*. 2015;(3):6—15 (in Russian).
5. Perkhov V. I., Grechko A. V., Yankevich D. S. Metamorphoses of standardization of medical care. *Manager of health care. [Menedzher zdravoohraneniya]*. 2017;(6):6—12 (in Russian).
6. Perkhov V. I., Yankevich D. S. Once again about standards of medical care: to whom are they necessary? *Manager of health care. [Menedzher zdravoohraneniya]*. 2017;(9):59—64 (in Russian).
7. Perkhov V. I., Gorin S. G. Story with standards of medical care. *Manager of health care. [Menedzher zdravoohraneniya]*. 2016;(10):40—45 (in Russian).
8. Tikhonova N. K., etc. Problems of standardization of health care: relation of doctors to standards and medical errors. *Bulletin of the Smolensk state medical academy. [Vestnik Smolenskoj gosudarstvennoj medicinskoj akademii]*. 2020;19(1):245—249 (in Russian).
9. Andreyeva N. S., etc. Systems of assessment of reliability of scientific proofs and persuasiveness of recommendations: comparative characteristic and prospects of unification. *Medical technologies. Assessment and choice. [Medicinskie tekhnologii. Ocenka i vybor]*. 2012;10(4):10—24 (in Russian).
10. Zhuravlev N. I., Choubin L. S., Sukhoruky O. A. The overview of techniques of assessment of reliability of scientific proofs and persuasiveness of the recommendations applied when developing clinical recommendations in the Russian Federation. *Pharmakoekonomika. Modern farmakoekonomika and farmakoepidemiologiya. [Farmakoekonomika. Sovremennaya farmakoekonomika i farmakoepidemiologiya]*. 2019;12(1):34—41 (in Russian).
11. Samorodskaya I. V., etc. Standards of medical care in Russia and the USA. *Manager of health care. [Menedzher zdravoohraneniya]*. 2015;(4):46—54 (in Russian).
12. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, Guyatt GH, Harbour RT, Haugh MC, Henry D, Hill S, Jaeschke R, Leng G, Liberati A, Magrini N, Mason J, Middleton P, Mrukowicz J, O'Connell D, Oxman AD, Phillips B, Schünemann HJ, Edejer T, Varonen H, Vist GE, Williams JW Jr, Zaza S; GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2004;328(7454):1490. DOI: 10.1136/bmj.328.7454.1490
13. Brichko L, Mitra B, Cameron P. When guidelines guide us to harm. *Emerg Med Australas*. 2018;30(6):740—742. DOI: 10.1111/1742—6723.13189
14. Mamontov S. A., Tikhomirov A. V. *Medical community and health care. Chief physician: economy and right. [Glavnyj vrach: hozyajstvo i pravo]*. 2011;(4):13—22 (in Russian).
15. Morris AH, Horvat C, Stagg B, Grainger DW et al. Computer clinical decision support that automates personalized clinical care: a challenging but needed healthcare delivery strategy. *J Am Med Inform Assoc*. 2022;30(1):178—194. DOI: 10.1093/jamia/ocac143
16. Miller RA, Maserie F. The demise of the Greek oracle model for medical diagnosis systems. *Methods of Information in Medicine*. 1990;(29):1—2.
17. Arora A. Shooting from the hip into our own foot? A perspective on how artificial intelligence may disrupt medical training. *Future Healthc J*. 2020;7(2):e7—e8. DOI: 10.7861/fhj. Let-7-2-4

REFERENCES

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

Статья поступила в редакцию 30.05.2024; одобрена после рецензирования 18.11.2024; принята к публикации 14.03.2025.
The article was submitted 30.05.2024; approved after reviewing 18.11.2024; accepted for publication 14.03.2025.