

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФГБОУ ВО «ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМ. АКАД. И.П. ПАВЛОВА» МИНЗДРАВА РФ  
ГБУ «САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ  
ИМ. И.И. ДЖАНЕЛИДЗЕ»**

**ПРОБЛЕМЫ ГОРОДСКОГО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ВЫПУСК 25**

**Сборник научных трудов под редакцией  
з.д.н. РФ, д.м.н., профессора Н.И. Вишнякова,  
д.м.н., профессора И.М. Барсуковой**

**Санкт-Петербург  
2020**

**УДК 614.2 (-2)**  
**ББК 5 1.1 (2) я4**  
**В-55**

**Редакционная коллегия:** з.д.н. РФ проф. **Н.И. Вишняков** (отв. редактор); д.м.н., проф. **И.М. Барсукова** (отв. редактор); д.м.н., проф. **Л.В. Кочорова**; д.м.н. проф. **Е.Н. Пенюгина**; д.м.н., проф. **К.С. Клюковкин**; д.м.н. проф. **К.И. Шапиро**; д.м.н. проф. **О.В. Емельянов**; к.м.н. доц. **М.В. Окулов**; к.м.н. доц. **Н.Ю. Смирнова**; асс. **А.А. Козырев** (технич. редактор), асс. **Р.Ю. Ротарь**.

**Рецензент:** заведующий кафедрой общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Университет» Минздрава РФ, з.д.н. РФ, д.м.н., проф. **В.К. Юрьев**.

**Вишняков Н.И., Барсукова И.М.**

**В-55** Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 25: Сборник научных трудов /Под ред. з.д.н. РФ д.м.н. проф.

**Н.И. Вишнякова**, д.м.н. проф. **И.М Барсуковой** – СПб.: 2020. — 248 с.

ISBN 978-5-88999-709-2

25 выпуск сборника научных трудов «Проблемы городского здравоохранения» подготовлен авторским коллективом кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ и ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе».

В сборнике представлены статьи, посвященные актуальным проблемам отечественного здравоохранения, касающимся: здоровья населения, реформирования первичного звена здравоохранения, специализированной медицинской помощи, обеспеченности населения квалифицированными медицинскими кадрами.

Сборник предназначен для руководителей органов управления здравоохранением и медицинских организаций, научных сотрудников, клинических ординаторов и аспирантов медицинских вузов и НИИ, студентов старших курсов медицинских вузов, а также для всех практических врачей, интересующихся рациональным решением самых разнообразных проблем современного здравоохранения.

**УДК 614.2 (-2)**  
**ББК 5 1.1 (2) я4**

**ISBN 978-5-88999-709-2**

## Содержание

---

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	10
ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ 2020 ГОДА.....	11
Блокадные годы	
Ленинградского института скорой помощи.....	11
<i>Н.К. Разумова, И.М. Барсукова, И.Н. Ершова</i>	
60 Лет Санкт-Петербургскому Институту усовершенствования врачей-экспертов: история и современность.....	16
<i>В.Г. Помников, Л.А. Карасаева</i>	
К юбилею профессора Разумовского	
Михаила Израилевича.....	20
<i>О.Н. Владимирова, И.С. Ишутина, В.Г. Помников</i>	
К 80-летию юбилею Олега Александровича Гусева.....	24
<i>В.В. Стожаров, М.В. Окулов</i>	
К юбилею заслуженного деятеля науки Российской Федерации, профессора Вишнякова Николая Ивановича.....	27
<i>К.И. Шапиро, Л.В. Кочорова, Н.К. Соловьева</i>	
К 50-летию профессора Клюковкина	
Константина Сергеевича.....	30
<i>Н.И. Вишняков, Р.Ю. Ротарь</i>	
К юбилею профессора Стожарова	
Вадима Владимировича.....	32
<i>Е.Н. Пенюгина, Н.Ю. Смирнова, А.А. Козырев</i>	
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ..	35
Гендерные особенности распространенности факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний среди городского населения.....	35
<i>О.О. Захарченко, Д.С. Терентьева, Н.А. Дзюба, Л.И. Меньшикова</i>	
Медико-демографическая ситуация в Дальневосточном федеральном округе Российской Федерации.....	40
<i>А.С. Васильев, Г.М. Пивоварова</i>	

Сравнительная характеристика смертности населения от употребления алкоголя в Российской Федерации и Северо-Западном федеральном округе в динамике за 2013–2018 годы.....	45
<i>В.Н. Филатов, Г.М. Пивоварова, С.Е. Белоусова</i>	
Особенности динамики браков и разводов среди населения Российской Федерации за период 2008–2018 годы.....	49
<i>В.Н. Филатов, Г.М. Пивоварова, А.В. Балабышев, А.В. Мельник</i>	
О реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» национального проекта «Здравоохранение».....	55
<i>И.М. Барсукова, Н.И. Вишняков</i>	
Болезни системы кровообращения как медико-социальная проблема в Оренбургской области.....	59
<i>А.Н. Дуйсембаева, А.Р. Айбулатова, Е.Л. Борщук</i>	
Стандартизированные показатели смертности населения от болезней системы кровообращения на примере Оренбургской области.....	63
<i>А.Н. Дуйсембаева, Е.Л. Борщук</i>	
Заболеваемость органов дыхания у взрослого населения Санкт-Петербурга.....	68
<i>А.В. Ермак, К.И. Шапиро</i>	
Современные представления о политравме и травматической болезни (обзор литературы).....	73
<i>А.И. Махновский, О.Н. Эргашев, И.М. Барсукова</i>	
К вопросу правовой природы принудительных медицинских мер при заболеваниях, представляющих опасность для окружающих.....	78
<i>Е.Ю. Тявокина, И.М. Барсукова, И.А. Вознюк, Н.П. Седых</i>	
Формирование здоровьесберегающего поведения на промышленном предприятии.....	83
<i>В.Е. Бедарева, Ж.Л. Варакина</i>	
Медико-социальная характеристика онкологических больных.....	87
<i>Ш.Д. Харбедия, Н.Л. Малютина</i>	

Качество жизни пациентов с местно-распространенным раком поджелудочной железы на фоне паллиативной лучевой терапии с применением внутриартериальной химиотерапии. Опыт ФГБУ РНЦРХТ имени академика А.М. Гранова.....	91
<i>В.Е. Моисеенко, Л.В. Кочорова, А.В. Павловский, С.А. Попов, Д.А. Гранов</i>	
Определение non transferrin bound iron: актуальный шаг в организации диагностики и лечения тяжелого полиорганного поражения при COVID-19.....	96
<i>А.Н. Лодягин, И.А. Шикалова, О.Л. Балабанова, Б.В. Батоцыренов, И.А. Вознюк, Л.П. Пивоварова, И.М. Барсукова</i>	
Нарушение метаболизма эндогенного железа как фактор тяжелого течения COVID-19.....	100
<i>А.Н. Лодягин, И.А. Шикалова, О.Л. Балабанова, Б.В. Батоцыренов, И.А. Вознюк, И.М. Барсукова</i>	
ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ.....	105
О надзоре за фальсифицированной пищевой продукцией и мерах профилактики.....	105
<i>Л.В. Белова, Т.Ю. Пилькова, Е.С. Варламова</i>	
Подходы к оптимизации проведения лучевых обследований молочных желез при диспансеризации.....	108
<i>Б.А. Минько, Е.А. Строгонов</i>	
Вопросы организации эффективной профилактики рака шейки матки.....	112
<i>А.Е. Чернобровкина</i>	
ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ И ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ.....	117
Кадровый потенциал службы анестезиологии и реаниматологии в условиях распространения новой коронавирусной инфекции.....	117
<i>К.С. Клюковкин, М.В. Окулов, С.А. Кожин</i>	

Медико-социальный портрет медицинского работника среднего звена городской больницы субъекта Российской Федерации (на примере г. Калининграда).....	121
<i>С.И. Кузьменко</i>	
Оценка матерями отношения медицинского персонала детских многопрофильных стационаров к новорожденным.....	125
<i>Е.Н. Березкина</i>	
Профессиональная характеристика участковых врачей-педиатров.....	128
<i>А.В. Алексеева</i>	
Оценка условий и отношения к профессиональной деятельности врачей-неонатологов детских многопрофильных стационаров.....	131
<i>Е.Н. Березкина</i>	
Роль курсовой работы в формировании профессиональных компетенций по дисциплине «общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» у студентов лечебного и педиатрического факультетов.....	133
<i>Н.И. Вишняков, О.А. Гусев, Е.Н. Пенюгина, М.В. Окулов</i>	
Анализ уровня конфликтности у обучающихся по профилю «Сестринское дело».....	137
<i>И.В. Додонова</i>	
<b>АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ</b>	
<b>ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА.....</b>	
<b>142</b>	
Возрастные особенности пациентов с диагнозом акушерско-гинекологического профиля в стационаре скорой медицинской помощи.....	142
<i>И.В. Ким, И.М. Барсукова, Е.Н. Пенюгина</i>	
Оценка заболеваемости детей первого года жизни, проживающих в мегаполисе.....	145
<i>А.В. Алексеева, Г.Н. Гаврилин, К.Е. Моисеева, В.А. Глушченко</i>	
Оценка родителями этапа подготовки к реабилитации в стационаре.....	149
<i>В.В. Соколова, Ю.С. Кузина</i>	

Система ранней помощи в России: первые шаги сделаны.....	152
<i>Е.М. Старобина, В.В. Лорер, О.Н. Владимирова</i>	
Профилактика COVID-19 у несовершеннолетних правонарушителей как часть медико-социальной реабилитации.....	156
<i>Л.А. Карасаева, О.В. Карпатенкова</i>	
Основные причины неудовлетворенности матерей новорожденных условиями пребывания в перинатальном центре.....	160
<i>К.Е. Моисеева, Ш.Д. Харбедия, В.А. Глуценко</i>	
Основные причины неудовлетворенности матерей условиями пребывания новорожденных в родильных домах.....	163
<i>К.Е. Моисеева</i>	
<b>ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ.....</b>	<b>167</b>
Проблемы модернизации первичной медико-санитарной помощи в крупном городе.....	167
<i>Е.Н. Пенюгина, А.О. Емельянов, Р.Ю. Ротарь, Р.А. Догот</i>	
Первичная врачебная помощь сегодня: организация, проблемы, пути решения.....	171
<i>С.И. Кирпичников, Е.О. Овчинникова</i>	
О тревожных тенденциях в развитии больничного дела в современной России.....	176
<i>Е.Н. Пенюгина, Н.Ю. Смирнова, Н.Н. Лукогорская, А.А. Козырев, А.Т. Берозашвили</i>	
К вопросу повышения доступности и качества специали- зированной офтальмологической помощи для пациентов с заболеваниями роговицы.....	181
<i>Л.В. Кочорова, П.И. Константинова</i>	
Анализ экстренной и неотложной хирургической помощи в Санкт-Петербурге в 2017–2019 годах.....	184
<i>И.М. Барсукова, А.Е. Демко, Н.А. Сизоненко, П.П. Лукьянюк</i>	

Оценка онкологических пациентов организации лечения в федеральных медицинских клиниках.....	190
<i>С.Ю. Ломаков, А.Е. Чернобровкина</i>	
Особенности потока пациентов акушерско-гинекологического профиля в многопрофильный стационар скорой медицинской помощи.....	193
<i>И.В. Ким, И.М. Барсукова</i>	
Модель диабетологического центра на принципах государственно-частного партнерства.....	196
<i>Д.Ю. Усанов, А.А. Осипов, Ш.Д. Харбедия, А.В. Алексеева, Л.В. Никонова</i>	
Перспективы применения лекарственных препаратов при оказании расширенной первой помощи.....	201
<i>А.И. Махновский, З.А. Зарипова, И.М. Барсукова</i>	
Медико-социальная характеристика пациентов, обратившихся за консультативной помощью к оториноларингологу.....	204
<i>Л.Н. Стрижакова, М.В. Смекалёнкова</i>	
Организационно-правовые основы военно-врачебной экспертизы.....	208
<i>О.Н. Петрова, А.А. Нурова</i>	
Критерии оценки уровня сопровождения в процессе трудовой деятельности граждан, страдающих психическими расстройствами.....	212
<i>Е.М. Старобина</i>	
Место заболеваний периферических артерий в общей структуре оказания первичной медико-санитарной помощи.....	216
<i>А.Ю. Апресян</i>	
<b>ПРОБЛЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ, САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ПОМОЩИ.....</b>	<b>218</b>
Проблемы статистического учета международных параметров инвалидности в России.....	218
<i>Г.Н. Пономаренко, О.Н. Владимирова, А.В. Шошмин, К.Н. Рожко</i>	

Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения Санкт-Петербурга в 2015–2019 гг.....	221
<i>Е.В. Кароль, Н.В. Попова, Ю.И. Кузнецова, Е.А. Белавина, М.А. Мальцева</i>	
Анализ показателей инвалидности в Российской Федерации.....	226
<i>О.Н. Владимирова, В.П. Шестаков, А.А. Свинцов, Т.С. Чернякина, О.Е. Колюка</i>	
Первичная и повторная инвалидность, результаты медицинской реабилитации.....	230
<i>О.Е. Колюка, О.Н. Владимирова, Р.К. Кантемирова, З.Д. Фидарова, В.В. Жукова, Е.А. Богданов</i>	
Медицинская помощь инвалидам: анализ потребности и удовлетворенности.....	235
<i>Я.С. Рочева, О.Н. Владимирова, Р.К. Кантемирова, Т.С. Чернякина, О.Е. Колюка, З.Д. Фидарова</i>	
Потребность инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации (на примере Санкт-Петербурга).....	240
<i>М.В. Горяйнова, И.В. Горяйнов</i>	
Использование информационно-аналитической системы с целью учета потребностей в физической и информационной доступности экспертных, реабилитационных и ситуационных услуг инвалидов.....	244
<i>И.Р. Мясников</i>	

## ПРЕДИСЛОВИЕ

---

В 25 выпуске сборника научных трудов «Проблемы городского здравоохранения» представлены результаты современных исследований по основным разделам общественного здоровья и организации здравоохранения. Первый раздел традиционно посвящен юбилейным датам. Пандемия новой коронавирусной инфекции (Covid-19) под знаком которой проходил весь 2020 год, профилактика, методы борьбы с этой инфекцией, выявили целый ряд острых проблем в организации работы разных служб и учреждений здравоохранения, всей отрасли здравоохранения в предыдущие годы.

В данном сборнике выделен раздел, посвящённый проблемам инвалидности и реабилитации инвалидов. Эти и многие другие проблемы необходимо тщательно и планомерно изучать, анализировать и принимать адекватные меры для совершенствования системы здравоохранения. Редакция благодарит всех авторов статей и надеется на дальнейшее сотрудничество.

**Редакция.**

**БЛОКАДНЫЕ ГОДЫ ЛЕНИНГРАДСКОГО ИНСТИТУТА  
СКОРОЙ ПОМОЩИ**

Н.К. Разумова, И.М. Барсукова, И.Н. Ершова

*ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи  
им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия*

*В год 75-летнего юбилея Великой Победы*

В связи с юбилейной датой — 75-летием Победы в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. представляем незабываемые исторические страницы героизма и мужества жителей города Ленинграда, которые жили и боролись в кольце врага (08.09.1941 г. – 27.01.1944 г.) в условиях бомбежек, артобстрелов, холода и голода. В едином порыве, мобилизовав все свои силы, город-герой встал на пути врага. Вместе со всеми работал и боролся Ленинградский институт скорой помощи. Основными материалами стали архивные данные ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе».

С первых дней войны Ленинградский институт скорой помощи превратился в госпиталь. Сотрудники приступили к подготовке приема раненых — начали разворачивать дополнительные койки, выписывать ходячих больных домой, на лечении оставались только тяжелые пациенты. Первых пострадавших от бомбежки города институт принял под вечер 19.09.1941 г. При взрыве бомб в Новой Деревне их доставили из-под груды развалин окровавленных, обсыпанных землей и штукатуркой. Хирурги во главе с профессором И.И. Джанелидзе сразу включились в работу — пострадавшие требовали оперативного лечения. Во время работы поблизости разорвалась бомба, но все сохраняли внешнее спокойствие и продолжали работу. Вскоре больными и ранеными были заполнены все отделения института.

В июне 1941 года многие врачи и медицинские сестры были призваны в действующую армию. К концу 1941 г. в институте осталось 13 врачей: 11 хирургов, 2 терапевта, рентгенолог и лаборант. В это тяжелое время в институте работали: Пчелина Е.А.,

Хомутова А.П., Каменчик М.Г., Леонович Н.В., Деминская Н.И., Шепелева А.Н и многие другие.

В результате бомбежек и артиллерийских обстрелов в городе были разрушены многие здания, вышли из строя трубы центрального отопления, водопровод и канализация, не стало электрического освещения. Когда от морозов лопнули радиаторы парового отопления, приходилось разбирать на дрова для импровизированных печек-«буржук» находящиеся поблизости деревянные заборы, разрушенные деревянные постройки.

Врач-рентгенолог Е.А.Пчелина вспоминает, что однажды в своей любимой операционной профессор И.И. Джанелидзе оперировал профессора Казарновскую, которая была ранена осколком разорвавшегося снаряда на ул. Мира по пути на работу в Институт им. Пастера. В момент операции раздался оглушительный грохот, разбитые стекла заполнили операционную — напротив института было сброшено несколько бомб, со стен и потолка посыпалась штукатурка. Операционное поле было прикрыто склонившимися над ним хирургами. После смены халатов и белья операция была благополучно продолжена.

С прекращением подачи электричества пришлось освещать госпитальные палаты и коридоры самодельными переносными светильниками «пчелками», которые были названы в честь его изобретателя — врача-рентгенолога Е.А.Пчелиной. «Светильник» изготавливался из стеклянной банки, на дно которой насыпался песок. В банку помещали пузырек с вазелиновым или касторовым маслом; фитиль изготавливался из марли. К банке прикрепляли проволочную или веревочную ручку, как у ведра. Это позволяло переносить «светильник» и ходить с ним по коридору, палатам и неосвещенным лестницам. Одна из таких «пчелок» находилась на вооружении дежурного врача и передавалась на дежурстве под расписку. Но даже таких светильников в институте не хватало, и иногда приходилось пользоваться лучиной, свечей почти не было. Не было и спичек. Огонь высекали из пеньковой веревочки, кремня и куска металлического напильника. Больше всего из-за отсутствия достаточного освещения страдали приемное отделение и операционная. В феврале 1942 года удалось поставить аккумулятор, и операции стали производиться при свете 8-ми ваттной лампочки, свет которой, по сравнению с горящей свечей и светильником, казался ослепительным.

После повреждения водопровода возникли большие проблемы с водой. Воду брали из реки Карповки, носили ее в тяжелых бидонах не только для питания, но и заполнения труб отопительной системы, чтобы не дать возможности окончательно замерзнуть всем трубам. Сестры и нянечки поднимали этот тяжелый груз по крутым лестницам на 7 этаж. В катастрофическом положении институт оказался из-за недостатка чистого белья. Нянечкам приходилось стирать белье вручную и сушить его в темном сыром холодном подвале. Больным по месяцу не меняли белье. Санобработка поступивших в приемное отделение не производилась. Больные, как правило, направлялись в отделение в собственной одежде, нередко со своими одеялами.

К холоду и плохому освещению вскоре присоединился голод. Больным и раненым в госпиталях дополнительно выдавалось 450 г супа и 200 г каши, которая была чуть гуще супа. При закладке продуктов на кухне и раздаче питания на отделениях всегда присутствовали больные или раненые, тарелки с кашей часто взвешивались в присутствии одного из больных. Иногда сверх нормы выдавались соевые или шпротовые котлеты, соевое молоко и витамин «С» в виде соснового экстракта. Завершало еду вылизывание языком тарелки. Мыть и менять посуду было не просто. Этим примером пользовались все, независимо от социального положения, в больницах и столовых, куда прикреплялось население.

Особенно трудной была зима 1941–1942 гг. Изменился профиль поступающих в госпиталь больных. Теперь это были, в основном, раненые с повреждениями легких и плевры, живота, конечностей, а также с ожогами и отморожениями. Относительно редко поступали больные с диагнозом «острый живот». При этом довольно много было больных с ущемленной грыжей. Как правило, это были ущемления многосуточной давности (до 17 суток), так как больные, ослабленные голодом и болезнью, были не в состоянии ни вызвать врача, ни добраться до поликлиники. Летальность была чрезвычайно высокой и достигала 30%.

Высокая летальность была и среди раненых осколками снарядов и авиабомб. Гнойная инфекция на фоне дистрофии принимала тяжелое течение. Любой воспалительный процесс на конечностях, особенно нижних, осложнялся обширным некрозом кожи. Нередко приходилось прибегать к ампутации, часто развивался сепсис со смертельным исходом. Из отчета о лечебной деятельности ин-

ститута за 1941 год видно, что при всех видах заболеваний летальность во втором полугодии 1941 года возросла почти в 3 раза.

Однако, следует отметить, что лекарственными препаратами, перевязочным материалом институт был обеспечен достаточно хорошо. Одним из методов лечения, которым широко пользовались, было переливание крови. Даже в самые холодные и тяжелые месяцы зимы 1941–1942 года институт бесперебойно снабжался консервированной кровью. Санитарки приемного отделения или курьер пешком, нередко в стужу и вьюгу, отсиживаясь в укрытиях при обстрелах и воздушной тревоге, доставляли кровь из института переливания крови со 2-ой Советской улицы на Большой проспект, 100 (Петроградской стороны), где находился Институт скорой помощи. Во избежание резкого охлаждения крови, был изготовлен специальный футляр, утепленный ватой, и кровь в институт доставлялась в хорошем состоянии.

Персонал института, как и все жители города, мужественно переживали период блокады. Но они работали и постоянно поддерживали связь с Большой Землей, в том числе с профессором И.И. Джанелидзе, который в это время находился в г. Кирове, куда была эвакуирована Военно-морская медицинская академия. Несмотря на огромную нагрузку, он отслеживал работу института и был на связи. Приезжая в Ленинград, И.И. Джанелидзе всегда посещал институт, консультировал и оперировал тяжелых больных.

Сотрудники института в блокадные годы и весь период войны стойко переносили все невзгоды и тяготы. Коллектив учреждения в этот тяжелый период представлял собой сплоченную семью, члены которой, независимо от должности, удивительно тепло, с любовью и заботой относились друг к другу. Случайный приезд в институт с фронта любого из его бывших сотрудников воспринимался как праздник.

За 1941–1942 гг. в институте при сокращенном штате получили лечение более 2-х тысяч раненых, выполнено более 550 операций. В труднейших условиях военного времени, помимо напряженной лечебной работы, сотрудники института не забывали и о научных исследованиях. 19–20 сентября 1942 года по инициативе института была проведена городская научно-практическая конференция, на которой были представлены доклады М.В. Красносельского, М.Г. Каменчик, Д.А. Лемберг, В.М. Равчени, А.П. Хомутовой, отражавшие различные аспекты лечения раненых в грудь. В 1943

году сотрудники института выезжали на конференцию военных рентгенологов в город Вологду. Всего за годы войны в институте было выполнено 57 научных работ, большинство из них было посвящено вопросам диагностики и лечения огнестрельных ранений груди.

01.08.1944 г. профессор И.И. Джанелидзе вернулся в Ленинград, в институт, в котором продолжал оставаться заместителем директора по научно-исследовательской работе. В марте 1945 года Указом Президиума Верховного Совета СССР за выдающиеся заслуги в деле развития советской хирургии и улучшении хирургической помощи в лечебных и учебных заведениях, на действующих флотах и флотилиях в период Великой Отечественной войны Главному хирургу Военно-Морского флота генерал-лейтенанту медицинской службы, действующему члену Академии медицинских наук, Заслуженному деятелю науки профессору И.И. Джанелидзе присвоено звание Героя Социалистического труда.

Работа Ленинградского института скорой помощи, как научного учреждения, возобновилась в конце Великой Отечественной войны, когда распоряжением СНК СССР от 06.04.1945 г. № 5697 институт получил новый статус и стал называться Ленинградским научно-исследовательским институтом скорой помощи.

Заведующая рентген-кабинетом Е.А. Пчелина в те годы писала:

Мы знаем, Вам, герои Ленинграда,  
Достался трудный, страшный год  
– Год исторической Блокады  
Когда спасали Вы народ.

От голода теряя силы,  
Едва передвигая ноги,  
В бидонах воду Вы носили,  
Жизнь возвращали многим.

Когда замерзший институт  
Светил едва коптилкой тусклой,  
Ваш благородный нужный труд  
В те годы был с тройной нагрузкой.

Усталости не замечали,  
Нужны Вы были каждый час,  
И теплым словом согревали  
Больных и раненых не раз.

Все прожито, но не забыто,  
Не сметено ничто, не смыто ...  
Тех дней блокадных и ночей  
Не вычеркнуть рукой ничьей!

**60 ЛЕТ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОМУ ИНСТИТУТУ  
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-ЭКСПЕРТОВ:  
ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ**

В.Г. Помников, Л.А. Карасаева

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт  
усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда и соцзащиты  
России, Санкт-Петербург, Россия*

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации является единственным учреждением дополнительного профессионального образования, которое занимается послевузовской подготовкой, профессиональной переподготовкой и повышением квалификации врачебных кадров, а также других специалистов, работающих в системе социальной защиты населения Российской Федерации.

В 1960 г. в Ленинграде был основан Институт специализации врачей-экспертов (ИСВЭ). Структура, организация и задачи поставленные перед коллективом института, были определены приказом Министерства социального обеспечения РСФСР № 170 от 30 августа 1960 г.

Создание 60 лет назад учебного заведения подобного типа было исключительно важным для успешного развития врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ) и социального обеспечения в нашей стране.

Инициатором создания института был директор Ленинградского НИИ экспертизы трудоспособности и организации тру-

да инвалидов (ЛИЭТИН) к.м.н., доцент Маккавейский Павел Алексеевич, который был ректором ИСВЭ, затем — ЛИУВЭКа. С позиций сегодняшнего дня основные показатели учебной деятельности ИСВЭ за десять лет были довольно скромными. С 1960–1970 гг. в нем было подготовлено около 700 врачей-экспертов. Однако, для дальнейшего развития службы ВТЭ России, в которой подавляющее число врачей-экспертов было совместителями, это имело существенное значение. Так, если в 1962 г. во всех ВТЭК на основной работе работало только 11,2% врачей, то на 1 января 1970 г. их было 33,4%.

В 1984 г. ректором института становится к.м.н., доцент Велесов Виктор Иванович. Основным направлением деятельности института было последипломное образование врачебных кадров, которое проводилось по вопросам ВТЭ, медицинским основам протезирования, медико-социальному обслуживанию инвалидов и престарелых в домах-интернатах. За 25 лет работы институтом было подготовлено более 10 тыс. врачей для системы социального обеспечения страны.

В 70-е годы прошлого века в институте вводится ординатура и аспирантура, со второй половины 70-х годов выполняются научно-исследовательские работы в области эпидемиологии и статистики инвалидности, организации и методологии врачебно-трудовой экспертизы, социально-трудовой реабилитации инвалидов и т.п.

В 1992 г. институт был передан в ведение вновь образованного Министерства социальной защиты населения Российской Федерации. В 1994 г. ЛИУВЭК одним из первых среди вузов страны получил лицензию на образовательную деятельность в сфере дополнительного профессионального образования.

В 1995 г. институт был переименован в Санкт-Петербургский Институт усовершенствования врачей экспертов (СПБИУВЭК), в 1996 г. ректором назначается доктор медицинских наук, профессор Коробов Михаил Васильевич. Изменения в названии института и его ведомственной подчиненности по времени совпали с принятием в 1995 г. Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ, реорганизацией ВТЭ в государственную службу медико-социальной экспертизы (МСЭ), внедрением в деятельность врачей-экспертов новых критериев и принципов МСЭ.

С 2012 г. по настоящее время ректором института является д.м.н., профессор Помников Виктор Григорьевич.

Следует отметить, что за прошедшие 60 лет неуклонно увеличивалось число слушателей: учебно-производственный план института в 2000 г. составлял 1000 слушателей, начиная с 2005 г. — 1500 и более слушателей в год. Только за последние 5 лет в институте прошли подготовку, переподготовку и повышение квалификации по вопросам МСЭ и реабилитации почти 8 тыс. специалистов МСЭ, на выездных циклах обучились более 2000 слушателей.

За 60-летний период деятельности в ИСВЭ–ЛИУВЭКа–СПБИ–УВЭКа прошли подготовку и повысили квалификацию более 36 тыс. слушателей, основную часть которых составили врачи и специалисты учреждений МСЭ. Система последипломного образования врачебных кадров в институте включает следующие направления и виды обучения:

– **послевузовское профессиональное образование**, в том числе:  
- **интернатура** (первичная специализация), с 2017 г. **ординатура** по основным врачебным специальностям: терапии, хирургии, неврологии, психиатрии, педиатрии, детской психиатрии и др. с основами МСЭ для выпускников медицинских вузов и врачей, которым необходимо подтвердить или изменить основную специальность;  
- ординатура по специальности «медико-социальная экспертиза»;  
- **аспирантура** по основным медицинским научным специальностям, в том числе специальности «медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация», «общественное здоровье и здравоохранение»;

– **дополнительное профессиональное образование**, в том числе: **профессиональная переподготовка** по специальностям «организация здравоохранения и общественное здоровье», «медико-социальная экспертиза», «восстановительная медицина», «рефлексотерапия» и др., требующим дополнительной подготовки в объеме более 500 учебных часов;

– **повышение квалификации** руководителей, врачей и других специалистов (психологов, специалистов по социальной работе, медицинских сестер, техников-протезистов и др.), работающих в учреждениях МСЭ, реабилитации и социального обслуживания инвалидов, на протезно-ортопедических предприятиях, по актуальным и избранным вопросам основной врачебной специальности, специальности «медико-социальная экспертиза», а также

вопросам медико-социального обслуживания в стационарных и нестационарных учреждениях социальной защиты населения, медицинским и техническим вопросам протезирования;

– **курсы информации и стажировка**, в том числе стажировка на рабочем месте по освоению врачами новых технологий и методов работы по специальности.

За годы существования института профессорско-преподавательским составом выполнено более 150 научно-исследовательских тем в рамках планов научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ Министерств и ведомств, являющихся учредителями института, федеральных и региональных целевых программ, а также планов НИР института, востребованных учреждениями социальной сферы. По их результатам выпущено 8 сборников научных работ, подготовлено и защищено более 90 диссертаций, в том числе 19 докторских. Сотрудниками института опубликовано 52 монографии, 35 руководств и учебников, более 300 учебных и учебно-методических пособий, 112 обзорных и экспресс-информаций, 86 методических рекомендаций, а также более 1700 статей и более 3000 тезисов докладов в материалах национальных и международных конгрессов, съездов и конференций, на которых ими сделано более 980 научных докладов.

Ученые института внесли существенный вклад в разработку актуальных вопросов клинической медицины, медико-социальной экспертизы, реабилитации, протезирования и медико-социального обслуживания инвалидов и престарелых. Среди них следует отметить: профессоров Макарова А.Ю., Карпова Л.Н., Горелова Ф.И., Скляренко Р.Т., Коробова М.В., Помникова В.Г., Войтенко Р.М., Кейера А.Н., Тарасова А.Н., Петрова М.Н., Попова С.Е., Лесогора В.М., Шостку Г.Д., Пронину Е.В., Разумовского М.И., Лапина В.В., Мурзину Т.Ф., Сергееву В.В., Довгальюка А.З.; доцентов Маккавейского П.А., Кадыскина М.Б., Митропольского А.Н., Шевченко В.К., Шварцмана З.Д., Роскова Р.В., Филомафитского С.Г., Беляева В.П., Серпокрыл Н.В., Макарову О.В. и др.

На сегодняшний день в ФГБУ ДПО СПБИУВЭК преподают высококвалифицированные специалисты по клиническим специальностям и по вопросам МСЭ, 70% из них — доктора и кандидаты медицинских наук. Сотрудниками СПБИУВЭК публикуется ежегодно более 150 новейших научных разработок, в т.ч. более 40

в авторитетных рецензируемых журналах, издаётся более 20 учебно-методических пособий и монографий по вопросам медико-социальной экспертизы и реабилитации, в том числе справочники по медико-социальной экспертизе и реабилитации.

Одна из составляющих опыта и мастерства преподавателей — владение и использование в работе различных современных педагогических методов обучения взрослых людей, которые позволяют реализовать задачу обучения — применение новых теоретических знаний в разрешении различных экспертно-реабилитационных ситуаций. Институтом разработаны учебно-методические комплексы, включающие, в том числе, сборники учебных заданий, методику и организацию проведения деловых игр и др. Институт располагает подборкой учебных фильмов, учебно-методических материалов, а также учебными пособиями (включая выставку технических средств реабилитации), различными учебными базами для проведения занятий специалистов в сфере медико-социальной экспертизы.

На протяжении 60 лет своей истории институт ведет большую благотворительную и просветительскую работу, работу по установлению и поддержанию взаимосвязей, как с органами государственной власти, так и с общественными организациями инвалидов.

## **К ЮБИЛЕЮ ПРОФЕССОРА РАЗУМОВСКОГО МИХАИЛА ИЗРАИЛЕВИЧА**

<sup>1</sup> О.Н. Владимирова, <sup>1</sup> И.С. Ишутина

<sup>2</sup> В.Г. Помников

*<sup>1</sup>ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов  
им Г.А. Альбрехта» Минтруда и соцзащиты России,  
Санкт-Петербург, Россия*

*<sup>2</sup>ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт  
усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда и соцзащиты  
России, Санкт-Петербург, Россия*

В сентябре 2020 года отмечается 80-летний юбилей российского ученого-офтальмолога доктора медицинских наук, профессора Михаила Израилевича Разумовского, который является одним из ведущих российских специалистов в области медико-социальной экспертизы, а также социальной, психологической и про-

фессиональной реабилитации слепых и слабовидящих. Наряду с работой в ФГБУ ФНЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России он возглавляет профессорский курс офтальмологии, МСЭ и реабилитации ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов».

**Михаил Израилевич Разумовский** родился 9 сентября 1935 года в городе Пермь, в семье военнослужащих. С 1947 года по 1954 год проходил обучение в Северокавказском Суворовском Офицерском училище, куда направляли, в первую очередь, сыновей погибших офицеров, «сынов полков» действующей армии и партизанских отрядов. Учёба в Суворовском училище способствовали формированию характера, научили дисциплине, ответственности, выработали чувство долга перед Отечеством.

После окончания училища был направлен в город Ленинград в Военно-медицинскую академию имени С.М. Кирова, а затем — в 1 Медицинский институт имени И.П. Павлова, который закончил в 1960 году.

Учась, на втором курсе 1 Медицинского института, активно участвовал в работе студенческих научных обществ (СНО) кафедр офтальмологии и нормальной физиологии, которые возглавляли выдающиеся советские ученые, академик АМН СССР В.В. Чирковский и член-корреспондент АМН СССР А.В. Кибяков. В качестве активного участника СНО Разумовский М.И. получил направление в лабораторию физиологии зрения Института физиологии Академии наук СССР, где продолжил научную работу под руководством заведующего лаборатории Леонида Тимофеевича Загорулько, а затем его приемника В.Д. Глезера. Результатом проведенной научной работы явились публикации, посвященные разработке методического подхода к объективной регистрации аккомодации и конвергенции органа зрения, опубликованные в профильных журналах и сборниках трудов.

В 1963 году поступил в клиническую ординатуру кафедры офтальмологии 1 ЛМИ имени И.П. Павлова. После окончания клинической ординатуры был оставлен в качестве ординатора клиники, затем ассистента кафедры. В этот период Михаил Израилевич проводил исключительно трудоемкие исследования по определению содержания медиаторов вегетативной нервной системы (ацетилхолина и норадреналина) в слезной жидкости, камерной влаге и крови здоровых и больных ПОУГ людей биологическими методами.

Результаты этих исследований легли в основу кандидатской диссертации «Содержание медиаторов и активность холинэстеразы в слезной жидкости, во влаге передней камеры и в крови у здоровых людей, у больных первичной глаукомой и некоторыми другими заболеваниями глаз», которую М.И. Разумовским успешно защитил по двум специальностям: офтальмология и нормальная физиология в 1969 году.

В 1975 году Михаил Израилевич был приглашен на должность старшего научного сотрудника, а с 1991 года заведующего в отдел проблем медико-социальной экспертизы и реабилитации слепых и слабовидящих ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, где и работает до настоящего времени, в течение сорока пяти лет.

Разумовский М.И. продолжал интенсивную научную деятельность в наиболее актуальных направлениях социальной и клинической офтальмологии (рациональное качественное трудовое устройство слабовидящих и слепых в том числе военнослужащих, разработка показанных и противопоказанных факторов трудового устройства лиц с различной офтальмопатологией, оригинальные методы ранней профориентации детей с глубоким нарушением зрительных функций). Успешность в решении этих задач способствовали глубокие знания физиологии и клинической офтальмологии, в связи с чем, его по праву считают основоположником новых направлений медико-социальной экспертизы и реабилитации слепых и слабовидящих людей — инвалидов по зрению.

В 1991 году М.И. Разумовским была защищена докторская диссертация на тему «Организация механизмов управления гемодинамикой глаза: экспериментально-клиническое исследование», по двум специальностям офтальмология и нормальная физиология. В данном научном исследовании автор впервые доказал, что в основе патогенеза и нейрооптикопатии наиболее часто инвалидизирующего заболевания, каким является первичная открытоугольная глаукома лежит полиэтиологичное нарушение регуляторной функции вегетативной нервной системы и микроциркуляции органа зрения в целом. На основании этих исследований им была создана фундаментальная классификация сосудистых нарушений органа зрения, в которой отражались не только клинические особенности сосудистого патологического процесса, но и степени его компенсации, находящиеся в прямой зависимости с реабилитационным потенциалом больных, страдающих сосу-

дистой патологией органа зрения. Данная классификация получила широкое распространение в практической деятельности врачей экспертов-офтальмологов.

Исходя из этой концепции, был разработан оригинальный методический подход индивидуального профессионального тестирования инвалидов по зрению, что способствовало расширению возможностей рационального трудового устройства инвалидов с глубоким нарушением зрительных функций в условиях конкуренции на рынке труда. Автор этой работы был удостоен золотой и серебряной медалями ВДНХ СССР, а также звания лауреата международной премии А.Г. Неболсина.

На протяжении многих лет Михаил Израилевич ведет экспертную и реабилитационную работу во Всероссийском обществе слепых, в тесном контакте с ними решая многие жизненно важные вопросы паспортизации рабочих мест, рационального трудового устройства, обоснования трудовой деятельности в обычных и специально созданных условиях труда лиц с глубоким нарушением зрительных функций.

С 1975 года преподает на профессорском курсе по офтальмологии и после присвоения звания профессора, он заведует этим курсом по настоящее время, и является членом аттестационной комиссии по МСЭ и офтальмологии.

Большую преподавательскую работу профессор проводит на дефектологическом факультете Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена и является членом диссертационного докторского Ученого Совета.

Многие его ученики стали ведущими специалистами в области социальной офтальмологии и достойно представляют школу профессора Разумовского, работая в учреждениях МСЭ всех регионов Российской Федерации.

За большой вклад в развитие социальной медицины и здравоохранения Михаил Израилевич неоднократно награждался почетными грамотами и благодарственными письмами, как администрации города Санкт-Петербурга, так и президиума Российского Красного Креста Санкт-Петербургского отделения.

М.И. Разумовский является автором более 350 печатных работ и соавтором широко известного отечественного справочника по медико-социальной экспертизе и реабилитации, трех монографий и семи патентов на изобретения.

За многолетнюю эффективную, добросовестную работу врачом-офтальмологом в практическом здравоохранении, плодотворную научно-практическую работу, подготовку высокопрофессиональных кадров для медико-реабилитационных организаций всех регионов Российской Федерации М.И. Разумовский в 2001 году был удостоен почетного звания «Заслуженный врач Российской Федерации».

В заключении желаем профессору Михаилу Израилевичу дальнейших творческих успехов и долголетней плодотворной деятельности.

### К 80-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ ОЛЕГА АЛЕКСАНДРОВИЧА ГУСЕВА

В.В. Стожаров, М.В. Окулов

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад.  
И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

14 июля 2020 года исполнилось 80 лет Олегу Александровичу Гусеву. В 1964 году, сразу после окончания 1-го Ленинградского медицинского института им. академика И.П. Павлова Олег Александрович поступил в ординатуру на кафедру социальной гигиены и организации здравоохранения. За прошедшие годы неоднократно менялись и название ВУЗа, и название кафедры, и даже дислокация кафедры, но неизменным оставалось место работы О.А. Гусева.

После окончания ординатуры Олег Александрович Гусев успешно закончил аспирантуру, защитил кандидатскую диссертацию на тему: «*Болезни органов пищеварения и организация медицинской помощи при них (социально-гигиеническое исследование)*».

С 1970 года Олег Александрович работал ассистентом кафедры, а с 1978 года — доцентом. С 1978 года до 1995 года Олег Александрович был заведующим учебной частью кафедры. За этот период несколько раз менялось название дисциплины и программа подготовки студентов. Это были самые непростые годы и для страны, и для отечественного здравоохранения. Было немало «горячих

голов», предлагавших самые радикальные реформы, внедрение «успешных западных моделей здравоохранения».

Именно в эти годы произошел переломный момент и в рабочей программе кафедры, и в ее научной деятельности. Наряду с традиционным направлением научных исследований кафедры, касающегося в основном социально-гигиенической тематики, с 80-х годов прошлого века значительная часть научных исследований на кафедре была посвящена развитию системы медицинского страхования, организации работы медицинских учреждений в новых экономических условиях. Преподаватели кафедры активно сотрудничали с органами управления здравоохранения, кафедрами организации здравоохранения других ВУЗов, руководителями медицинских учреждений не только Санкт-Петербурга, но и других регионов страны. К преподаванию активно привлекались руководители различных медицинских организаций, на базе которых проводились занятия по организации работы поликлиники, больницы, женской консультации, станции скорой медицинской помощи. В нелегкие годы только личное обаяние Олега Александровича могло убедить руководителя медицинской организации заняться не только педагогической, но и научной деятельностью. Некоторые руководители медицинских организаций, работавшие по совместительству преподавателями кафедры, выполнили и успешно защитили кандидатские и даже докторские диссертации.

Положительный опыт работы медицинских учреждений и страховых медицинских организаций после тщательного анализа внедрялся в учебный процесс кафедры общественного здоровья и здравоохранения.

До 1996 года на всех профильных кафедрах единственным учебником оставался учебник «Социальная гигиена и организация здравоохранения», выпущенный в 1984 году. Огромная работа была выполнена Олегом Александровичем по подготовке методических рекомендаций для студентов и преподавателей, касающихся изменения правовых, экономических и организационных основ отечественного здравоохранения. В течение нескольких лет методические рекомендации по важнейшим разделам общественного здоровья и здравоохранения, разработанные преподавателями кафедры, оставались основным современным учебным пособием не только для студентов, ординаторов и аспирантов, но и для руководителей учреждений здравоохранения.

По всем разделам дисциплины своевременно обновлялся материал лекций, причем первый раз каждая новая лекция читалась на кафедральных заседаниях для преподавателей, аспирантов и ординаторов.

В 1996 году вышел в свет новый учебник «Общественное здоровье и здравоохранение» под редакцией В.А. Миняева и Н.И. Вишнякова, автором многих глав которого стал Олег Александрович. В последующие годы учебник неоднократно переиздавался и в 2018 году выпущено 8-е издание учебника.

Одним из важных направлений работы заведующего учебной частью Олег Александрович всегда считал подготовку к педагогической деятельности ординаторов и аспирантов кафедры. С этой целью была разработана тематика докладов ординаторов и аспирантов на кафедральных заседаниях, позволяющая оценить степень их подготовленности к участию в учебном процессе.

В течение первого года обучения каждый ординатор и аспирант делал 8–10 докладов. Ординаторы и аспиранты в обязательном порядке посещали все лекции для студентов, а также по одному циклу практических занятий для студентов у каждого преподавателя кафедры по составляемому завучем расписанию. В течение второго года обучения ординаторы и аспиранты привлекались к проведению отдельных практических занятий под руководством преподавателей, а в течение третьего года обучения аспиранты под руководством преподавателей проводили 2–3 цикла практических занятий.

В обязательном порядке осуществлялся контроль за проведением практических занятий и заведующим кафедрой — В.А. Миняевым (ректором 1 ЛМИ), и заведующим учебной частью кафедры — О.А. Гусевым. Результаты посещения лекций, практических занятий аспирантов кураторами и руководством кафедры, а также результаты «взаимопосещений» лекций и практических занятий преподавателями кафедры обсуждалось на кафедральных заседаниях. Несмотря на значительное увеличение педагогической нагрузки и в настоящее время удается сохранить эту проверенную годами модель подготовки преподавателей.

В течение 45 лет Олег Александрович читал лекции и проводил практические занятия и до сих пор многие выпускники вспоминают с восхищением своего преподавателя. Для некоторых из них именно эти лекции и занятия стали важнейшим фактором для вы-

бора специальности организатора здравоохранения. Высочайший профессионализм, «отработанность» до мелочей каждого занятия и тонкий юмор Олега Александровича превращали даже не очень понятные для студентов занятия по изучению статистических показателей в настоящую деловую игру с активным участием даже самых скептически настроенных к «оргздраву» студентов.

В 2015 году в возрасте 75 лет Олег Александрович ушел на заслуженный отдых и до сих пор мы не смогли найти ему достойной замены.

Коллектив кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением желает Олегу Александровичу неиссякаемого оптимизма, крепкого здоровья, семейного счастья, неутомимости, успехов в воспитании внучек.

**К ЮБИЛЕЮ ЗАСЛУЖЕННОГО ДЕЯТЕЛЯ НАУКИ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ПРОФЕССОРА  
ВИШНЯКОВА НИКОЛАЯ ИВАНОВИЧА**

**К.И. Шапиро, Л.В. Кочорова, Н.К. Соловьева**

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад.*

*И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

22 марта 2019 года исполнилось 65 лет заведующему кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова.

Вишняков Николай Иванович родился 22 марта 1955 года в Ленинграде. С 1972 года по 1978 год обучался на лечебном факультете 1-го Ленинградского медицинского университета. В те годы для поступления в ординатуру и, тем более в аспирантуру, сразу после окончания ВУЗа необходимо было не только отлично учиться, но и активно заниматься в студенческом научном обществе. Этим требованиям полностью соответствовал Николай Иванович Вишняков, и в 1978 году он был принят в очную аспирантуру на кафедру социальной гигиены и организации здравоохранения.

После окончания аспирантуры Николай Иванович работал ассистентом, а затем старшим научным сотрудником на этой кафедре. В 1993 году, в тридцать семь лет (!), Николай Иванович возглавил кафедру социальной медицины и здравоохранения, сохраняя традиции преподавания и проведения научных исследований, сформированные его учителями профессором С.Я. Фрейдлиным и профессором В.А. Миняевым.

В 1983 году Н.И. Вишняков защитил кандидатскую диссертацию на тему «Заболееваемость аллергозами и организация специализированной аллергологической помощи взрослому населению крупного города». Не менее актуальной была и тема докторской диссертации Николая Ивановича, защищенной в 1993 году, «Научное обоснование организации, планирования и финансово-экономической деятельности системы стационарной медицинской помощи населению многомиллионного города в период экономических реформ в здравоохранении».

В 2003 году ему присвоено звание Заслуженного деятеля науки Российской Федерации.

С 90-х годов XX века началось тесное сотрудничество кафедры с органами управления здравоохранением Санкт-Петербурга и медицинскими организациями. По заданию Комитета по здравоохранению выполнялись научно-исследовательские работы, разрабатывались целевые программы и концепции развития городского здравоохранения.

Под руководством Н.И. Вишнякова сотрудники кафедры активно участвуют в последипломном образовании аспирантов и ординаторов всех кафедр университета по вопросам организации здравоохранения. В течение четверти века на кафедре проводятся циклы повышения квалификации для руководителей медицинских организаций.

Николай Иванович активно занимается научной и педагогической деятельностью. Он автор 560 публикаций, 10 монографий, 15 учебников, учебно-методических рекомендаций и учебных пособий для студентов, врачей и организаторов здравоохранения. Под руководством профессора Вишнякова Н.И. защищено 82 кандидатских диссертаций и 15 докторских диссертаций.

Несомненным достижением профессора Н.И. Вишнякова является создание научной школы по общественному здоровью и здравоохранению.

Многие годы он занимается большой общественно полезной профессиональной работой в городе и стране. Николай Иванович — является главным внештатным специалистом по вопросам общественного здоровья и здравоохранения Министерства здравоохранения РФ в Северо-Западном федеральном округе, главным внештатным специалистом Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга по проблемам общественного здоровья и организации здравоохранения. Более 25 лет — член Центральной Аттестационной Комиссии Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, и более 20 лет — главный внештатный эксперт Центральной Аттестационной Комиссии. С 2004 года Н.И. Вишняков бессменно работает экспертом ВАК РФ.

Н.И. Вишняков — член редколлегий 7 всероссийских журналов для организаторов здравоохранения и врачей. Неоднократно за последние годы был научным руководителем различных научных и учебно-практических международных грантов с Европейскими медицинскими организациями и университетами, направленными на совершенствование менеджмента в системе российского здравоохранения, а также программ преподавания здравоохранения в медицинских вузах. В течение 25 лет является редактором ежегодного сборника научных работ «Проблемы городского здравоохранения».

Николай Иванович принимал участие в разработке практически всех перспективных программ развития здравоохранения и социального развития Санкт-Петербурга за последние 30 лет.

Н.И. Вишняков награжден Орденом Дружбы, Почетным знаком «ПСПбГМУ им. акад.И.П. Павлова», Памятной медалью Ученого Совета Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, благодарностью Министра здравоохранения и грамотой Министерства здравоохранения РФ, грамотой Губернатора Санкт-Петербурга.

Коллектив кафедры желает Николаю Ивановичу успехов в многогранной научной и педагогической деятельности, крепкого здоровья и долголетия.

**К 50-ЛЕТИЮ ПРОФЕССОРА  
КЛЮКОВКИНА КОНСТАНТИНА СЕРГЕЕВИЧА**

Н.И. Вишняков, Р.Ю. Ротарь

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад.*

*И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

16 июня исполнилось 50 лет проректору по послевузовскому образованию, доктору медицинских наук, профессору кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова Минздрава РФ Ключовкину Константину Сергеевичу.

После окончания Первого Ленинградского медицинского института им. академика И.П. Павлова в 1994 году К.С. Ключовкин поступил в ординатуру на кафедру социальной гигиены и организации здравоохранения. Следует отметить, что поступление Константина Сергеевича в ординатуру, как и поступление в ординатуру еще 4-х его однокурсников, было уникальным. Государственный экзамен по социальной гигиене и организации здравоохранения принимал председатель Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга — профессор В.Г. Корюкин, и закончился экзамен неожиданно: пять выпускников были приглашены в целевую ординатуру. Так на кафедре появилась дружная команда ординаторов, «обучение» которых началось на кафедре до официального зачисления в ординатуру, сразу после выпускных экзаменов ... с ремонта кафедры. После окончания ординатуры практически все они стали организаторами здравоохранения, руководителями в медицинских организациях и органах управления здравоохранением.

Управленческая карьера Константина Сергеевича развивалась по иному сценарию. После окончания ординатуры он избрал преподавательскую работу на кафедре, параллельно занимаясь научной работой — подготовкой кандидатской диссертации. В этот период в программу подготовки студентов медицинских ВУЗов была введена новая дисциплина — «экономика здравоохране-

ния». Недельный цикл практических занятий проводился в вечернее время, а в утренние часы у тех же групп проводились занятия по организации здравоохранения. Одним из первых преподавателей, освоивших преподавание новой дисциплины, стал Константин Сергеевич. В связи с отсутствием учебника по экономике здравоохранения преподавателям приходилось не только самостоятельно изучить новую дисциплину, но и подготовить учебные пособия понятные для студентов медицинского ВУЗа. Некоторые пособия при участии К.С. Ключовкина были подготовлены в рамках международной программы TEMPUS/TACIS.

В последующие годы К.С. Ключовкин активно участвовал в становлении системы высшего сестринского образования и развитии последипломного образования организаторов здравоохранения. Нередко одновременно на кафедре проводилось 3–4 цикла по разным направлениям подготовки руководителей медицинских организаций. При активном участии Константина Сергеевича была организована школа подготовки специалистов для работы в хосписах. Еще в 2006 году под его руководством в Университете была создана одна из первых в России программ магистратуры по общественному здравоохранению.

Не менее успешной была и научная деятельность Константина Сергеевича. Первые статьи К.С. Ключовкина в известных научных изданиях появились еще в период обучения в ординатуре. В 1998 году им была защищена кандидатская диссертация на тему «Научное обоснование организации медицинской помощи больным сахарным диабетом в условиях крупного города». А в 2009 году он успешно защитил докторскую диссертацию на тему «Научное обоснование совершенствования организации, планирования и финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в крупном городе». Материалы выполненного исследования стали основой «Генеральной схемы развития и размещения объектов здравоохранения на территории Санкт-Петербурга до 2025 г.».

Многие годы К.С. Ключовкин совмещает педагогическую деятельность на кафедре с руководством лабораторией по организации здравоохранения научно-исследовательского центра ФГБОУ ВО ПСБГМУ им. И.П. Павлова.

В 2011 году Константин Сергеевич закончил обучение в Санкт-Петербургском государственном экономическом университете по специальности «Менеджмент-маркетинг».

В 2014–2018 гг. К.С. Ключовкин занимал должность заместителя председателя Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга.

Константин Сергеевич является государственным советником II класса.

С 2018 года Константин Сергеевич работает проректором по плевузовскому образованию ФГБОУ ВО ПСБГМУ им. И.П. Павлова. На кафедре общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением он читает лекции для студентов и слушателей циклов повышения квалификации по организации здравоохранения. Под его руководством осуществляется подготовка магистров по специальности «Общественное здравоохранение».

Коллектив кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением желает Константину Сергеевичу на долгие годы сохранить неиссякаемую энергию, бесстрашие при реализации новых планов, скрупулёзность при выполнении научных исследований и успехов в управленческой деятельности.

## **К ЮБИЛЕЮ ПРОФЕССОРА СТОЖАРОВА ВАДИМА ВЛАДИМИРОВИЧА**

Е.Н. Пенюгина, Н.Ю. Смирнова, А.А. Козырев

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад.*

*И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

22 марта 2020 года исполнилось 55 лет со дня рождения Вадима Владимировича Стожарова. В 1988 году Вадим Владимирович с отличием окончил лечебный факультет 1-го Ленинградского медицинского института имени академика И.П. Павлова. Уже в период обучения в институте Вадим Владимирович активно занимался в СНО кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения и после обучения в аспирантуре стал ассистентом, а затем – доцентом кафедры.

В 1993 году Вадим Владимирович успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Социально-гигиенические и организа-

ционные аспекты оказания специализированной ангиохирургической помощи взрослому населению крупного города».

В период работы на кафедре стал одним из инициаторов разработки цикла лекций и практических занятий для студентов лечебного факультета по экономике здравоохранения. По его инициативе был создан Институт реформ здравоохранения, на базе которого проводились научные исследования, касающиеся развития медицинского страхования в Санкт-Петербурге, совершенствования организации различных видов специализированной медицинской помощи. Не менее важным направлением деятельности Института реформ здравоохранения было проведение циклов повышения квалификации врачей различных специальностей и руководителей медицинских организаций.

В 90-е годы в Институте реформ здравоохранения была разработана программа цикла повышения квалификации по экспертизе временной нетрудоспособности для членов врачебных комиссий медицинских организаций. До сих пор этот цикл является одним из самых востребованных в системе дополнительного профессионального образования.

Вадим Владимирович стоял у истоков развития системы контроля качества медицинской помощи, лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности. Первая лекция для студентов по вопросам обеспечения качества медицинской помощи была подготовлена и прочитана Вадимом Владимировичем еще в конце 90-х годов прошлого века. В последующие годы данная тема нашла отражение в соответствующей главе всех 9 изданий учебника «Общественное здоровье и здравоохранение» под редакцией Н.И. Вишнякова.

С 1999 года по 2003 год В.В. Стожаров работал начальником Управления по лицензированию в социальной сфере Лицензионной палаты Санкт-Петербурга.

В 2003 году Вадим Владимирович был назначен заместителем директора по научной, учебной и кадровой работе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. В данной должности проработал до 2012 года.

В 2005 году В.В. Стожаров защитил докторскую диссертацию на тему «Система обеспечения структурного качества медицинской помощи». За период работы в НИИ скорой помощи им. И.И. Джа-

нелидзе при его активном участии выполнен целый ряд научно-исследовательских работ, посвященных важнейшим проблемам здравоохранения. Под руководством В.В. Стожарова выполнялись исследования, касающиеся научно-обоснованной реструктуризации коечного фонда городских стационаров, организации медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях, формирования системы контроля качества медицинской помощи и др. В результате проведенных исследований сотрудниками отдела организации скорой медицинской помощи было защищено 5 кандидатских диссертаций.

С 2012 года по настоящее время Вадим Владимирович работает заместителем директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга, является государственным советником II класса.

По совместительству В.В. Стожаров работает профессором кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ФБГОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. В течение многих лет под его руководством осуществляется практика всех ординаторов кафедры в Территориальном фонде ОМС. Вадим Владимирович принимает активное участие в научной и учебно-методической работе кафедры. Он является автором 280 научных статей, 12 монографий, 14 учебников и учебно-методических рекомендаций.

Коллектив кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением желает Вадиму Владимировичу крепкого здоровья, оптимизма, благополучия и успехов в управленческой и научно-педагогической деятельности на многие годы.

**ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ  
ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ  
НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
СРЕДИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ**

О.О. Захарченко, Д.С. Терентьева, Н.А. Дзюба,  
Л.И. Меньшикова

*ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт  
организации и информатизации здравоохранения»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
Москва, Россия*

Гендерные отличия в состоянии здоровья населения, показателях смертности, заболеваемости, инвалидности хорошо известны. Одной из возможных причин, объясняющих различия в состоянии здоровья мужчин и женщин, является отношение к своему здоровью. Известно, что женщины отличаются более высокой медицинской активностью, большей приверженностью к лечению и выполнению назначений врачей, мотивированностью при прохождении медицинских осмотров, в том числе диспансеризации.

Цель работы — изучение гендерных особенностей охвата диспансеризацией и распространённости факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) среди взрослого населения Санкт-Петербурга.

Нами проведён сравнительный анализ отраслевых форм статистической отчетности № 131/о и № 131 «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения». Хотелось бы отметить, что в период 2013–2019 гг. порядок диспансеризации отдельных групп взрослого населения (ДВН) менялся трижды, а отраслевые формы статистической отчетности остаются неизменными с 2015 г. Из-за особенностей порядков проведения диспансеризации взрослого населения, для наиболее полного изучения распространённости факторов риска развития ХНИЗ, массив данных отраслевых форм 2013–2018 гг. был разделён на два периода 2013–2015

и 2016–2018 гг., поскольку в каждый из периодов диспансеризацию должно было пройти всё население РФ. В связи с введением в действие в 2019 году нового порядка диспансеризации, утвержденного Приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» целесообразно ежегодное сопоставление данных, что было использовано нами при изучении охвата населения диспансеризацией. Использовались социологический (анкетирование), аналитический и статистический (параметрические и непараметрические) методы исследования. Достоверными считались данные при вероятности ошибки первого типа менее 5% ( $p < 0,05$ ). Обработка статистических данных производилась с помощью программы MS Excel 2010.

Установлено, что за период 2013–2019 гг. доля граждан, прошедших диспансеризацию в России, СЗФО и Санкт-Петербурге, в целом, повышается. Обращает на себя внимание тот факт, что на протяжении всех семи лет количество женщин, прошедших первый этап диспансеризации, достоверно превышало количество мужчин ( $p < 0,001$ ). При сравнении показателей в РФ и Санкт-Петербурге было выявлено, что в 2013–2014 гг. охват диспансеризацией мужчин и женщин был достоверно ниже в Санкт-Петербурге, а в 2015–2019 гг. — в РФ. В СЗФО доля мужчин и женщин, прошедших диспансеризацию, ниже, чем в Санкт-Петербурге, на протяжении всего периода (табл. 1).

Данные о распространённости поведенческих и алиментарно-поведенческих факторов риска возникновения ХНИЗ изучались нами по результатам обязательного анкетирования, входящего в алгоритм диспансеризации. Из всех рассматриваемых факторов риска в 2013–2015 и 2015–2018 гг. в России, СЗФО и Санкт-Петербурге у обоих полов первые четыре места занимали нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела и курение табака.

Следует отметить, что в Санкт-Петербурге по сравнению с РФ и СЗФО в 2013–2015 гг. вышеуказанные факторы риска возникновения ХНИЗ у обоих полов встречались достоверно чаще ( $p < 0,001$ ). В динамике в период 2016–2018 гг. на фоне общего снижения распространённости факторов риска развития ХНИЗ у обоих полов показатели по Санкт-Петербургу в сравнении с РФ и СЗФО пере-

местились на третье место, сохранив «лидерство» лишь в плане распространённости нерационального питания ( $p < 0,001$ ) (табл. 2).

Таблица 1

**Охват диспансеризацией взрослого мужского и женского населения Российской Федерации, Северо-Западного ФО и Санкт-Петербурга в 2013–2019 гг. (в % к населению, подлежащему диспансеризации)**

Годы	мужчины			женщины			Уровень значимости, p
	РФ <sup>(1)</sup>	СЗФО <sup>(3)</sup>	СПб <sup>(5)</sup>	РФ <sup>(2)</sup>	СЗФО <sup>(4)</sup>	СПб <sup>(6)</sup>	
2013	17,7	12,9	14,1	19,6	16,3	16,5	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{3-4} < 0,001$ $p_{5-6} < 0,001$
2014	19,7	17,1	18,6	21,8	20,3	20,9	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{3-4} < 0,001$ $p_{5-6} < 0,001$
2015	18,6	16,5	18,9	20,9	20,0	22,4	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{3-4} < 0,001$ $p_{5-6} < 0,001$
2016	19,2	17,4	20,4	21,2	20,7	23,3	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{3-4} < 0,001$ $p_{5-6} < 0,001$
2017	18,5	17,6	21,6	20,7	20,7	23,4	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{3-4} < 0,001$ $p_{5-6} < 0,001$
2018	18,7	18,7	22,1	21,3	22,5	24,3	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{3-4} < 0,001$ $p_{5-6} < 0,001$
2019*	19,7	19,4	24,8	23,6	25,3	29,8	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{3-4} < 0,001$ $p_{5-6} < 0,001$

\*в расчёте на всё население.

В РФ, СЗФО и Санкт-Петербурге за весь исследуемый период с 2013 по 2018 гг. такой фактор риска как нерациональное питание занимает первое ранговое место как у мужчин, так и у женщин, при этом у мужчин данный фактор риска встречается достоверно чаще, чем у женщин ( $p < 0,001$ ). Исключение составляют показатели в Санкт-Петербург в 2016–2018 гг., где достоверных различий между мужчинами и женщинами не имеется ( $p = 0,877$ ). В течение всего анализируемого периода такие факторы риска, как низкая физическая активность и избыточная масса тела, достоверно чаще встречаются у женщин ( $p < 0,001$ ), а вот курение табака и риск пагубного употребления алкоголя — у мужчин ( $p < 0,001$ ).

При изучении распределения исследуемых факторов риска по ранговым местам в зависимости от пола установлено, что на

протяжении 2013–2018 гг. у женщин ранговые места распределяются таким же образом, как у обоих полов в целом: на 1-ом месте — нерациональное питание, на 2-ом — низкая физическая активность, на 3-ем — избыточная масса тела, на 4-ом — курение табака. У мужчин картина несколько иная: на 1-ом месте, как и у женщин, — нерациональное питание, на 2-ое место выходит курение табака, на 3-е — низкая физическая активность, на 4-ое — избыточная масса тела. Исключение составляет распространенность факторов риска в Санкт-Петербурге в период 2016–2018 гг., когда такой фактор риска как низкая физическая активность переместился на второе, а курение табака — на третье место (табл. 3).

Таблица 2

**Распространённость поведенческих и алиментарно-поведенческих факторов риска развития ХНИЗ в Российской Федерации, Северо-Западном ФО и Санкт-Петербурге по данным диспансеризации взрослого населения в 2013–2015 и 2016–2018 гг. (оба пола, в % от числа прошедших I этап диспансеризации)**

Фактор риска развития ХНИЗ	РФ <sup>(1)</sup>		СЗФО <sup>(2)</sup>		СПб <sup>(3)</sup>		Уровень значимости, р
	2013-2015	2016-2018	2013-2015	2016-2018	2013-2015	2016-2018	
Нерациональное питание	30,6	27,0	34,9	27,6	37,4	25,1	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$
Низкая физическая активность	22,3	18,9	26,0	18,3	28,1	19,6	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$
Избыточная масса тела	19,9	17,8	22,9	15,9	25,2	14,1	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$
Курение табака	18,5	12,6	18,1	11,1	20,0	10,7	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$
Риск пагубного употребления алкоголя	1,9	0,9	2,6	1,2	2,2	0,7	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$
Риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача	0,2	0,1	0,3	0,2	0,5	0,1	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$

Распространённость таких факторов риска как нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела и потребление наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача в 2013–2015 гг. у жителей г. Санкт-

Петербурга, как мужчин, так и женщин, была выше, чем в РФ и СЗФО. В 2016–2018 гг. ситуация в Санкт-Петербурге по сравнению с РФ и СЗФО улучшилась в большей степени у части мужского населения, нежели, чем женского. Мужское население города сдало «лидирующие» позиции по распространённости всех факторов риска развития ХНИЗ. Отдельно отметим, что фактор риска курение табака сократился в 1,9 раза. Женщины, несмотря на общее снижение распространённости поведенческих и алиментарно-поведенческих факторов риска развития ХНИЗ, сохранили первые места по распространённости низкой физической активности и курения табака.

Таблица 3

**Распространённость поведенческих и алиментарно-поведенческих факторов риска развития ХНИЗ в Российской Федерации, Северо-Западном ФО и Санкт-Петербурге по данным диспансеризации взрослого населения в 2013–2015 и 2016–2018 гг. (мужчины и женщины, в % от числа лиц, прошедших диспансеризацию)**

Факторы риска, уровень значимости, р	РФ				СЗФО				СПб			
	2013-2015		2016-2018		2013-2015		2016-2018		2013-2015		2016-2018	
	М(А)	Ж(В)	М(а)	Ж(б)	М(С)	Ж(Д)	М(с)	Ж(д)	М(Е)	Ж(F)	М(е)	Ж(f)
Нерациональное питание	32,3	29,4	27,9	26,4	36,0	34,2	28,2	27,3	39,3	36,1	25,1	25,1
	$p_{(A-B)} < 0,001$		$p_{(a-b)} < 0,001$		$p_{(C-D)} < 0,001$		$p_{(c-d)} < 0,001$		$p_{(E-F)} < 0,001$		$p_{(e-f)} = 0,877$	
Низкая физическая активность	21,7	22,7	18,6	19,2	25,1	26,6	17,2	19,0	27,1	28,8	18,4	20,5
	$p_{(A-B)} < 0,001$		$p_{(a-b)} < 0,001$		$p_{(C-D)} < 0,001$		$p_{(c-d)} < 0,001$		$p_{(E-F)} < 0,001$		$p_{(e-f)} < 0,001$	
Избыточная масса тела	18,1	21,1	16,8	18,4	20,8	24,3	15,0	16,5	23,4	26,3	13,0	14,8
	$p_{(A-B)} < 0,001$		$p_{(a-b)} < 0,001$		$p_{(C-D)} < 0,001$		$p_{(c-d)} < 0,001$		$p_{(E-F)} < 0,001$		$p_{(e-f)} < 0,001$	
Курение табака	31,6	8,9	21,4	6,3	30,3	10,1	18,0	6,5	30,7	12,8	16,0	7,1
	$p_{(A-B)} < 0,001$		$p_{(a-b)} < 0,001$		$p_{(C-D)} < 0,001$		$p_{(c-d)} < 0,001$		$p_{(E-F)} < 0,001$		$p_{(e-f)} < 0,001$	
Риск пагубного потребления алкоголя	3,2	0,9	1,6	0,5	4,4	1,3	2,0	0,6	3,6	1,3	1,1	0,4
	$p_{(A-B)} < 0,001$		$p_{(a-b)} < 0,001$		$p_{(C-D)} < 0,001$		$p_{(c-d)} < 0,001$		$p_{(E-F)} < 0,001$		$p_{(e-f)} < 0,001$	
Риск потребления нарк-х ср-в и психотр-х в-в без назначения врача	0,2	0,1	0,1	0,1	0,4	0,3	0,2	0,1	0,6	0,4	0,1	0,1
	$p_{(A-B)} < 0,001$		$p_{(a-b)} < 0,001$		$p_{(C-D)} < 0,001$		$p_{(c-d)} < 0,001$		$p_{(E-F)} < 0,001$		$p_{(e-f)} < 0,001$	

**Заключение.** В России, СЗФО и Санкт-Петербурге за период 2013–2019 гг. количество женщин, прошедших первый этап диспансеризации, превышает количество мужчин, что, возможно, связано с их

более высокой социальной и медицинской активностью. Повышение охвата диспансеризацией в 2019 г. объясняется изменением порядка ее проведения.

Установлена зависимость от пола распределения ранговых мест распространённости таких факторов риска как низкая физическая активность, избыточная масса тела и курение табака.

На основании проведённого нами анализа данных и распределения ранговых мест распространённости факторов риска развития ХНИЗ в зависимости от пола можно предположить, что медицинская активность мужского населения Санкт-Петербурга повысилась. В 2016–2018 гг. в Санкт-Петербурге выявлено существенное снижение распространённости поведенческих и алиментарно-поведенческих факторов риска, по сравнению с РФ и СЗФО, что, предположительно, связано с успешной и слаженной работой разноуровневых органов власти и сектора здравоохранения в области пропаганды здорового образа жизни и проведении широкого круга профилактических мероприятий.

## **МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

А.С. Васильев, Г.М. Пивоварова

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский  
университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ,  
Санкт-Петербург, Россия*

**Актуальность.** В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» необходимо обеспечение устойчивого естественного роста численности населения Российской Федерации, повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет (к 2030 году — до 80 лет). Национальным проектом «Демография» поставлены следующие стратегические цели: увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет, увеличение суммарного коэффициента рождаемости (до 1,7 детей на 1 женщину), увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни и др.

Дальневосточному региону в рамках реализации Концепции демографической политики Дальнего Востока на период до 2025 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 20 июня 2017 года № 1298-р, уделяется повышенное внимание.

В 2013 году в Послании Федеральному Собранию Российской Федерации Президент Российской Федерации В.В. Путин подчеркнул, что подъем Дальнего Востока является национальным приоритетом на весь XXI век.

**Цель.** Провести сравнительный анализ медико-демографических показателей населения Российской Федерации и Дальневосточного федерального округа за 2008–2018 годы.

**Материалы и методы.** Проанализирована официальная статистическая информация Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации за 2008–2018 годы с использованием санитарно-статистического и аналитического методов. Для обработки данных использовались программные пакеты Microsoft Word и Microsoft Excel (2010).

**Результаты и обсуждения.** Имея самую большую территорию среди других федеральных округов, Дальневосточный федеральный округ (ДФО) является самым слабонаселённым округом. На 40% территории страны проживает всего 5,6% ее населения. Численность постоянного населения ДФО в 2018 году составила 8 222 601 человек с учетом присоединения Республики Бурятия и Забайкальского края согласно Указу Президента Российской Федерации (РФ) от 3 ноября 2018 года № 632 «О внесении изменений в перечень федеральных округов, утвержденный Указом Президента Российской Федерации от 13 мая 2000 г. № 849». С 2008 по 2018 годы численность населения ДФО уменьшилась на 4,8% (рисунок 1).

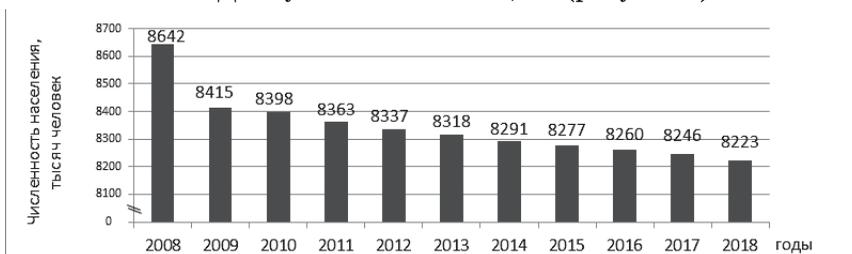


Рис. 1. Динамика численности населения Дальневосточного федерального округа за 2008–2018 годы (тысяч человек)

При распределении населения ДФО с учетом пола на 2018 год установлено, что более половины населения составляют женщины (52%), доля мужчин — 48%.

Рождаемость населения ДФО в период с 2008–2018 годы снизилась на 9,8% и в 2018 году составила 11,9‰, что выше показателя в РФ на 9,2%. В ДФО уровень рождаемости низкий.

При исследовании смертности населения за период с 2008–2018 годы было установлено, что в ДФО смертность населения снизилась на 11,1% и в 2018 году составила 12‰, что ниже показателя в РФ на 4%. Уровень смертности в ДФО средний (рисунок 2).

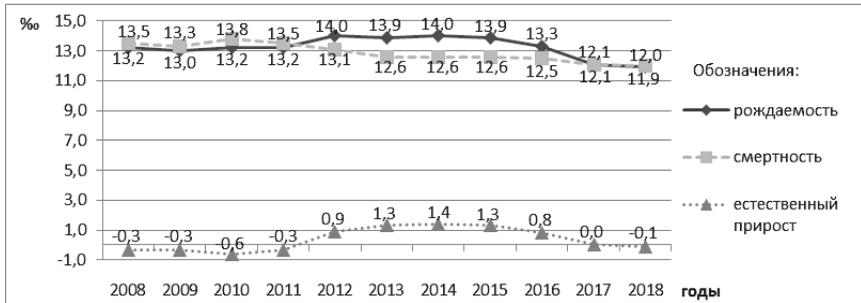


Рис. 2. Естественное движение населения ДФО за 2008–2018 годы (‰)

Определенную роль в динамике рождаемости играет стабильность семейных отношений. При изучении общего коэффициента брачности за исследуемый период было установлено, что среди населения ДФО общий коэффициент брачности снизился на 27,5% и к 2018 году составил 6,6‰, что выше показателя в РФ на 8,2%.

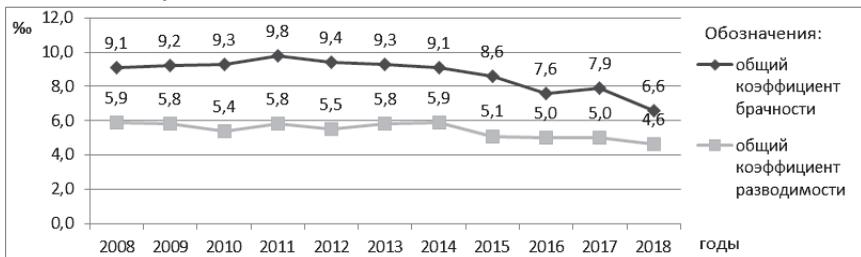


Рис. 3. Динамика общего коэффициента брачности и общего коэффициента разводимости в ДФО за 2008–2018 годы (‰)

При исследовании динамики общего коэффициента разводимости в период с 2008–2018 годы было установлено, что среди на-

селения ДФО общий коэффициент рождаемости снизился на 22% и к 2018 составил 4,6‰, что выше показателя в РФ на 15% (рисунок 3).

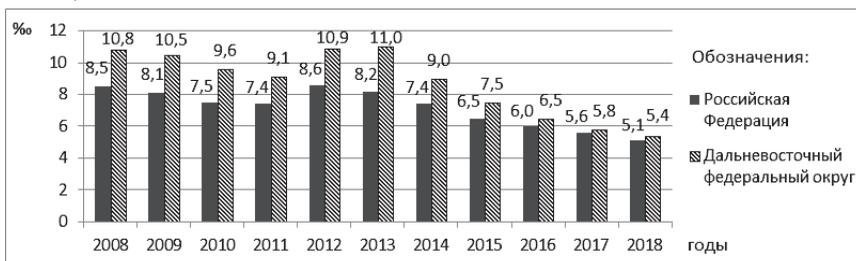


Рис. 4. Динамика младенческой смертности в Российской Федерации и Дальневосточном федеральном округе за 2008–2018 годы (‰)

При распределении населения с учетом трудоспособного возраста было установлено, что в 2018 году доля населения трудоспособного возраста в ДФО составила 57,4%.

При исследовании младенческой смертности за период с 2008 по 2018 годы было установлено, что уровень младенческой смертности низкий. В ДФО он снизился в 2 раза и к 2018 году составил 5,4‰, что выше показателя в РФ на 5,9% (рисунок 4).

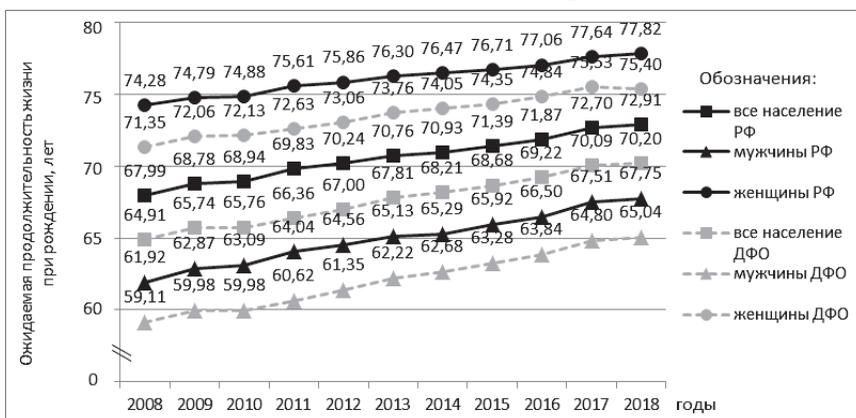


Рис. 5. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении среди населения РФ и ДФО за 2008–2018 годы (лет)

При исследовании ожидаемой продолжительности жизни при рождении за период с 2008 по 2018 годы было установлено,

что ожидаемая продолжительность жизни при рождении в ДФО среди всего населения увеличилась на 5,29 лет, среди мужчин — на 5,93 лет, среди женщин — на 4,05 года. В 2018 году все население РФ живет дольше всего населения ДФО на 2,71 года; мужчины РФ живут дольше мужчин ДФО также на 2,71 года; женщины РФ живут дольше женщин ДФО на 2,42 года (рисунок 5).

При исследовании обеспеченности врачами всех специальностей на 10 тыс. населения за 2008–2018 годы было установлено, что в ДФО обеспеченность врачами всех специальностей на 10 тыс. населения снизилась на 0,6% и в 2018 году составила 53,3 на 10 тыс. населения, что выше показателя в РФ на 12,2% (рисунок 6).

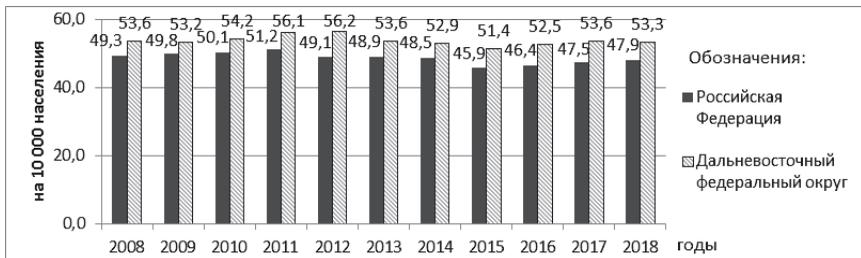


Рис. 6. Динамика обеспеченности врачами всех специальностей в Российской Федерации и Дальневосточном федеральном округе за 2008–2018 годы (на 10 000 населения)

**Заключение.** В результате проведенного исследования выявлено:

- с 2008 по 2018 годы численность населения ДФО уменьшилась на 4,8%;
- при распределении населения ДФО с учетом пола на 2018 год установлено, что более половины населения составляют женщины (52%);
- в период с 2008–2018 годы в ДФО снизились уровни рождаемости и смертности, общий коэффициент брачности и общий коэффициент разводимости, обеспеченность врачами всех специальностей на 10 тыс. населения;
- в 2018 году доля населения трудоспособного возраста в ДФО составила 57,4%;
- уровень младенческой смертности в ДФО низкий — снизился в 2 раза и к 2018 году составил 5,4‰, что выше показателя в РФ на 5,9%;
- ожидаемая продолжительность жизни при рождении в ДФО за 2008–2018 годы среди всего населения увеличилась на 5,29 лет,

среди мужчин — на 5,93 лет, среди женщин — на 4,05 года. В 2018 году все население РФ живет дольше всего населения ДФО на 2,71 года; мужчины РФ живут дольше мужчин ДФО также на 2,71 года; женщины РФ живут дольше женщин ДФО на 2,42 года.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СМЕРТНОСТИ  
НАСЕЛЕНИЯ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ  
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
И СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ  
И ДИНАМИКЕ ЗА 2013–2018 ГОДЫ**

В.Н. Филатов, Г.М. Пивоварова, С.Е. Белоусова

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский  
университет и.м. И.И. Мечникова» Минздрава РФ,  
Санкт-Петербург, Россия*

**Аннотация.** В данной статье были проанализированы стандартизованные показатели смертности населения Российской Федерации (РФ) и Северо-Западного федерального округа от причин, обусловленных употреблением алкоголя за период с 2013 по 2018 годы.

**Ключевые слова:** Северо-Западный федеральный округ, Российская Федерация, алкоголь, смертность.

**Актуальность.** На сегодняшний день в Российской Федерации, как и во всём мире, одной из самых важных проблем общественного здоровья и здравоохранения является заболеваемость и смертность населения от употребления алкоголя.

В «Глобальном докладе Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) о положении дел в области алкоголя и здоровья, 2018 г.» дано развёрнутое представление о потреблении алкоголя и о связанных с ним болезнях во всем мире. По данным этого доклада в 2016 году в результате вредного употребления алкоголя умерло более 3-х миллионов человек. Это значит, что примерно каждый двадцатый случай смерти был связан с алкоголем. Более трех четвертей этих случаев смерти произошли среди мужчин.

Как сообщает международный медицинский журнал «The Lancet» в 2016 году во всем мире употребление алкоголя заняло

седьмую строчку в списке причин преждевременной смерти и инвалидности. По данным исследования, опубликованного в данном журнале, в 2016 г. Россия заняла 3-е место после Китая и Индии по уровню смертности из-за проблем с употреблением алкоголя (в 2016 г. в РФ от злоупотребления алкоголем умерли 43 тыс. женщин и 180 тыс. мужчин).

**Цель и задачи исследования.** Изучить показатели смертности населения от употребления алкоголя в Северо-Западном федеральном округе и Российской Федерации за период 2013–2018 гг.

**Материалы и методы.** Санитарно-статистические методы, отчетные документы Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, программы Microsoft Word, Microsoft Excel.

**Результаты и обсуждения.** По данным Росстата в 2018 г. абсолютное число умерших от причин, обусловленных употреблением алкоголя, в РФ составило 48 786 человек, среди них доля мужского населения составила 74,8%, женского населения — 25,2%.

В Северо-Западном федеральном округе в 2018 году абсолютное число умерших от причин, связанных с употреблением алкоголя, составило 5 504 человека, среди них доля мужчин — 72,1%, доля женщин — 27,9%.

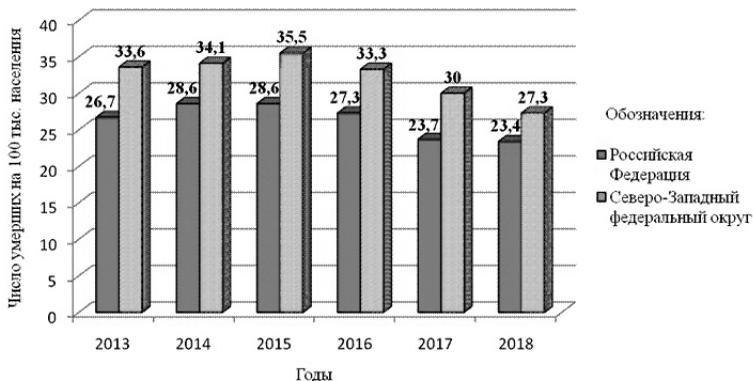


Рис. 1. Динамика смертности населения РФ и СЗФО от причин, обусловленных потреблением алкоголя за 2013–2018 годы (число умерших на 100 000 человек, стандартизованные показатели)

При анализе стандартизованных показателей смертности населения от причин, обусловленных употреблением алкоголя, было

выявлено, что в РФ данный показатель в 2018 г. по сравнению с 2013 г. снизился на 12,4% (среди мужчин уменьшился также на 12,4%, среди женщин — на 12,2%). В Северо-Западном федеральном округе аналогичный показатель за 2013–2018 гг. снизился на 18,7% (среди мужчин уменьшился также на 18,7%, среди женщин — на 18,4%) (рисунок 1).

В 2018 году смертность населения от употребления алкоголя в Северо-Западном федеральном округе выше, чем в РФ на 16,7% (на 3,9 на 100 тыс. чел.). Данный показатель в Северо-Западном федеральном округе выше общероссийского уровня среди мужского населения на 12,7% (на 4,9 на 100 тыс. чел.), среди женского — на 29,6% (на 3,2 на 100 тыс. чел.).

При распределении умерших от причин смерти, обусловленной употреблением алкоголя, среди всего населения в 2018 году в РФ и Северо-Западном федеральном округе на первом месте находится алкогольная кардиомиопатия (в РФ — 31,38%, в СЗФО — 36,56%), на втором месте — случайное отравление алкоголем (в РФ — 22,64%, в СЗФО — 26,67%), на третьем месте — алкогольная болезнь печени (в РФ и СЗФО по 19,73%).

В 2018 г. в девяти из двенадцати субъектов Северо-Западного федерального округа стандартизованный показатель смертности населения, обусловленной употреблением алкоголя, превысил общероссийский уровень.

Среди субъектов Северо-Западного федерального округа в 2018 году наивысший показатель смертности населения от причин, связанных с употреблением алкоголя, установлен в Новгородской области, в Республике Коми и в Архангельской области без автономии.

В Новгородской области стандартизованный показатель смертности населения от употребления алкоголя в 2018 г. составил 59,1 на 100 000 населения, что выше общероссийского уровня (23,4 на 100 000 населения) в 2,53 раза.

В Республике Коми стандартизованный показатель смертности населения от употребления алкоголя в 2018 г. составил 45,4 на 100 000 населения, что выше, чем в целом по России в 1,94 раза.

В Архангельской области без автономии стандартизованный показатель смертности населения от употребления алкоголя в 2018 г. составил 45,0 на 100 000 населения, что выше, чем в среднем по РФ в 1,92 раза.

Необходимо отметить, что среди всех субъектов Северо-Западного федерального округа в г. Санкт-Петербурге стандартизованный показатель смертности населения от употребления алкоголя в 2018 г. оказался самым низким и составил 12,6 на 100 000 населения, что ниже, чем в среднем по РФ в 1,86 раза (таблица 1).

Таблица 1

Смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя, среди населения Российской Федерации и субъектов Северо-Западного федерального округа в 2018 г. (число умерших на 100 000 населения, стандартизованные показатели)

Территория	Оба пола	Мужчины	Женщины
РФ	23,4	38,7	10,8
СЗФО	27,3	43,6	14,0
В том числе:			
Республика Карелия	34,1	49,1	21,4
Республика Коми	45,4	70,4	26,1
Архангельская область	44,1	66,6	25,9
Ненецкий автономный округ	19,1	28,2	10,3
Архангельская область без автономии	45,0	68,0	26,4
Вологодская область	18,5	32,1	7,1
Калининградская область	35,0	52,8	20,3
Ленинградская область	37,7	58,7	20,0
Мурманская область	32,9	54,5	16,6
Новгородская область	59,1	100,0	26,7
Псковская область	26,9	44,1	12,2
г. Санкт-Петербург	12,6	21,3	5,7

**Выводы.** В результате проведенного исследования было выявлено, что в 2018 году в Северо-Западном федеральном округе и РФ в структуре умерших от причин, обусловленных употреблением алкоголя, доля мужского населения преобладает над женским. При этом смертность населения от употребления алкоголя в Северо-Западном федеральном округе за период с 2013 по 2018 гг. выше, чем в РФ.

При анализе динамики стандартизованных показателей смертности населения от причин, связанных с употреблением алкоголя,

за 2013–2018 гг. в РФ и в Северо-Западном федеральном округе отмечается снижение данного показателя, как среди мужчин, так и среди женщин.

В 2018 г. при распределении умерших от причин смерти, обусловленной употреблением алкоголя, среди населения РФ и Северо-Западного федерального округа первое место занимает алкогольная кардиомиопатия, второе место — случайное отравление алкоголем, третье место — алкогольная болезнь печени.

Особенно обращает на себя внимание то, что в 2018 году показатель смертности от острых отравлений спиртосодержащей продукцией выше общероссийского уровня регистрировался в 43 субъектах Российской Федерации, в том числе и в субъектах Северо-Западного федерального округа.

Среди субъектов Северо-Западного федерального округа в 2018 году наивысший показатель смертности населения от причин, связанных с употреблением алкоголя, установлен в Новгородской области, в Республике Коми и в Архангельской области без автономии.

На основе полученных данных в результате анализа стандартизованных показателей смертности населения РФ и Северо-Западного федерального округа от причин, связанных с употреблением алкоголя, можно сделать вывод, что необходимо разрабатывать и реализовывать эффективные государственные программы, направленные на профилактику употребления алкогольных напитков.

## **ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ БРАКОВ И РАЗВОДОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА ПЕРИОД 2008–2018 ГОДЫ**

В.Н. Филатов, Г.М. Пивоварова, А.В. Балабышев,  
А.В. Мельник

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский  
университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ,  
Санкт-Петербург, Россия*

**Аннотация:** В статье представлен анализ динамики браков и разводов среди населения Российской Федерации за 2008–2018 годы. Изучена динамика коэффициентов брачности и разводимо-

сти, проведен их сравнительный анализ среди населения некоторых субъектов Российской Федерации в 2018 году, а также представлен возраст вступления в брак среди населения Российской Федерации с 2008 по 2018 гг.

**Ключевые слова:** динамика, браки, разводы, Российская Федерация, население.

**Актуальность:** Согласно Указу Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» одним из национальных проектов является проект «Демография». Согласно этому проекту на 2024 год правительству Российской Федерации необходимо обеспечить устойчивый естественный рост численности населения, увеличение суммарного коэффициента рождаемости до 1,7.

Семья как основная ячейка общества выполняет важнейшие социальные функции, играет особую роль в жизни человека, формировании личности, удовлетворенности духовных потребностей, обеспечении первичной социализации. Семья — это важнейший социальный институт воспроизводства социума. Из всех социальных институтов именно семья является единственным социальным организмом, «разрастающимся изнутри», через семью осуществляется смена поколений людей, производство самого человека, продолжение рода. Режим воспроизводства населения обеспечивает не только эффективное функционирование социально-экономической системы, но и способствует общественному развитию во всем его многообразии.

Однако, в условиях трансформации семьи, наблюдается тенденция к снижению рождаемости. Семья повсеместно стала нуждаться в экономической и социальной поддержке государства.

Таким образом, государственная политика должна быть направлена на создание условий, в которых семьи и их члены могли бы сами и притом эффективно извлекать доходы из своей экономической деятельности и использовать их для поддержания приемлемого для их семьи образа жизни. Укрепление здоровой, высоконравственной семьи, является важнейшей задачей государства.

**Цель:** Изучить динамику коэффициенты брачности и разводимости, средний возраст вступления в брак среди населения Российской Федерации с 2008 по 2018 гг. Провести сравнительный

анализ коэффициентов брачности и разводимости среди населения некоторых субъектов Российской Федерации в 2018 году.

**Методы и материалы:** Для выполнения работы были использованы санитарно-статистические и аналитические методы исследования. Работа выполнялась на основе данных официальной статистики Росстата, субъектов Российской Федерации с использованием программного обеспечения Microsoft Office 2010.

**Результаты исследования:** В 2018 году в России было зарегистрировано 893 039 браков и 583 924 разводов. Наибольшее количество браков в 2018 году среди населения России было зарегистрировано в августе (16,8%), в июле (12,8%) и в сентябре (12,7%) Наибольшее количество разводов в 2018 году среди населения России было зарегистрировано в августе (9,3%), в июле (9,2%) и в мае (9,0%).

Анализируя коэффициент брачности среди населения Российской Федерации было отмечено, что он в 2018 году составил 6,1 на 1000 населения, что в 1,4 раза меньше в сравнении с 2008 годом (8,3 на 1000 населения) (рисунок 1).

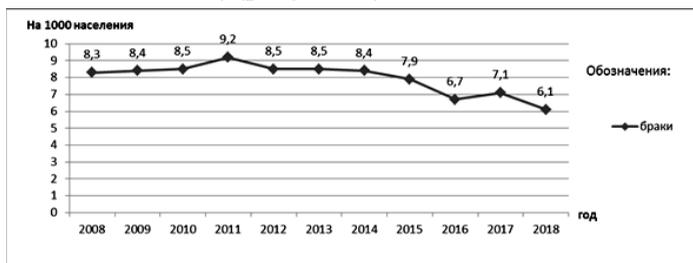


Рис. 1. Динамика уровня коэффициента брачности среди населения России за 2008–2018 годы (на 1000 населения)

В 2018 году средний возраст жениха составил 25–34 года, удельный вес данной возрастной группы составил 51,13%; на втором месте — 35 и более лет (удельный вес — 29,73%); на третьем месте — 18–24 года (удельный вес — 19,09%); на четвертом месте — до 18 лет (0,05%) (рисунок 2).

Средний возраст невесты, вступившей в брак, в России в 2018 году 25–34 года, удельный вес составил 43,3%; на втором месте — возрастная группа от 18 до 24 лет (31,98%); на третьем месте — 35 и более лет (24,21%); на четвертом месте — до 18 лет (0,51%) (рисунок 3).

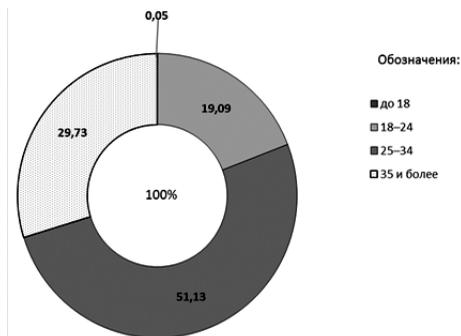


Рис. 2. Распределение мужского населения России, вступающего в брак по возрасту в 2018 году (%)

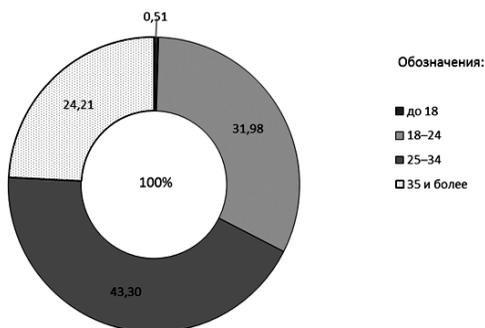


Рис. 3. Распределение женского населения России, вступающего в брак по возрасту в 2018 году (%)

Самый высокий коэффициент брачности в России в 2018 году отмечен среди населения города Санкт-Петербурга, уровень которого составил 8,2 на 1000 населения; на втором месте — среди населения города Севастополя (7,6 на 1000 населения); на третьем месте — среди населения Сахалинской области (7,5 на 1000 населения); на четвертом месте — среди населения Камчатского края (7,4 на 1000 населения); на пятом и шестом месте — среди населения Амурской области (7,2 на 1000 населения) и населения Чукотского автономного округа (7,2 на 1000 населения) (рисунок 4).

Самый низкий уровень коэффициента брачности в 2018 году отмечен среди населения республики Ингушетия, который составил 3,8 на 1000 населения (рисунок 4).

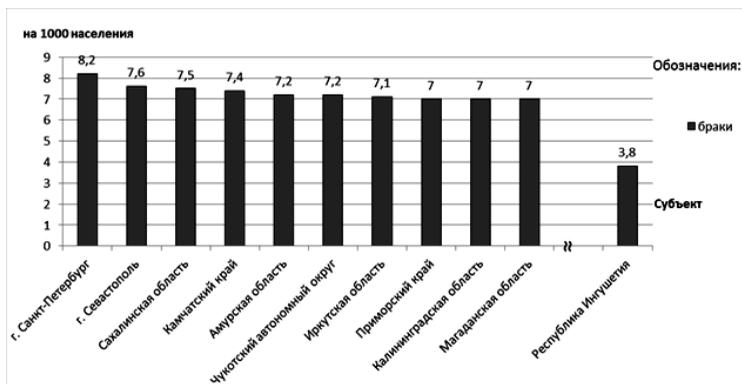


Рис. 4. Уровень коэффициента брачности среди населения некоторых субъектов Российской Федерации в 2018 году (на 1000 населения)

При анализе коэффициента разводимости среди населения Российской Федерации было установлено, что его уровень в 2018 году составил 4 на 1000 населения, что на 18,4% ниже уровня в 2008 году (4,9 на 1000 населения) (рисунок 5).

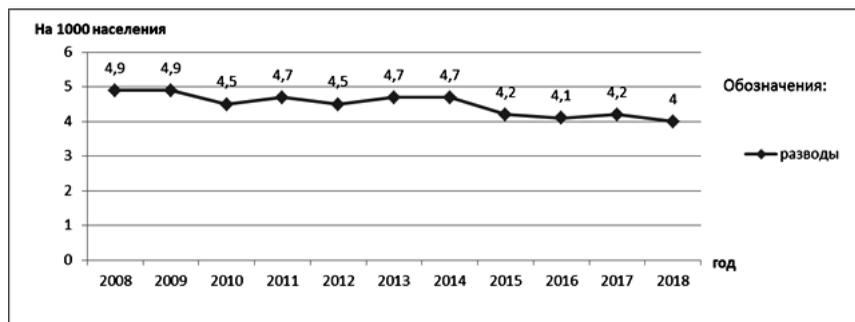


Рис. 5. Динамика уровня коэффициента разводимости среди населения России за 2008–2018 годы (на 1000 населения)

Наибольший уровень коэффициента разводимости в 2018 году отмечен среди населения Сахалинской области, который составил 5,6 на 1000 населения; на втором месте — среди населения Ямало-Ненецкого автономного округа (5,4 на 1000 населения); на третьем месте — среди населения Ханты-Мансийского автономного округа (5,3 на 1000 населения); четвертое — шестое места занимает население Калининградской области (5,2 на 1000 населения), Кам-

чатского края (5,2 на 1000 населения) и Мурманской области (5,2 на 1000 населения) (рисунок 6).

Самый низкий уровень коэффициента разводимости в 2018 году был отмечен среди населения Чеченской республики, который составил 0,5 на 1000 населения (рисунок 6).

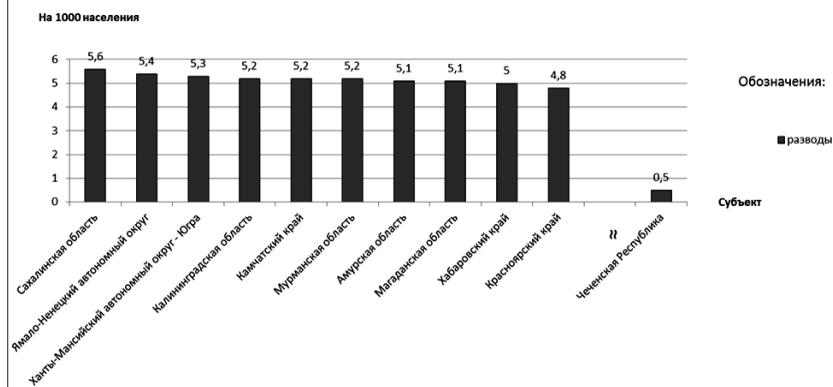


Рис. 6. Уровень коэффициента разводимости среди населения некоторых субъектов Российской Федерации в 2018 году. (на 1000 населения)

### Выводы:

Анализ динамики коэффициента брачности среди населения Российской Федерации показал, что уровень коэффициента брачности снизился в 1,4 раза за период с 2008 по 2018 годы.

Каждый второй жених вступал в 2018 в брак в возрасте от 25 до 34 лет (51,13%); каждый третий вступает в брак в возрасте 35 и более лет (29,73%); каждый пятый вступает в брак в возрасте от 18 до 24 лет (19,09%).

Девушки в 2018 году вступали в брак в возрасте 25–34 года (43,30%); каждая третья девушка вступала в брак в возрасте от 18 до 24 года (31,98%); каждая четвертая вступала в брак в возрасте 35 и более лет (24,21%).

Наибольший коэффициент брачности в 2018 году отмечен среди населения города Санкт-Петербурга (8,2 на 1000 населения), населения города Севастополя (7,6 на 1000 населения) и населения Сахалинской области (7,5 на 1000 населения).

Наименьший уровень коэффициента брачности отмечен среди населения Республики Ингушетия (3,8 на 1000 населения).

Анализируя динамику коэффициента разводимости среди населения Российской Федерации было установлено, что уровень коэффициента разводимости снизился на 18,4% за период с 2008 года по 2018 год.

Наибольший коэффициента разводимости в 2018 году отмечен среди населения Сахалинской области (5,6 на 1000 населения), Ямало-Ненецкого автономного округа (5,4 на 1000 населения), Ханты-Мансийского автономного округа (5,3 на 1000 населения).

Наименьший уровень коэффициента разводимости отмечен среди населения Чеченской республики (0,5 на 1000 населения).

## **О РЕАЛИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА «БОРЬБА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ» НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

**И.М. Барсукова, Н.И. Вишняков**

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад.*

*И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

*ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи  
им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия*

Несмотря на то, что смертность россиян от болезней системы кровообращения (БСК) в 2019 году снизилась на 9,4 случая на 100 тыс. населения по отношению к 2018 году и составила 573,7 случаев на 100 тыс. населения, эта группа заболеваний остается лидером среди всех причин смерти в России. По оперативным данным, в январе 2020 года от заболеваний сердца и сосудов умерло более 77 тыс. человек, что на 9,4% меньше, чем за тот же период 2019 года.

Успехи в достижении целевых показателей в этом направлении слагаются из усилий по оказанию медицинской помощи на каждом этапе ее организации.

На передовом рубеже борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) стоит и система оказания скорой медицинской помощи (СМП), статистика которой также демонстрирует благоприятную положительную динамику. По данным федеральной статистической отчетности СМП за 2010–2019 гг. число больных с острым и повторным инфарктом миокарда (ИМ), получивших меди-

цинскую помощь в условиях догоспитального этапа СМП, за этот период снизилось на 53,0 тыс. (на 22,6%) в год: с 234,5 тыс. в 2010 г. до 181,5 тыс. в 2018 г. (коэфф. корр. Пирсона (годы/показатель)  $r = -0,97$ ). Число больных с острыми цереброваскулярными болезнями (ОЦВБ), которым оказана СМП, уменьшилось на 46,1 тыс. (5,6%) в год: с 819,8 тыс. в 2010 г. до 773,7 тыс. в 2018 г. ( $r = -0,52$ ).

При этом число больных с ИМ и ОЦВБ, смерть которых наступила в автомобиле СМП, снизилась на 236 случаев (13,1%) в год: с 1,8 тыс. в 2010 году до 1,6 тыс. в 2018 г. ( $r = -0,58$ ).

Совершенствуются подходы к лечению пациентов данного профиля. Среди ряда факторов, имеющих значение для сохранения жизни пациентов в условиях СМП, следует отметить проведение тромболитической терапии (ТЛТ). Согласно клиническим рекомендациям по СМП (2016 г.) в основе организации системы оказания догоспитальной помощи бригадой СМП пациентам с ИМ — специально обученный персонал, оснащение электрокардиографом (при необходимости — телеметрией), способность начать необходимое лечение, включая ТЛТ. При этом Приказ МЗ РФ от 22.01.2016 г № 36н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи» предполагает наличие антитромботических средств (проурокиназа, алтеплаза, тенектеплаза). Если в мегаполисах с развитой инфраструктурой, системой региональных сосудистых центров (РСЦ), приближенных к пациентам, и возможностью быстрой доставки пациента для проведения ЧКВ, эта методика мало актуальна, то в значительной части регионов с огромными территориями, низкой плотностью проживания населения, труднодоступностью медицинской помощи, когда медицинская эвакуация пациентов до стационара занимает более 2-х часов, ТЛТ может иметь определяющее жизнесохраняющее значение. В то же время новые понятия и представления о «первом медицинском контакте», «нулевой точки» отсчета; выборе ЧКВ/ТЛТ; оценке значимых временных интервалов для определения лечебно-диагностической тактики и перспективы дальнейшей диагностики и лечения пациента в стационаре в совокупности с особенностями клинической картины и данных ЭКГ важны при выборе стратегии и тактики бригады СМП в каждом конкретном случае.

Долгие годы одной из причин, препятствующих внедрению ТЛТ, была экономическая сторона вопроса — высокая стоимость лекарственных препаратов. Сегодня это также актуально, но на рынке появились отечественные тромболитики. Однако, главное — появилось осознание важности и эффективности проводимой ТЛТ. Эта технология уверенно вошла в практику работы бригад СМП, причем, не только врачебных, а зачастую — фельдшерских. В результате: за период 2010–2018 гг. среди больных с ИМ и ОЦВБ в автомобиле СМП число проведенных тромболизисов возросло на 10,4 тыс. (140,2%) в год: с 7,4 тыс. в 2010 г. до 17,8 тыс. в 2018 г. ( $r = 0,99$ ).

Тромболизис при инсульте также внедрен в стране с 2005 г., преимущественно — в стационарных условиях. И если в 2009 году доля проведенных процедур была 0,1% (453 пациента) от количества больных с ишемическим инсультом, то в 2018 г. она составила уже 4,0% (16,9 тыс. пациентов) при целевом показателе «не менее 5% от общего количества больных с ишемическим инсультом». При этом рекомендовано выполнение ТЛТ в 25–30% от числа случаев, поступивших в период «терапевтического окна».

В Санкт-Петербурге утверждена Региональная программа «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» на 2019–2024 годы. Доля ССЗ в общей структуре смертности в Санкт-Петербурге — одна из наиболее высоких среди регионов РФ, и ССЗ являются ведущей причиной в структуре смертности населения. С 2008 года в городе реализуются мероприятия по совершенствованию экстренной медицинской помощи больным с ОИМ и ОНМК, в рамках которых, прежде всего, была обеспечена доступность ТЛТ в стационарах. С 2010 года в Санкт-Петербурге начали создаваться региональные сосудистые центры (РСЦ), которые в дальнейшем послужили основой для создания инфраструктуры региональной сети по лечению пациентов с ОКС в соответствии с самыми современными требованиями. При этом имеются существенные особенности, оказывающие влияние на возможности оказания как экстренной, так и плановой помощи при ССЗ, включая высокотехнологичную медицинскую помощь: с одной стороны, высокая плотность населения, наличие крупных многопрофильных учреждений, ведущих клиник федерального уровня, высокий научный и образовательный потенциал облегчают реализацию мер, направленных на снижение смертности от БСК; с другой стороны,

имеются логистические проблемы, связанные с напряженным трафиком, потребность в оказании значительных объемов экстренной медицинской помощи.

В течение последних пяти лет в Санкт-Петербурге регистрировалось снижение показателя смертности от всех причин на 100 тыс. жителей на 4,86% и показателя смертности от БСК на 100 тыс. жителей на 4,82%. По оперативным данным Петростата в 2018 году показатель смертности от БСК составил 641,5 на 100 тыс. населения, что составляет 57,8% в общей структуре смертности в Санкт-Петербурге. В динамике регистрируется снижение госпитальной летальности при неотложных состояниях, ОКС и ОНМК. Основной группой умерших от БСК являются жители Санкт-Петербурга старше трудоспособного возраста, преимущественно женского пола. Наиболее частой причиной смерти является ИБС, второй по распространенности — ЦВБ. Среди острых состояний у женщин преобладает ишемический инсульт, затем следует ИМ и геморрагический инсульт. Среди мужчин ишемический инсульт и ИМ играют приблизительно равнозначные роли, а геморрагический инсульт является причиной смерти чаще, чем у женщин. Мужчины чаще, чем женщины, умирают от ИМ в трудоспособном возрасте. Среди женщин, умерших в трудоспособном возрасте, значительной причиной в структуре смертности является геморрагический инсульт.

Санкт-Петербург располагает серьезным потенциалом для достижения целевых показателей Региональной программы — развитой инфраструктурой, логистикой, хорошо обоснованными планами развития, опытом успешной реализации программ в сфере здравоохранения. Основной источник в достижении поставленных целей — совершенствование существующих систем экстренной помощи, программ первичной профилактики, лечения и длительного наблюдения пациентов групп высокого риска, диспансеризации, повышении эффективности помощи на уровне первичного звена (Распоряжение Правительства Санкт-Петербурга от 28.06.2019 г. № 20-рп «Об утверждении Региональной программы Санкт-Петербурга «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» на 2019–2024 годы»).

Преимуществом и оперативностью медицинской помощи на всех этапах ее оказания — одна из центральных задач для успешной реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-

сосудистыми заболеваниями». В стране растет применение рентгенэндоваскулярных методов лечения, которые в 2019 году применялись у 48,4% больных с острым коронарным синдромом. Всего за 2019 год было выполнено почти 238 тыс. рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях.

В 2020 году впервые в России началась программа лекарственного обеспечения амбулаторных пациентов, перенесших инфаркт, инсульт, ангиопластику коронарных артерий со стентированием или операцию аортокоронарного шунтирования. В перечне препаратов 23 наименования, бесплатное обеспечение которыми в течение года для каждого такого пациента предусмотрено федеральным проектом. В проект включены 84 субъекта РФ. Общая сумма бюджетных ассигнований на эти цели на 2020 год — более 10 тыс. млн. руб. Бесплатное лекарственное обеспечение позволит повысить приверженность пациентов лечению и снизит риск осложнений и повторных сердечно-сосудистых катастроф (<https://www.rosminzdrav.ru/news/2020/03/03/13463-mihail-murashko-my-budem-soprovozhdat-kazhdogo-cheloveka>).

В 2020 году важной задачей является создание вертикально-интегрированной системы, в которой появится возможность видеть непосредственно пациента и качество наблюдения на каждом участке. Регионам необходимо актуализировать региональные программы в части определения более эффективных механизмов их реализации (<https://www.rosminzdrav.ru/news/2020/03/03/13463-mihail-murashko-my-budem-soprovozhdat-kazhdogo-cheloveka>).

## **БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ**

А.Н. Дуйсембаева, А.Р. Айбулатова, Е.Л. Борщук

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Оренбург, Россия*

Болезни системы кровообращения (БСК) занимают одно из ведущих мест среди заболеваний, распространённость которых выражена особенно стремительным и устойчивым ростом среди населения. В результате анализа структуры заболеваемости взрослого населения (лиц старше 18 лет) Российской Федерации было

выяснено, что БСК занимают первое место (19,1%) среди всех заболеваний. На втором месте болезни органов дыхания (14,2%), на третьем — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (9,8%).

В Оренбургской области в 2019 году умерли 25 607 человек. Это на 615 человек меньше, чем в 2018 году. У 66% умерших оренбуржцев причинами ухода из жизни стали болезни системы кровообращения и онкология. Распределение умерших по причинам смерти по данным Оренстата по итогу 2019 года: — болезни системы кровообращения — 12 438 смертей (-110 случаев смерти по сравнению с прошлым годом) — 48,6% (от общего количества умерших). Таким образом, сократилась смертность от БСК (на 0,9% по отношению к показателям 2018 года).

БСК представляют важную проблему общественного здоровья, учитывая их распространенность, тенденции к росту, ведущую роль в формировании показателей смертности и инвалидности. Большинство стран мира и Европы сталкиваются со значительными медико-социальными утратами и экономическими потерями вследствие эпидемии сердечно-сосудистых заболеваний. В РФ внедряется комплекс мероприятий, нацеленных на профилактику и борьбу с БСК, в рамках государственной программы, реализация которых позволит сократить распространенность факторов риска среди населения, снизить преждевременную смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, увеличить продолжительность жизни и улучшить ее качество. По данным Федеральной службы государственной статистики по Оренбургской области в структуре общей заболеваемости первое по значимости место занимают болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением. Доля данной причины составляет 39,1% (число зарегистрированных с данным диагнозом на 100 тыс. населения — 14 202,0) от общей заболеваемости БСК. Доля первичной заболеваемости от болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением в структуре общей заболеваемости составляет 18,5 процента (число впервые выявленных с данным диагнозом на 100 тыс. населения — 2 620,4).

Анализ структуры смертности от БСК показал, что первое место занимает ишемическая болезнь сердца: 48,0 процента (число умерших на 100 тыс. населения — 304,6) от общего числа умерших от БСК.

На втором месте цереброваскулярные болезни: доля умерших составляет 31,6% (число умерших на 100 тыс. населения — 200,7)

от общего числа умерших от БСК. Третье место занимает инфаркт мозга. Доля данной причины составляет 10,1 процента (число умерших на 100 тыс. населения — 64,2) от общего числа умерших от БСК. Динамика показателей за последние 5 лет показала, что уровень смертности от БСК по сравнению с 2013 годом снизился с 770,5 до 635,1 на 100 тыс. населения.

Известно, что глобальное бремя БСК определяется не только смертностью и потерянными в связи с преждевременной смертью годами жизни. Ключевыми индикаторами глобального бремени БСК являются также и число лет, прожитых в состоянии временной или стойкой нетрудоспособности, или с инвалидностью. По общемировым оценкам в 2014 г. БСК определяли 2,8% общего бремени регистрируемых заболеваний, патологических состояний и травм. В социально-экономически развитых странах [члены Европейского союза (ЕС), и Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР); всего 40 стран] доля бремени, определяемого БСК, в 2014 г. была ещё более высокой, в среднем составив 4,1%.

В России в том же году число лет, прожитых в состоянии нетрудоспособности по причине БСК, составило 4,8% от общего бремени болезней, патологических состояний и травм. Инвалидность населения в современном мире в трудоспособном возрасте наносит обществу значительный социально-экономический ущерб, так как именно в этом возрастном диапазоне жизни человека сосредоточен весь «трудовой ресурс», а также «ресурс», обеспечивающий воспроизводство населения. В связи с этим сохранение и укрепление здоровья, профилактика заболеваемости и инвалидности населения, особенно, трудоспособного возраста, которое обеспечивает социально-экономическое развитие страны, является одним из приоритетных направлений социальной политики в Российской Федерации.

Следует отметить большой экономический ущерб, наносимый обществу ССЗ. Среди лиц до 65-летнего возраста экономические потери вследствие ССЗ составили 42% в человеко-годах, а в стоимостном выражении — 56% общих потерь от заболеваний в индустриальных странах.

Так же следует отметить необходимость новых подходов к профилактике ССЗ, направленных на борьбу не столько с факторами риска, сколько с формирующими их главными «пусковыми» при-

чинными факторами, хотя росту показателей смертности и заболеваемости от БСК способствуют и экзогенные (курение, несбалансированное питание, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, злоупотребление алкоголем, нейроэмоциональное перенапряжение), и эндогенные (наследственная предрасположенность, генетические) факторы риска.

Таблица 1  
Структура заболеваний БСК (показатель в процентах)

Наименование классов и отдельных болезней	Шифр по МКБ-10	2013 год		2015 год		2017 год		2018 год	
		Всего	в т. ч. установленных впервые в жизни	Всего	в т. ч. установленных впервые в жизни	Всего	в т. ч. установленных впервые в жизни	Всего	в т. ч. установленных впервые в жизни
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	I10-I13	40,4	17,7	43,9	30,5	45,7	40,9	45,7	39,1
ишемические болезни сердца	I20-I25	19,3	16,6	18,8	18,5	19,2	15,6	18,7	11,6
острый инфаркт миокарда	I21	0,4	3,8	0,3	2,5	0,3	1,9	0,3	1,5
повторный инфаркт миокарда	I22	0,0	0,5	0,1	0,5	0,0	0,3	0,0	0,2
цереброваскулярные болезни	I60-I69	18,7	22,9	18,5	19,5	17,7	17,9	17,3	19,9
из них - субарахноидальное кровоизлияние	I60	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1
внутричерепное и другое внутримозговое кровоизлияние	I61, I62	0,1	1,1	0,1	1,1	0,1	0,8	0,1	0,6
инфаркт мозга	I63	0,6	6,1	0,7	5,3	0,8	5,0	0,9	4,1
инсульт, не уточненный, как кровоизлияние или инфаркт	I64	0,1	0,8	0,1	0,5	0,0	0,3	0,1	0,3

В связи с этим разработка политики профилактики ССЗ с учетом национальных, региональных и местных особенностей является необходимой. Создание научно обоснованной социальной политики может стать одним из главных механизмов снижения смертности от БСК в стране. Эпидемиологические и социально-гигиенические исследования должны быть основными при оценке существующей ситуации и потребностей.

В итоге, в структуре общей заболеваемости первое по значимости место занимают болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением. Доля данной причины составляет 39,1% (число зарегистрированных с данным диагнозом на 100 тыс. населения — 14 202,0) от общей заболеваемости БСК. Доля первичной заболеваемости от болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением в структуре общей заболеваемости составляет 18,5 процента (число впервые выявленных с данным диагнозом на 100 тыс. населения — 2 620,4).

Анализ структуры смертности от БСК показал, что первое место занимает ишемическая болезнь сердца: 48,0% (число умерших на 100 тыс. населения — 304,6) от общего числа умерших от БСК.

На втором месте цереброваскулярные болезни: доля умерших составляет 31,6% (число умерших на 100 тыс. населения — 200,7) от общего числа умерших от БСК. Третье место занимает инфаркт мозга. Доля данной причины составляет 10,1% (число умерших на 100 тыс. населения — 64,2) от общего числа умерших от БСК. Динамика показателей за последние 5 лет показала, что уровень смертности от БСК по сравнению с 2013 годом снизился с 770,5 до 635,1 на 100 тыс. населения.

## **СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ**

А.Н. Дуйсембаева, Е.Л. Борщук

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский  
университет» Минздрава России, Оренбург, Россия*

Структура смертности населения является важной составляющей оценки работы системы здравоохранения и планирования

ресурсов для мероприятий по организации медицинской службы и снижению смертности. По прогнозным оценкам, в ближайшие десятилетия ожидается увеличение риска развития (БСК) вследствие роста распространенности факторов риска БСК, напряженного и интенсивного темпа жизни со всеми вытекающими последствиями, а также увеличения доли населения пожилого возраста. В исторической ретроспективе анализ показателей смертности и заболеваемости в динамике, на национальном уровне и по регионам позволяет выявлять проблемные вопросы и потенциальные возможности, прогнозировать развитие ситуации, а также оценивать предпринятые меры.

На сегодняшний день доля населения Оренбургской области от численности населения Приволжского федерального округа составляет 6,6%. Согласно оперативным данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Оренбургской области на 01 января 2020 г. численность составила 1 956 256 человек, с долей сельского населения — 39,22%, городского — 60,78%. В таблице 1 продемонстрировано снижение численности населения региона с 2015 по 2019 год, которое составило — 38 103 человек (-1,9%). Основной причиной сокращения численности населения является отрицательный естественный прирост на фоне снижающейся рождаемости, сохраняющейся высокой смертности и неблагоприятной возрастной структуры.

БСК являются ведущей причиной смертности населения Оренбургской области. В структуре основных причин смертности населения области от БСК в 2018 году составляет 48%. Показатель смертности от БСК до 2016 года снижался. В 2017 году возрос на 1,2%, в 2018 году — на 2,7% превышал среднероссийский показатель на 10%. Превышение числа умерших жителей относительно аналогичного периода 2017 года составило 244 случая (12 464 против 12 220). Показатель смертности в Оренбургской области от БСК составил 635,5 на 100 тыс. населения, что на 3,5 процента выше уровня 2017 года.

Число умерших от БСК в трудоспособном возрасте по отношению к прошлому году снизилось в абсолютных значениях на 200 человек (с 2027 до 1827), по показателю — на 8,0 процента — с 183,6 до 169,0 на 100 тыс. трудоспособного населения. Среди населения трудоспособного возраста смертность от БСК преобладает у мужчин — 84,0 процента от всех умерших. В разрезе территорий

высокий показатель по среднемуголетнему коэффициенту смертности был выявлен в Бугурусланском (самый высокий), Шарлыкском, Пономаревском, Северном и Абдулинском муниципальных районах. В 2018 году в рейтинговом списке по коэффициенту смертности ведущее место занимают Оренбургский, Тоцкий и Домбаровский муниципальные районы. К факторам, которые могут влиять на показатели заболеваемости можно отнести возраст (удельный вес лиц пенсионного возраста в структуре взрослого населения региона). Известно, что заболеваемость лиц пенсионного возраста значительно выше таковой среди трудоспособного населения. С целью корректного сравнения смертности от БСК взрослого населения по районам области проведен формальный расчет с поправками интенсивного показателя на факторы структуры населения, используя принцип прямой стандартизации.

Таблица 1

## Численность населения Оренбургской области

Годы	Все население	Городское		Сельское	
		Абс. (человек)	относ.(%)	Абс. (человек)	относ.(%)
на 01.01.2015	2001 110	1 198 547	59,9	802 563	40,1
на 01.01.2016	1994 762	1 195 812	59,9	798 950	40,1
на 01.01.2017	1990 343	1 194 560	60,0	795 783	40,0
на 01.01.2018	1977 720	1 188 958	60,1	788 762	39,9
на 01.01.2019	1963 007	1 183 529	60,3	779 478	39,7

При анализе возрастной структуры численности населения области на 2018 год большая доля людей старше трудоспособного возраста была выявлена в Бугурусланском, Северном и Светлинском муниципальных районах. Самыми «молодыми» районами и городами оказались Оренбургский, Тоцкий муниципальный районы. Существенное повышение показателя смертности в изучаемых районах оказалось характерно у людей старше 60 лет.

При расчете региональной смертности за стандарт приняли население Оренбургского района. Нестандартизированные показатели смертности от БСК в Северном районе и Бугурусланском районе в 2018 году были равны 11,8 и 12,2 на 100 000 населения соответственно. При использовании методики прямой стандартизации, то есть расчета смертности при предположении, что население районов будет иметь такую же возрастную структуру, как население Оренбургского района, принятого за стандарт, стандартизированный показатель смертности от БСК в Северном районе уровень оказался 7,5 на 100 000 населения, а в Бугурусланском районе 8,9 на 100 000 населения.

Если до стандартизации смертность от БСК в Бугурусланском районе области была на 64% выше, чем среднеобластной показатель, то после стандартизации эта разница значительно уменьшилась и составила 12%.

Этот пример иллюстрирует эпидемиологическую и социальную значимость внедрения метода стандартизации для формирования стратегий развития, как служб здравоохранения, так и социального сектора с целью принятия научно обоснованных решений и прогнозирования ситуации.

Существенная разница между стандартизированными и истинными показателями смертности наблюдается в северной, восточной, юго-восточной части Оренбургской области. Максимальное различие выявлено в Северном муниципальном районе. Разница между истинной смертностью и стандартизированной составила порядка 36%. Таким образом, можно сделать вывод:

1. Численность населения Оренбургской области имеет тенденцию к снижению, одной из проблем этого является высокий показатель смертности от БСК.

2. При выявлении региональных особенностей смертности населения от БСК, необходимо сравнивать стандартизированные по возрасту данные, для принятия управленческих решений и оказания профилактических программ.

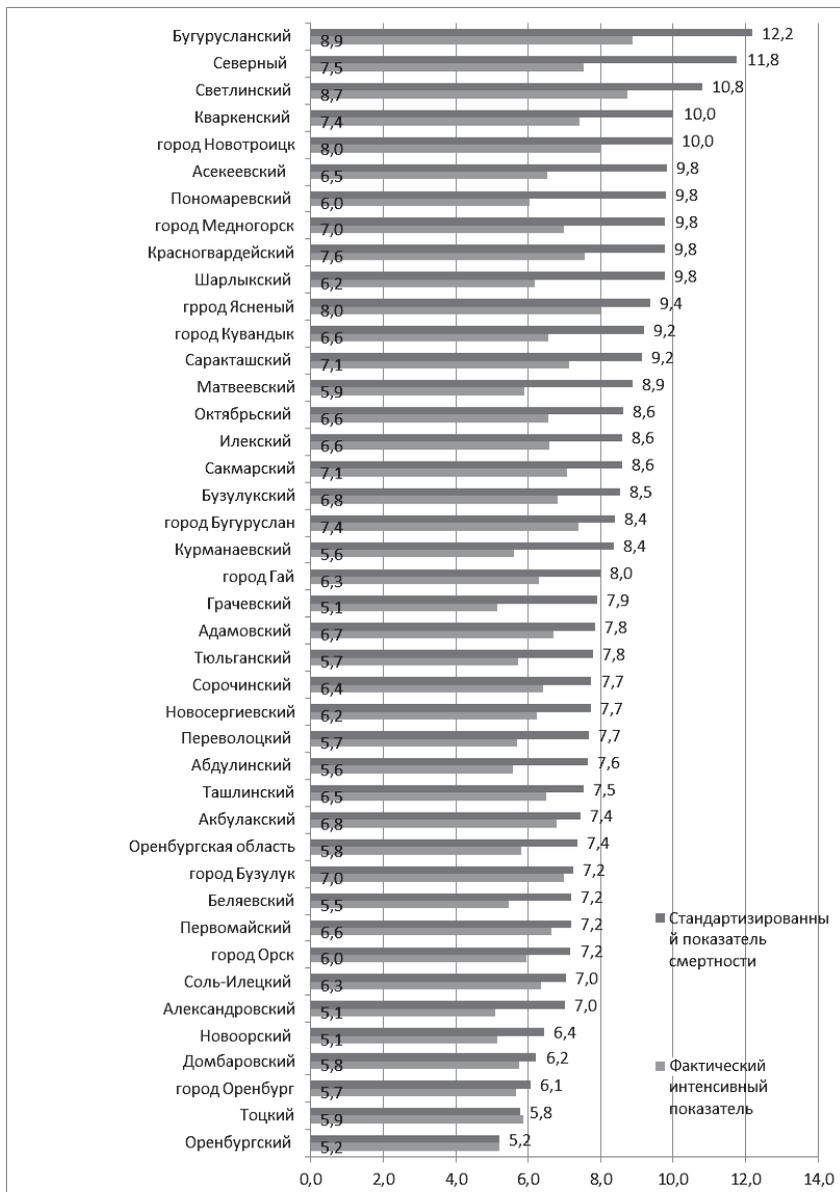


Рис. 1. Фактическая и стандартизированная смертность по причине БСК за 2018 год

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

А.В. Ермак, К.И. Шапиро

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад.  
И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

Показатели заболеваемости населения являются одной из важнейших характеристик состояния здоровья населения, а также организации, доступности и качества медицинской помощи. При этом изучение региональных особенностей распространенности патологии по данным государственного статистического мониторинга и эпидемиологического скрининга имеет приоритетное значение для планирования и оценки эффективности организационно-методических и профилактических мероприятий в системе организации и управления медицинской помощи населению (Манакон Л.Г., Колосов В.П., 2018). Медико-социальное значение болезней органов дыхания определяется их высокой частотой, полиэтиологичностью, тяжестью клинического течения, частыми осложнениями, а также влиянием на состояние временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения. Они занимают первое место как в первичной, так и в общей заболеваемости взрослых и детей. В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности им принадлежит ведущее место — 42,6% среди всех причин, или 38,2% среди всех заболеваний. Число случаев временной нетрудоспособности по этому классу болезней составляет около 26,6 на 100 работающих (Аношкина Е.В., Гаммель И.В., Кононова С.В., 2018). Среди причин смертности болезни органов дыхания составляют 3,4 % (Здравоохранение в России, 2019).

Мы изучили первичную заболеваемость и распространенность болезней органов дыхания у взрослого населения Санкт-Петербурга по данным официальной статистической отчетности (ф. 12) за 2019 год.

Всего взрослого населения 4459846 человек, из них лица старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин) составляют 32,9 %, а взрослые трудоспособного возраста (с 18 лет до 55 лет включительно у женщин и с 18 до 60 лет включительно у мужчин) — 67,1 %.

Таблица 1

Частота (на 1000 жителей) и удельный вес (среди всех и впервые зарегистрированных) заболеваний органов дыхания у взрослого населения Санкт-Петербурга

Наименование болезней	Всего заболеваний			С впервые в жизни установленным диагнозом		
	абс	на 1000 жителей P±m	уд.вес %	абс	на 1000 жителей P±m	уд.вес %
Зарегистрировано заболеваний всего	9905316	2221,0	100,0	3207018	719,2	100,0
Болезни органов дыхания	1561698	350,2 ±0,22	15,8	1249638	280,2 ±0,21	38,9
<i>из них:</i> у лиц старше трудоспособного возраста	465331	317,1 ±0,39	4,6	335629	228,3 ±0,34	10,5
у лиц трудоспособного возраста	1096367	366,4 ±0,28	11,2	914009	305,4 ±0,27	28,5

Удельный вес болезней органов дыхания среди всех заболеваний составил 15,8%, тогда как среди заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом он равен 38,9%. Среди всех заболевших болезнями органов дыхания 29,8% приходится на лиц старше трудоспособного возраста и 70,2% — на лиц трудоспособного возраста. Доля лиц старше трудоспособного возраста и трудоспособного возраста в структуре болезней органов дыхания с впервые в жизни установленным диагнозом составила 26,8% и 73,1% соответственно (таблица 1).

Распространенность заболеваний органов дыхания среди взрослого населения болезнями органов дыхания составила 350,2 на 1000 взрослого населения (18 лет и старше). Заболеваемость с впервые в жизни поставленным диагнозом составила 280,2‰ (таблицы 1, 2).

Показатели заболеваемости органов дыхания различались у взрослого населения различных возрастных групп (таблица 1). Общая заболеваемость болезнями органов дыхания у лиц трудоспособного возраста (366,4‰) была значительно выше, чем у лиц старше трудоспособного возраста — (317,1‰) ( $t=100,1$ ). Первичная заболеваемость у лиц трудоспособного и старше трудоспособного возрастов составила соответственно 305,4 и 228,7 на 1000 взрослого населения ( $t=174,3$ ). В определенной степени это объ-

ясняется тем, что статистические данные о заболеваемости основаны на материалах обращаемости населения за медицинской помощью.

Таблица 2

**Частота (на 1000 взрослого населения)  
и структура (в %) различных заболеваний органов дыхания**

Наименование болезней	Общая заболеваемость, на 1000 взрослого населения	Уд. вес заболеваний в %	Первичная заболеваемость, на 1000 взрослого населения	Уд. вес заболеваний в %
<b>Всего болезней органов дыхания: в том числе</b>	<b>350,2</b>	<b>100,0</b>	<b>280,2</b>	<b>100,0</b>
острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей	242,0	69,1	242,0	86,4
грипп	0,07	0,02	0,07	0,02
пневмонии	2,3	0,71	2,3	0,8
острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей	24,0	6,9	24,0	9,6
аллергический ринит (поллиноз)	1,4	0,4	0,2	0,07
хронические болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс	13,9	4,0	0,9	0,3
бронхит хронический и неуточненный, эмфизема	12,21	3,5	1,9	0,7
другая хроническая обструктивная легочная болезнь	4,8	1,4	0,5	0,2
бронхоэктатическая болезнь	0,21	0,06	0,03	0,01
астма, астматический статус	12,5	3,6	0,8	0,3
другие интерстициальные легочные болезни, гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей, другие болезни плевры	0,81	0,21	0,1	0,04
прочие болезни органов дыхания	36,0	10,1	7,4	1,56

Причиной обращения трудоспособного населения служит не только необходимость получения медицинской помощи, но и необходимость получения листка/справки о нетрудоспособности, в то время как неработающие лица старше трудоспособного возраста, не нуждающиеся в таких документах, к врачам не обращаются, лечатся «домашними средствами».

Среди всех болезней органов дыхания преобладали острые респираторные инфекции верхних и нижних дыхательных путей. На их долю пришлось 84,1% общей и 96,0% первичной заболеваемости (таблица 2).

В структуре как первичной, так и общей заболеваемости органов дыхания первое и второе место заняли острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей (69,1 и 86,4% соответственно) и острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей (6,9 и 9,6% соответственно). Третье место в общей заболеваемости занимают хронические болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс (4,0%), а в первичной заболеваемости — пневмонии (0,8%).

Частота и структура этих заболеваний так же отличались в различных возрастных группах взрослого населения (таблица 3).

У лиц старше трудоспособного возраста чаще, чем у трудоспособного населения, как в общей, так и в первичной заболеваемости регистрировались пневмонии, острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей, хронический бронхит и эмфизема, хроническая обструктивная легочная болезнь, бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, другие интерстициальные легочные заболевания. Однако статистически достоверными эти различия можно считать лишь при острых респираторных инфекциях нижних дыхательных путей ( $t=41,2$ ), а в общей заболеваемости — хроническом бронхите и эмфиземе ( $t=121,8$ ), хронической обструктивной легочной болезни ( $t=2,7$ ) и бронхиальной астме ( $t=75,3$ ). У лиц трудоспособного возраста значительно чаще распространены острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей и хронические болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс.

Анализ и систематический мониторинг региональных особенностей распространенности патологии по данным государственного статистического наблюдения имеют большое значение для планирования и оценки эффективности организационно-методических и профилактических мероприятий, являются основой для планирования деятельности и оценки эффективности управления пульмонологической службой.

**Частота и структура заболеваний органов дыхания  
у взрослых разных возрастных групп**

Наименование болезней	Общая заболеваемость взрослого населения				Первичная заболеваемость взрослого населения			
	трудоспо- собного возраста		старше трудоспо- собного возраста		трудоспо- собного возраста		старше трудоспо- собного возраста	
	‰	%	‰	%	‰	%	‰	%
острые респираторные инфекции верхних дыха- тельных путей	269,2	73,5	186,7	58,9	269,2	88,1	186,7	81,6
грипп	0,08	0,02	0,05	0,01	0,08	0,03	0,05	0,02
пневмонии	2,0	0,5	2,9	1,6	2,0	0,6	2,9	1,3
острые респираторные инфекции нижних дыха- тельных путей	21,8	5,9	28,4	8,9	21,8	7,1	28,4	12,4
аллергический ринит (поллиноз)	1,9	0,5	0,4	0,1	0,2	0,06	0,1	0,04
хронические болезни мин- далин и аденоидов, пери- тонзиллярный абсцесс	17,3	4,7	7,1	2,2	1,2	0,4	0,5	0,2
бронхит хронический и неуточненный, эмфизема	7,8	2,1	21,2	6,7	1,3	0,4	3,0	1,3
другая хроническая об- структивная легочная болезнь	2,3	0,6	9,8	3,1	0,3	0,1	0,8	0,3
бронхоэктатическая бо- лезнь	0,1	0,03	0,4	0,1	0,03	0,01	0,06	0,02
астма, астматический статус	9,8	2,7	18,1	5,7	0,7	0,2	1,0	0,4
другие интерстициаль- ные легочные болезни, гнойные и некротические состояния нижних ды- хательных путей, другие болезни плевры	0,5	0,1	1,4	0,4	0,1	0,03	0,2	0,09

Официальные статистические данные целесообразно дополнять материалами выборочных медицинских осмотров населения,

выявлением и анализом региональных факторов риска заболеваний органов дыхания. Тем не менее, они являются базовой информацией для изучения пульмонологического здоровья населения.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПОЛИТРАВМЕ И ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

<sup>1</sup>А.И. Махновский, <sup>2</sup>О.Н. Эргашев, <sup>1</sup>И.М. Барсукова

*<sup>1</sup>ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи  
им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия*

*<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад.*

*И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

В 1975 году А.В. Капланом на II Всесоюзном съезде травматологов-ортопедов впервые были предложены понятия «множественная травма» и «сочетанная травма».

К множественным травмам было предложено относить два и более повреждения в пределах одной анатомической области, к сочетанным — одновременное повреждение двух и более анатомических областей.

В отечественной и зарубежной литературе также используется термин «политравма».

Встречаются различные варианты определения «политравмы» на основе количественной оценки тяжести повреждений по шкале Injury Severity Score — ISS (S. Baker, 1974):

- ISS > 15 (M. Sikand et al., 2005; C. Palmer et al., 2007; H. Jakob et al., 2010; G. Aksamija et al., 2011; S. Bederman et al., 2011; L. Gentile et al. 2013);

- ISS > 16 (A. Biewener et al., 2004, C. Buschmann et al., 2010; C. Attenberger et al., 2012; L. Mica et al., 2013);

- ISS > 17 (L. Bone et al., 1995; H. Pape et al., 2000; O. Trentz et al., 2000; P. Stahel et al, 2005; F. Lecky et al., 2010);

- ISS > 18 (F. Hildebrand et al, 2004);

- ISS > 25 (R. McLain et al., 2004).

В 2012 году W. Chiang et al. предложили дифференцированные критерии политравмы в зависимости от возраста пострадавших:

- ISS ≥ 17 – для пострадавших младше 65 лет;

–  $ISS \geq 14$  — для пострадавших в возрасте 65 лет и старше.

В 2014 году при формулировке нового «Берлинского» определения политравмы были предложены уточненные критерии (N. Butcher, 2014; C. Rau, 2017):

- наличие двух и более тяжелых повреждений ( $AIS \geq 3$ );
- наличие нарушений жизненно-важных функций организма: гипотония ( $САД \leq 90$  мм.рт.ст.), кома ( $GCS \leq 8$ ), ацидоз ( $BE \leq 6,0$  ммоль/л), гипокоагуляция ( $AЧТВ \geq 40$  сек.,  $MHO \geq 1,4$ ).

В отечественной литературе также широко используется термин «травматическая болезнь» и клиническая концепция травматической болезни.

Следует отметить, что в зарубежной литературе термин «травматическая болезнь» не используется, его эквивалентами являются понятия «травматический шок» и «посттравматическая полиорганная недостаточность».

Наиболее удачное определение травматической болезни предложил профессор И.А. Ерюхин: «травматическая болезнь — это клиническая концепция, устанавливающая главные закономерности причинно-следственных отношений между характером травмы и особенностями острого ее периода (травматического шока), с одной стороны, и особенностями клинического течения после выведения из шока — с другой, и относится к тяжелой шокогенной, преимущественно множественной и сочетанной травме».

До настоящего времени отечественные авторы не пришли к единому мнению относительно периодизации травматической болезни.

Специалистами Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (И.А. Ерюхин, 1994; Е.К. Гуманенко, 2008; И.М. Самохвалов и соавт., 2011; С.В. Гаврилин и соавт., 2016) предложена следующая периодизация травматической болезни:

1-й период — период острой реакции организма на травму в виде нарушения жизненно важных функций организма;

2-й период — период относительной стабилизации жизненно важных функций организма;

3-й период — период максимальной вероятности развития осложнений (полиорганная недостаточность, сепсис и т.д.);

4-й период — период полной стабилизации жизненно важных функций организма.

Специалистами Научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (С.А. Селезнев, Г.С. Худайберенов,

1984; С.А.Селезнев, С.Ф.Багненко и соавт., 2004; Шапот Ю.Б. и соавт, 2005) была предложена несколько иная периодизация травматической болезни:

- 1-й период — период острой реакции на травму (острый период);
- 2-й период — ранний период (период ранних осложнений);
- 3-й период — поздний период (период поздних осложнений);
- 4-й период — период реабилитации.

Таким образом, на основе проведенного обзора литературы сформулированы современные представления о политравме и травматической болезни:

– политравма — это множественная или сочетанная травма с наличием двух или более тяжелых повреждений ( $AIS \geq 3$ ), сопровождающаяся феноменом взаимного отягощения и нарушением жизненно-важных функций организма: гипотонией ( $САД < 90$  мм.рт.ст), комой ( $GCS \leq 8$ ), ацидозом ( $BE \leq 6,0$  ммоль/л), гипокоагуляцией ( $AЧТВ \geq 40$  сек.,  $MHO \geq 1,4$ ).

– травматическая болезнь — это клиническая концепция, устанавливающая главные закономерности и последовательность развития патологических процессов у пациентов с политравмой в различные периоды:

1-й период — период острой реакции организма на травму в виде нарушения жизненно важных функций организма;

2-й период — период относительной стабилизации жизненно важных функций организма;

3-й период — период максимальной вероятности развития осложнений (целесообразно подразделять на период ранних осложнений и период поздних осложнений);

4-й период — период полной стабилизации жизненно важных функций организма и реабилитации.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гаврилин С.В., Петров А.Н., Мешаков Д.П., Недомолкин С.В., Суворов В.В., Смирнов С.А., Самохвалов И.М. Оптимизация инфузионно-трансфузионной терапии в остром периоде травматической болезни // Скорая медицинская помощь. — 2016. — №3. — С. 15–19.

2. Гуманенко Е.К. Травматический шок и травматическая болезнь у раненых / в книге Военно-полевая хирургия: Национальное руководство [под ред. И.Ю.Быкова, Н.А.Ефименко, Е.К.Гуманенко] — М. ГЭОТАР-Медиа — 2008. — 816с.

3. Ерюхин И.А. Травматическая болезнь — общепатологическая концепция или нозологическая категория? // Вестник травматологи и ортопедии им. Н.Н. Приорова. — 1994. — № 1. — С. 12–15.

4. Самохвалов И.М., Щеголев А.В., Гаврилин С.В., Мешаков Д.П., Недомолкин С.В., Суворов В.В. Алгоритм оказания реаниматологической помощи пострадавшим с тяжелыми сочетанными повреждениями // Вестник анестезиологии и реаниматологии. — 2011. — Т. 8. — № 2. — С. 3–8.

5. Селезнев С.А., Багненко С.Ф., Шапот Ю.Б., Курьгин А.А. Травматическая болезнь и ее осложнения // СПб.: Политехника. — 2004. — 414 с.

6. Селезнев С.А., Худайберенов Г.С. Травматическая болезнь (актуальные аспекты проблемы) — А.: Ылым. — 1984. — 224 с.

7. Шапот Ю.Б., Селезнев С.А., Куршакова И.В., Карташкин В.Л. Шокогенная травма и травматическая болезнь (лекция) // Бюллетень ВСИЦ СО РАМН. — 2005. — № 3 (41). — С. 94–101.

8. Aksamija G., Mulabdic A., Rasic I., Muhovic S., Gavric I.. Evaluation of standardized and applied variables in predicting treatment outcomes of polytrauma patients // Med Arch. — 2011. — № 65. — P. 233–238.

9. Attenberger C., Amsler F., Gross T.. Clinical evaluation of the Trauma Outcome Profile (TOP) in the longer-term follow-up of polytrauma patients // Injury. — 2012. — № 43. — P. 1566–1574

10. Baker S., O'Neill B., Haddon W., Long W. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care // J.Trauma. — 1974. — Vol. 3. — P. 187–196.

11. Bederman S., Murnaghan O., Malempati H., Lansang E., Wilkinson M., Johnston E., Bronstein Y., Finkelstein J., Yee A. In-hospital mortality and surgical utilization in severely polytraumatized patients with and without spinal injury // JTrauma. — 2011. — № 71. — P. 71–78.

12. Biewener A., Aschenbrenner U., Rammelt S., Grass R., Zwipp H. Impact of helicopter transport and hospital level on mortality of poly-trauma patients // JTrauma. — 2004. — № 56. — P. 94–98.

13. Bone L., Babikian G., Stegemann P. Femoral canal reaming in the polytrauma patient with chest injury. A clinical perspective // Clin Orthop Relat Res. — 1995. — № 318. — P. 91–94.

14. Buschmann C., Gahr P., Tsokos M., Ertel W., Kakler J. Clinical diagnosis versus autopsy findings in polytrauma // *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* — 2010. — № 18. — P. 55–63.

15. Butcher N., Balogh Z. Update on the definition of 'polytrauma' // *Eur. J. Trauma. Emerg. S.* — 2014. — № 2. — P. 107–111.

16. Chiang W., Huang S., Chang W., Huang M., Chien D., Tsai C. Mortality Factors Regarding the Injury Severity Score in Elderly Trauma Patients // *International Journal of Gerontology* — 2012. — № 6. — P. 192–195.

17. Deng Q., Tang B., Xue C., Liu Y., Liu X., Lv Y., Zhang L. Comparison of the Ability to Predict Mortality between the Injury Severity Score and the New Injury Severity Score: A Meta-Analysis // *Int. J. Environ. Res. Public Health* — 2016. — Vol. 13. — P. 1–12.

18. Gentile L., Nacionales D., Cuenca A., Armbruster M., Ungaro R., Abouhamze A., Lopez C., Baker H., Moore F., Ang D., Efron P. Identification and description of a novel murine model for polytrauma and shock // *Crit Care Med.* — 2013. — № 41. P. 1075–1085

19. Hildebrand F., Giannoudis P., Krettek C., Pape H. Damage control: extremities // *Injury.* — 2004. — № 35. — P. 678–689.

20. Jakob H., Lustenberger T., Schneidmüller D., Sander A., Walcher F., Marzi I. Pediatric polytrauma management // *Eur J Trauma Emerg Surg.* — 2010. — № 36. — P. 325–338

21. Lecky F., Bouamra O., Woodford M., Alexandrescu R., O'Brien S. Epidemiology of polytrauma // *Damage control management in the polytrauma patient.* New York: Springer. — 2010. — P. 13–23.

22. McLain R. Functional outcomes after surgery for spinal fractures: return to work and activity // *Spine.* — 2004. — № 29. P. 470–477.

23. Mica L., Rufibach K., Keel M., Trentz O. The risk of early mortality of polytrauma patients associated to ISS, NISS, APACHE II values and prothrombin time // *J Trauma Manag Outcomes.* — 2013. — P. 7–6.

24. Pape H., Remmers D., Rice J., Ebisch M., Krettek C., Tschern H. Appraisal of early evaluation of blunt chest trauma: development of a standardized scoring system for initial clinical decision making // *J Trauma.* — 2000. — № 49. — P. 496–504.

25. Rau C., Wu S., Kuo P., Chen Y., Chien P., Hsieh H., Hsieh C. Polytrauma defined by the new Berlin definition: a validation test based on propensity-score matching approach // Int. J. Environ. Res. Public Health — 2017. — Vol. 14. — P. 1–10.

26. Sikand M, Williams K, White C, Moran CG. The financial cost of treating polytrauma: implications for tertiary referral centres in the United Kingdom // Injury. — 2005. — № 36. — P. 733–737.

27. Stahel P., Heyde C., Ertel W. Current concepts of polytrauma management // Eur J Trauma. — 2005. № 31. P. 200–211.

28. Trentz O. Polytrauma: pathophysiology, priorities, and management // AO principles of fracture management. Stuttgart: Thieme. — 2000. — P. 337–347

## **К ВОПРОСУ ПРАВОВОЙ ПРИРОДЫ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ МЕР ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ**

Е.Ю. Тявокина, И.М. Барсукова, И.А. Вознюк,  
Н.П. Седых

*ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи  
им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия  
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад.*

*И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия  
ФГБОУ ВО «Северо-Западный институт управления  
«Российской академии народного хозяйства и государственной  
службы при Президенте Российской Федерации»,  
Санкт-Петербург, Россия*

**Актуальность.** Постановлением Правительства Российской Федерации (РФ) от 31.01.2020 № 66 коронавирусная инфекция (2019-nCoV) внесена в «Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих». Результатом актуального в эпидемическом и социальном аспектах нововведения явились права и обязанности определенного круга лиц, сложности их регламентации и юридические последствия их нарушения.

Этапы реализации принудительных медицинских мер сопровождаются разноплановыми дискуссиями псевдолиберального и популист-

ского характера. Развернувшиеся в обществе, печатных и медийных средствах массовой информации споры требуют пояснения правовой природы принудительных мер медицинского характера.

**Целью исследования** был анализ медицинских и юридических аспектов использования принудительных мер медицинского характера.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Прежде всего, правовые основания применения таковых мер обусловлены задекларированными Конституцией РФ правами и свободами человека и гражданина. Конституцией гарантировано каждому право на охрану здоровья и медицинскую помощь (ч. 2 ст. 7, ч. 1 ст. 41). При этом осуществление прав и свобод человек и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц (ч. 3 ст. 17 Конституции). В определенных федеральным законом случаях права и свободы человека и гражданина в силу его обязанностей перед другими людьми, обществом, государством могут быть ограничены. На конституционных основаниях в рассматриваемом случае необходимость ограничения определяется целями защиты здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения безопасности государства (ч. 3 ст. 55 Конституции). Соразмерность ограничения прав и свобод, в свою очередь, определена степенью опасности конституционно признаваемым целям: коронавирусная инфекция человека является высококонтагиозным острым респираторным заболеванием с длительным инкубационным периодом и бессимптомным носительством, имеет воздушно-капельный, воздушно-пылевой, контактно-бытовой пути передачи, характеризуется тяжелым течением, высоким уровнем смертности, носит характер пандемии.

Публично-правовой обязанностью государства, определенной конституционным правом граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду, является обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения страны. Нормы права являются юридическими (конституционными) гарантиями добросовестного исполнения полномочий органов власти и должностных лиц, реализующих обязанность государства по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Для каждого субъекта конституционных правоотношений (физические лица и их организации, государство, органы власти и должностные лица) эта обязанность закреплена в нормативных право-

вых актах как необходимость совершения определенных действий (воздержание от таковых, запрет на совершение). Неисполнение или ненадлежащее исполнение предписанных действий влечет за собой юридическую ответственность.

Полномочия Правительства РФ в социальной сфере содержат принятие мер по реализации прав граждан на охрану здоровья, по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия (ст. 16 Федерального конституционного закона от 17 декабря 1997 г. № 2-ФКЗ «О Правительстве Российской Федерации»). Постановлением Правительства РФ от 6 апреля 2004 г. № 154 Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) установлены функции по разработке и утверждению государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов, организации и осуществлению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора и контроля, санитарно-эпидемиологической безопасности, биологической безопасности, противодействию угрозам распространения инфекционных болезней. Как федеральный орган исполнительной власти, Роспотребнадзор осуществляет предупреждение, обнаружение, пресечение нарушений законодательства РФ в установленных сферах деятельности до внесения соответствующих изменений в Кодекс об административных правонарушениях, санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через государственную границу, санитарно-эпидемиологические расследования, направленные на установление причин и выявление условий возникновения и распространения инфекционных заболеваний; организует и осуществляет меры, направленные на выявление и устранение влияния вредных и опасных факторов среды обитания на здоровье человека. Реализация этих мер происходит во взаимодействии с Минздравом России, а также находящимися в его ведении Росздравнадзором, ФМБА России, подведомственными федеральными государственными учреждениями.

Для государственного регулирования в сфере охраны здоровья (в том числе, предотвращения возникновения и распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих) федеральные органы исполнительной власти и их территориальные органы взаимодействуют с осуществляющими соответствующую деятельность исполнительными органами государственной власти

субъектов РФ и подведомственными им медицинскими, фармацевтическими и иными организациями, муниципальной и частной системами здравоохранения.

Детализация правовой природы принудительных мер медицинского характера присутствует в федеральном законодательстве. Федеральный закон от 30 марта 1999 года № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (далее — ФЗ № 52) определяет основные понятия в регулируемой сфере и регламент передачи полномочий федеральных органов исполнительной власти для осуществления органами исполнительной власти субъектов РФ. В числе полномочий — принятие в соответствии с федеральными законами законов и иных нормативных правовых актов субъекта РФ, контроль за их исполнением; введение и отмена на территории субъекта РФ ограничительных мероприятий (карантина) на основании предложений, предписаний главных государственных санитарных врачей и их заместителей; своевременное информирование населения о возникновении или об угрозе возникновения инфекционных заболеваний, состоянии среды обитания, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятиях. Законом в обязанность граждан и юридических лиц вменено выполнение требований санитарного законодательства, постановлений, предписаний осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор должностных лиц; определены виды юридической ответственности.

Больные инфекционными заболеваниями, лица с подозрением на такие заболевания и контактировавшие с больными инфекционными заболеваниями лица, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению и в случае, если они представляют опасность для окружающих, обязательной госпитализации или изоляции в порядке, установленном законодательством РФ (ч. 1 ст. 33 ФЗ № 52).

При угрозе возникновения и распространения заболеваний главные государственные санитарные врачи (их заместители) полномочны выносить мотивированные постановления о госпитализации для обследования или об изоляции больных инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, и лиц с подозрением на такие заболевания; постановления о проведении обязательного медицинского осмотра, госпитализации

или об изоляции граждан, находившихся в контакте с такими больными; предъявлять иски в суд и арбитражный суд в случае нарушения санитарного законодательства (ст. 51 ФЗ № 52).

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (далее — ФЗ № 323) определяет базовые понятия здоровья, его охраны, медицинской помощи, медицинских услуги и вмешательства, диагностики и лечения, заболевания и состояния (их тяжести), возникающих в связи с воздействием патогенных факторов (ст. 2 ФЗ № 323). Медицинский осмотр как комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, вменяется в обязательность определенным группам лиц в случаях, установленных законодательством (ст. 46 ФЗ № 323). При этом особым порядком (лечащим врачом, врачебным консилиумом, судом) медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (п. 2 ч. 9 ст. 20 ФЗ № 323). Организация медицинской деятельности жестко регламентирована (ст. 37 ФЗ № 323), поэтому принудительные медицинские меры, применяемые к лицу, являются обоснованными научными знаниями, их полнота и длительность определяются угрозой общественным отношениям.

**Заключение.** Перечисленные правовые формы, институты и инструменты позволяют исполнять установленные обязанности, принуждать к исполнению, способствовать наступлению ответственности, установленной нормой закона. Это механизмы реализации конституционных прав и свобод человека и гражданина и одновременно — юридические гарантии добросовестности реализации властных полномочий или наступления ответственности за ненадлежащее исполнение обязанностей по обеспечению санитарно-эпидемиологической безопасности населения РФ.

## ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ НА ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ

В.Е. Бедарева, Ж.Л. Варакина

*ФГБОУ ВО «Северный Государственный медицинский  
университет» Минздрава России, Архангельск, Россия*

Поведение человека в отношении к своему здоровью является наиболее важным фактором, оказывающим влияние на его физическое и психическое состояние, при сходных экологических, генетических и бытовых условиях. На различных этапах жизнедеятельности индивиду требуются специально ориентированные знания, умения и навыки, необходимые для коррекции и профилактики возможного воздействия факторов риска, формирования органической патологии.

В Российской Федерации создана организационная структура и действующая система гигиенического просвещения, воспитания и пропаганды здорового образа жизни. Имеется нормативное правовое обоснование для системного проведения здоровьесберегающей деятельности в области профилактики, повышения уровня медицинской информированности и совершенствования форм здоровьесберегающей медицины.

Необходимость формирования у различных групп населения более активной, осознанной реализации системы действий, направленных на формирование и сохранение здоровья, снижение заболеваемости и увеличение продолжительности жизни, требует более современных методологических обоснований здоровьесберегающего поведения с учетом различных этапов жизнедеятельности.

В последнее время декларируется принцип, что личное здоровье человека неизбежно становится фактором, всецело определяющим уровень человекоотдачи и комфортности его существования в обществе. В условиях конкуренции на рынке труда возрастает объективная необходимость обращения человека к собственному здоровью как к первооснове своей жизнедеятельности и конкурентоспособности.

Здоровье работающего населения является результирующей величиной взаимодействия множества экономических, социальных, биологических и иных факторов, среди которых особое

внимание уделяется, так называемым, управляемым факторам, прежде всего, состоянию производственной среды, доступности и качеству медицинской помощи, и индивидуальному поведению работника.

Социально-экономическую ценность представляют и высокий уровень развития производства, и крепкое здоровье трудящихся, и высокий уровень здоровьесберегающей культуры, сформированный как на уровне предприятия, так и на уровне отдельного работника. Целесообразно вести речь о паритете между здоровьем работников предприятия и требованиями производственного процесса. Обеспечение такого рода паритета требует принятия специальных мер в производственных процессах для того, чтобы сберечь здоровье работников без нарушения технологий производства.

Здоровьесберегающая деятельность должна быть направлена на воспроизводство индивидуальных жизненных ресурсов, необходимых для освоения личностью жизненного пространства. В ее структуре должны быть традиционные компоненты деятельности: мотив, цель, система действий, контроль результата. Оценивая результаты производства, необходимо иметь в виду не только достигнутый уровень производства, но и проявляющиеся тенденции в состоянии здоровья работников. Другими словами, в здоровьесберегающем производстве здоровье работников, наравне с их производственными показателями, имеет смысл рассматривать как результат реализации производственных процессов.

При этом, согласно современным научным подходам, здоровье работников представляет собой важный компонент устойчивого развития, состояние профессионального здоровья все в большей степени определяет формирование долгосрочных тенденций развития различных социально-экономических систем, включая предприятия.

При анализе хозяйственных процессов на любом уровне, в том числе и на уровне предприятия, имеют место экономическая и экологическая эффективности, как правило, взаимно противоположных значений: чем выше экономическая, тем ниже экологическая.

Значимость фактора здоровья должна быть не выведена за рамки исключительно социальной составляющей деятельности предприятия, как это делается до сих пор, а отнесена ко всем сферам деятельности предприятия и ко всей совокупности социо-эколого-

экономических показателей, обеспечивающих его устойчивое развитие.

Такой подход к фактору здоровья и здоровьесбережения позволяет определить его место в рамках концепции устойчивого развития с выделением общих и специфических функций и направлений воздействия.

Системное представление позволит получить экологический, социальный и экономический эффект:

- для экологической сферы предприятия: обеспечить минимизацию неблагоприятного воздействия технологических процессов предприятия на работников при помощи здоровьесберегающих технологий, повысить экологичность рабочего пространства, сократить размеры «экологических» выплат, улучшить профессиональное здоровье;

- для социальной сферы предприятия: уменьшить расходы на оплату больничных листов, доплаты и расходы, возникающие вследствие роста заболеваемости работников; обеспечить рост мотивации работников, компетентности менеджеров высшего, среднего и нижнего звена в обеспечении условий здоровьесберегающей среды;

- для экономической сферы предприятия: максимизировать экономический результат за счет более высокой работоспособности в течение рабочего дня и снижения ошибок в работе, роста мотивации работников, производительности труда, адаптивности предприятия к условиям внешней среды.

На сегодняшний день в России во вредных и (или) опасных условиях труда работает 38,3% от общей численности работающих.

Основные риски для здоровья граждан имеют наибольший потенциал с точки зрения возможностей возникновения травм, профессиональных заболеваний. Несмотря на многообразие кодексов и нормативно-правовых актов, регулирующих вопросы организации рабочих мест и техники безопасности труда в отдельных отраслях, в конкретных видах деятельности, на отдельных предприятиях, эти виды опасностей (рисков) по-прежнему ежедневно остаются наиболее значимыми и представляют угрозу жизни работающих во многих отраслях и сферах деятельности во всех странах мира.

На финансовое обеспечение предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных забо-

леваний работающих и санаторно-курортное лечение работающих, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами в 2018 году Фондом социального страхования РФ направлено страхователям 10 979,4 млн. рублей.

Страхователям устанавливаются скидки к страховым тарифам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний с учетом состояния охраны труда на основании сведений о результатах проведения специальной оценки условий труда и сведений о проведенных обязательных предварительных и периодических медицинских осмотрах (в соответствии со статьей 22 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»).

Не смотря на предпринимаемые меры, по данным Фонда социального страхования РФ, в 2018 году в РФ диагноз профессионального заболевания установлен 4 598 чел., в результате несчастного случая пострадали 35 227 чел., из них 1 527 со смертельным исходом.

Проводимые предварительные и периодические медицинские осмотры решают в основном исключительно задачу экспертизы профпригодности, а вопросы выявления на ранней стадии и профилактики производственно обусловленных и хронических общесоматических заболеваний остаются на протяжении многих лет не до конца решенными, что приводит в дальнейшем к системным нарушениям здоровья работающих и потере профессиональной трудоспособности.

Представляется важным отметить высокую роль работодателя в реализации ключевых приоритетов ведения работниками здорового образа жизни, начиная с формирования у работников мотивации и получения знаний по вопросам ведения ЗОЖ и заканчивая созданием конкретных благоприятных условий для реализации здоровьесбережения каждым сотрудником.

Исходя из этого, разработка и реализация мероприятий по формированию здоровьесберегающего поведения экономически активной части населения страны должны стать приоритетным направлением не только государственной политики и общественной деятельности, но и важнейшей задачей организаций всех форм собственности.

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Ш.Д. Харбедия, Н.Л. Малютина

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет» Минздрава России,  
Санкт-Петербург, Россия*

Высокий уровень заболеваемости, поздняя диагностика, высокая летальность, большие экономические потери определяют особую значимость первичной профилактики и своевременного выявления злокачественных новообразований. Организационные формы профилактических мероприятий во многом определяются особенностями распространенности и структуры злокачественных новообразований в отдельных регионах. Поэтому выявление факторов риска, качество клинико-диагностических услуг и разработка мероприятий по совершенствованию системы организации помощи онкологическим больным являются важной задачей, стоящей перед современным здравоохранением.

С целью изучения медико-социальной характеристики онкологических больных было проведено анонимное анкетирование 120 пациентов, имеющих онкологические заболевания и проходящих лечение в Ленинградском областном клиническом онкологическом диспансере (ЛОКОД), который и явился базой для настоящего исследования. ЛОКОД является ведущим клиническим и методическим центром здравоохранения Ленинградской области по профилю онкологии с общей коечной мощностью — 262. В состав диспансера входит: 5 диагностических подразделений, 5 стационарных отделений круглосуточного пребывания пациентов, дневной стационар, 2 операционных блока, 2 отделения анестезиологии и реанимации, поликлиническое отделение. Ежегодно ЛОКОД оказывает более 75 000 консультаций жителям Ленинградской области с подозрением или установленным диагнозом «злокачественное заболевание», врачи проводят свыше 12 000 диагностических и лечебных операций, более 9 000 циклов химиотерапевтического лечения.

В качестве генеральной совокупности было взято число пациентов, проживающих в сельской местности и проходивших стац-

онарное лечение в ГБУЗ ЛОКОД с сентября 2018 года по февраль 2019 года, когда и осуществлялось анкетирование. Объем выборки соответствовал исследованиям средней точности с доверительным коэффициентом 2 и вероятностью 0,954. Репрезентативность выборки была проверена по методике профессора А.М. Меркова и ошибка в исследовании не превышает 4,2%, что вполне допустимо. Пациенты самостоятельно заполняли анкету перед выпиской из ЛОКОД. Согласием участия в исследовании служило заполнение анкеты. Статистическая обработка результатов и анализ данных проведены с использованием компьютерной программы Microsoft Office Excel и программного пакета для статистического анализа, разработанного компанией StatSoft-Statistica 10.0.

Расчитано, что здоровье обусловлено на 50% и более условиями и образом жизни, на 20–25% — состоянием (загрязнением) внешней среды, на 20% — генетическими факторами и на 10–15% — состоянием здравоохранения. Под образом жизни понимается устойчивая типовая форма жизнедеятельности личности и социальных групп, характеризующаяся мерой их взаимоотношения с обществом и уровнем взаимодействия с окружающей социальной и бытовой средой. Условия жизни — это количественное соотношение потребностей человека и степень их удовлетворения социальными, антропогенными и природными факторами. Образ жизни — это прежде всего способ жизнедеятельности людей. Поэтому в различных социальных группах по своей социальной сущности образ жизни не может быть одинаковым. Основные характеристики условий и образа жизни — быт, общественная и культурная деятельность, а также проявление особенностей поведенческих навыков.

Оценка распределения пациентов ЛОКОД по возрасту показала, что большинство больных ЗНО было в возрасте 60–64 и 65–69 лет (по 19,2%), до 30 лет было 0,8% больных, 30–34 лет — 5,0%, 35–39 лет — 4,2%, 40–44 — 5,0%, 45–49 — 6,6%, 50–54 — 10,0%, 55–59 — 13,3%, 70–74 — 10,0%, 75–79 лет — 5,0% и 80–84 — 1,7%. Средний возраст пациента составил  $58,74 \pm 0,10$  лет.

В 100,0% случаев пациенты, участвовавшие в анкетировании, проживали в Ленинградской области. Кроме того, в 100% случаев местом установления диагноза был ЛОКОД.

Оценка социального положения выявила, что большая часть пациентов были на пенсии (40,1%). Кроме того, среди изучаемого контингента наибольшую долю составили служащие (28,4%) и ра-

бочие (20,8%). По 2,5% относили себя к безработным, домохозяйкам и инвалидам, 1,6% к предпринимателям, а 0,8% к военнослужащим и учащимся.

Оценка распределения пациентов по уровню образования показала, что большинство имели среднее специальное образование (66,7%). Высшее образование было у 23,4% больных ЗНО, среднее — у 6,6%, неоконченное высшее — у 2,5%, а 0,8% респондентов имели только начальное образование.

Самооценка материального положения, позволяющая оценить уровень благосостояния пациентов ЛОКОД, выявила, что большинство респондентов оценивали свое материальное положение как удовлетворительное, указав, что денег хватает на нормальную жизнь (57,5%), 32,5% онкологических больных оценили свое материальное положение как ниже среднего, потому что им денег хватает только на минимальные расходы. Считали, что их материальное положение хорошее (проблем с деньгами нет) 7,5% респондентов, а 2,5% пациентов оценили свое материальное положение как бедное, так как денег не хватает даже на минимальные расходы.

При оценке семейного положения было установлено, что доля респондентов, ответивших, что они состояли в зарегистрированном браке, составила 48,4%, в «гражданском» браке — 8,3%. Меньше половины указывали, что они ранее состояли в браке: вдова/вдовец — 26,7%, в разводе — 15,8%. Никогда ранее не вступали в семейно-брачные отношения 0,8% опрошенных.

Было установлено, что 64,2% опрошенных пациентов имели удовлетворительные жилищные условия, 33,3% респондентов полагают, что их условия проживания хорошие, а 2,5% оценивали их как неудовлетворительные.

Обстоятельством выявления ЗНО у 74,1% пациентов ЛОКОД было самообращение, у 5,0% больных новообразование было выявлено активно в смотровом кабинете, у 16,7% — активно при профилактическом осмотре или диспансеризации, а у 4,2% — при других обстоятельствах. Почти две трети больных ЗНО были взяты на учет в отчетном году с диагнозом, установленным впервые в жизни (73,4%), 22,2% пациентов уже состояли на онкологическом учете по месту жительства на начало отчетного года, а 4,4% респондентов состояли на учете с диагнозом, установленным ранее.

В ходе исследования было установлено, что у 16,7% пациентов была установлена инвалидность по основному заболеванию.

Из них у 85,0% больных — это была инвалидность I группы, у 10,0% — II группы, у 5,0% — III группы.

На момент обращения за онкологической помощью в ЛОКОД у 45,7% больных ЗНО онкологическое заболевание было в I стадии, у 8,4% — во II стадии, у 37,5% — в III стадии, у 8,4% — в IV стадии.

Установлено, что основными причинами поздней диагностики заболевания являлись: скрытое течение болезни (98,3%), несвоевременное обращение (64,2%), отказ от обследования (4,2%), неполное обследование (75,8%), несовершенство проведения диспансеризации и профилактических осмотров (56,7%).

Таким образом, проведенное исследование показало, что большинство пациентов, средний возраст которых  $58,74 \pm 0,10$  лет, состоят в зарегистрированном браке, пенсионеры или служащие со средним специальным образованием, удовлетворительным или ниже среднего материальным положением и удовлетворительными жилищными условиями. У 74,1% пациентов ЗНО выявлено при самообращении и только у 16,7% — активно при профилактическом осмотре или диспансеризации. Установлена инвалидность у 16,7% больных ЗНО, преимущественно I группы. Почти две трети больных ЗНО были взяты на учет в отчетном году с диагнозом, установленным впервые в жизни (73,4%), и на момент обращения за онкологической помощью в ЛОКОД только у 45,7% пациентов онкологическое заболевание было в I стадии, а у 45,9% — на III–IV стадии. Основными причинами запущенности онкологического заболевания являлись: скрытое течение болезни, несвоевременное обращение, неполное обследование, а также несовершенство профилактических осмотров и диспансеризации.

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНО-  
РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
НА ФОНЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ  
С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ.  
ОПЫТ ФГБУ РНЦРХТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА А.М. ГРАНОВА**

<sup>1,2</sup>В.Е. Моисеенко, <sup>1</sup>Л.В. Кочорова, <sup>2</sup>А.В. Павловский,  
<sup>2</sup>С.А. Попов, <sup>1,2</sup>Д.А. Гранов

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад.*

*И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия  
ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических  
технологий им. академика А.М. Гранова» Минздрава РФ,  
Санкт-Петербург, Россия*

**Введение.** Изучение качества жизни (КЖ) у пациентов с злокачественными новообразованиями поджелудочной железы является важной задачей паллиативного и симптоматического лечения больных на поздних стадиях заболевания. Термин КЖ можно понимать как совокупность параметров, отражающих изменения течения жизни с оценкой физического состояния, психического статуса и функциональных способностей в процессе развития заболевания и его лечения. Исследование КЖ в онкологии признано отечественными и иностранными авторами и является общепринятым в клинической практике. Метод оценки КЖ основан на субъективном восприятии пациентом событий, наступающих в результате заболевания и влияющих на повседневную жизнедеятельность, используемые при этом опросники и методы интерпретации полученных результатов являются доступными для пациентов и клиницистов. Работ, посвященных изучению КЖ у пациентов, получающих сочетание внутриартериальной химиотерапии и лучевой терапии, нами в доступной литературе не обнаружено. **Целью данного ретроспективного исследования** являлась сравнительная оценка влияния внутриартериального введения препарата гемцитабин в дозировке 1000 мг/м<sup>2</sup> в сочетании с конформной лучевой терапией в режиме среднего фракционирования СОД 51 Гр на КЖ пациентов с МРРПЖ.

**Материалы и методы.** Проведено анкетирование 63 больных МРПЖ из которых 31 пациент получал комбинированное лечение — однократное внутриартериальное введение препарата гемцитабин  $1000 \text{ мг/м}^2$  с последующей конформной лучевой терапией СОД физ. 51 Гр. (основная группа). Контрольная группа включала в себя 32 пациента, которым проводили внутривенное введение препарата гемцитабин в дозе  $1000 \text{ мг/м}^2$  в 1, 8 и 15 дни цикла с последующей конформной лучевой терапией СОД физ. 51 Гр. на базе 2 радиологического отделения и отделения хирургии 2 в ФГБУ РНЦРХТ им. акад. А.М. Гранова в период с 2010 по 2017 год. Анкетирование осуществляли после добровольного письменного согласия больных. Оценку состояния КЖ больных проводили при помощи опросников EORTC-QLQ-C30 «русская версия». Обработку информации и анализ данных выполняли на базе кафедры общественного здоровья ПСПБГМУ им акад. И.П. Павлова.

**Результаты.** В группах исследования на 0 сутки лечения значения показателей КЖ пациентов групп исследования достоверно не различались. Исключение составил критерий «денежные затруднения», медиана которого в основной группе составила  $2 \pm 2$ , а в контрольной —  $2 \pm 2$  ( $p=0,044$ ). Медиана показателей «здоровье в целом» и «качество жизни в целом» пациентов основной группы составила  $2,00 \pm 1$  и  $2,00 \pm 1$ , а в контрольной группе —  $2,00 \pm 1$  и  $2,00 \pm 1$  соответственно ( $p>0,01$ ). Медиана показателя «боль» пациентов основной и контрольной группы составила  $4 \pm 1$  и  $4 \pm 1$  соответственно ( $p=0,957$ ).

На 24 сутки лечения при оценке показателей КЖ пациентов основной группы зарегистрирована тенденция к улучшению показателей физической активности в сравнении с 0 сутками комбинированного лечения — медиана таких показателей КЖ как «затруднения при выполнении физической работы», «короткая прогулка», «длительная прогулка», «нахождение в постели или в кресле большую часть дня», «потребности в отдыхе» — составила  $3 \pm 2$ ,  $3 \pm 1$ ,  $3 \pm 1$ ,  $3 \pm 1$  соответственно ( $p<0,000$ ). В основной группе данные показатели физической активности на 24 сутки остались на прежнем уровне ( $p>0,05$ ). Сравнительная оценка показателей физической активности пациентов в основной и контрольных группах, выявила достоверно лучшие результаты в основной группе ( $p<0,000$ ). На 24 сутки лечения отмечена тенденция к улучшению социального и когнитивного функционирования в основной

группе исследования по всем шкалам ( $p < 0,01$ ). В контрольной группе исследования — тенденция к изменению показателей социального и когнитивного функционирования не отмечена ( $p > 0,05$ ). При сравнительной оценке показатели социального и когнитивного функционирования в группах имели достоверные различия ( $p < 0,000$ ). По результатам анкетирования на 24 сутки комбинированного лечения медиана критерия «снижение аппетита», в основном, имела тенденцию к улучшению и составила  $2,00 \pm 2$  ( $p < 0,01$ ), в основной группе данный показатель на 24 сутки находился на уровне  $3 \pm 2$  и остался без изменения ( $p > 0,05$ ), в группах медиана критерия достоверно не различалась ( $p > 0,05$ ). В обеих группах исследования у пациентов диагностирован синдром констипации. Критерий КЖ «запор» в группах комбинированного лечения достоверно не различался ( $p = 0,063$ ). На 24 сутки пациенты основной и контрольной группы исследования отмечали снижение интенсивности хронического болевого синдрома, что объективно подтверждено результатами анкетирования. Медиана показателя «боль» пациентов основной группы составила  $2,00 \pm 1$ , в контрольной группе  $3 \pm 2$ , однако, данный показатель в группах имел достоверное различие ( $p = 0,063$ ). Медиана показателей «здоровье в целом» и «качество жизни в целом» пациентов основной группы на 24 сутки лечения составила  $3,00 \pm 2$  и  $3,00 \pm 3$  соответственно. Данные критерии в контрольной группе составили  $2,00 \pm 3$  и  $2,00 \pm 2$  соответственно и достоверно различались между группами исследования ( $p = 0,000$ ). На 54 сутки лечения при оценке КЖ пациентов основной группы отмечено продолжение динамики к улучшению показателей физической активности в сравнении с 0 и 24 сутками комбинированного лечения — медиана таких показателей КЖ как «затруднения при выполнении физической работы», «короткая прогулка», «длительная прогулка», «нахождение в постели или в кресле большую часть дня», «потребности в отдыхе» — составила  $1,00 \pm 2$ ;  $1,00 \pm 2$ ;  $2,00 \pm 2$ ;  $1,00 (\pm 2)$ ; соответственно ( $p < 0,01$ ). В основной группе исследования пациентов субъективно отмечали улучшение физической активности, однако, по данным анализа опросников показатели физического функционирования больных остались на прежнем уровне ( $p > 0,05$ ). При сравнительной оценке показателей физической активности пациентов в основной и контрольных группах, показателей физической активности в основной группе достоверно лучше ( $p < 0,000$ ). На 54 сутки лече-

ния зарегистрировано продолжение тенденции к улучшению социального и когнитивного функционирования в основной группе исследования по всем шкалам ( $p < 0,05$ ). В контрольной группе исследования — тенденция к изменению показателей социального и когнитивного функционирования не отмечена, однако субъективно 47% пациентов группы отмечали улучшение данных показателей ( $p > 0,05$ ). При сравнительной оценке показатели социального и когнитивного функционирования в группах имели достоверные различия ( $p < 0,000$ ). Нарушение функционирования кишечника в виде синдрома констипации и диареи у пациентов в группах исследования на 54 сутки лечения, достоверно в группах не различалось ( $p > 0,294$ ). На 54 сутки комбинированного лечения 54% пациентов основной группы и 71% пациентов контрольной беспокоили тошнота и рвота, интенсивность которых в основной группе не превышала Grade 1, в контрольной Grade 2 ( $p = 0,01$ ). По данным анкетирования медианы критериев «тошнота» и «рвота» в основной группе составили  $2,00 \pm 2$  и  $1,00 \pm 1$  в контрольной группе —  $2,00 \pm 2$  и  $1,50 \pm 1$  соответственно. Медианы критериев в группах достоверно различались ( $p = 0,038 - 0,703$ ). Важно отметить, что для коррекции выявленных изменений больные получали базисную терапию, а также индивидуально подобранную терапию в зависимости от выраженности Н.Я. Клинически ощущаемое больными снижение интенсивности хронического болевого синдрома на 54 сутки лечения в основной группе зарегистрировано у всех пациентов, однако, в контрольной группе 63% больных стали отмечать «нарастание» и «возвращение» хронического болевого синдрома, по результатам анкетирования медиана показателя «боль» пациентов основной группы составила  $1,00 \pm 1$ , что достоверно лучше в сравнении с 24 сутками ( $p < 0,01$ ). В контрольной группе медиана критерия «боль» на 54 сутки составила  $3,00 \pm 2$ , что оказалось выше показателя на 24 сутки ( $p = 0,01$ ). Таким образом, на 54 сутки медиана показателей «здоровье в целом» и «качество жизни в целом» пациентов основной группы составила  $5,00 \pm 2$  и  $5,00 \pm 1$  соответственно. Эти же показатели в контрольной группе составили  $3,00 \pm 2$  и  $3,00 \pm 2$  соответственно ( $p = 0,000$ ).

**Обсуждение.** Исследования по оценке КЖ у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями на поздних стадиях, показали, что индекс показателей физического и психического благополучия являются более точным инструментом предсказания

прогноза, чем даже параметр объективного состояния больного и может быть предложен как средство контроля за ходом терапии. Большинство пациентов с МРРПЖ к началу лечения оценивает свое КЖ как «неудовлетворительное». Данный факт является одним из ключевых моментов, затрудняющих проведение полноценного и эффективного лечения этой категории больных, а оценка КЖ является одним из интегративных показателей лечения больных с МРРПЖ. В нашем исследовании среднее время заполнения опросника составило  $10 \pm 2$  мин., что полностью соответствует данным литературы. Настоящее исследование показало, что применение комбинации внутриартериальной химиотерапии и ЛТ в сравнении со стандартной ХЛТ является более безопасным и эффективным методом паллиативного лечения МРРПЖ, способным быстро и на длительный срок улучшить КЖ пациентов с МРРПЖ. В обеих группах с одинаковой частотой и интенсивностью возникали Н.Я., в виде нарушения работы кишечника, что на наш взгляд, связано с влиянием ЛТ ( $p=0,294$ ). Данное мнение нашло подтверждение в литературе. В нашей работе в группе пациентов, получающих комбинацию внутриартериальной химиотерапии препаратом гемцитабин и ЛТ в сравнении со стандартной ХЛТ реже наблюдались такие Н.Я. как тошнота и рвота, а их интенсивность не превышала Grade 1 ( $p=0,05$ ), отмечалось более быстрое и стойкое снижение ХБС ( $p=0,000$ ), быстро и стойко улучшалось физическое, социальное и когнитивное функционирование ( $p=0,000$ ), значительно увеличивались показатели «здоровье в целом» и «качество жизни в целом» ( $p=0,00$ ), чем при стандартной ХЛТ.

**Заключение.** Объективная оценка КЖ больных МРРПЖ, являясь интегративной характеристикой физического, психического, социального и духовного состояния пациентов, позволила сделать вывод о выраженном и стойком паллиативном эффекте внутриартериального введения препарата гемцитабин в дозировке  $1000 \text{ мг/м}^2$  в сочетании с ЛТ СОД 51 Гр. Проведение анкетирования больных при помощи опросников EORTC-QLQ-C30 «русская версия» дает возможность дополнительного надежного мониторинга состояния больных, получающих комбинированное лечение.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ NON TRANSFERRIN BOUND IRON:  
АКТУАЛЬНЫЙ ШАГ В ОРГАНИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ  
И ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ПОЛИОРГАННОГО ПОРАЖЕНИЯ  
ПРИ COVID-19**

А.Н. Лодягин, И.А. Шикалова, О.Л. Балабанова,  
Б.В. Батоцыренов, И.А. Вознюк, Л.П. Пивоварова,  
И.М. Барсукова

*ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи  
им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия*

**Актуальность.** Covid-19 — одна из самых актуальных проблем в современном мире. На решение организационных, лечебно-диагностических и профилактических проблем этого заболевания направлены все усилия научного медицинского сообщества.

**Обоснование проблемы.** Множество вопросов связано с неудовлетворенностью применяемыми терапевтическими подходами к лечению «атипичной пневмонии» и быстро прогрессирующего синдрома полиорганной недостаточности на фоне цитокинового «шторма», которые по-видимому отражают неполную оценку патогенетического воздействия вируса SARS-CoV-2. В настоящее время появляются работы, акцентирующие внимание на проблему регуляции ионного состояния железа при короновиральной патологии у пациентов с тяжелым течением заболевания. Повышение содержания в крови при этом заболевании, не связанного с трансферрином железа (non transferrin bound iron, NTBI) является одним из вероятных механизмов полиорганного поражения. Нарушение баланса в пропорции NTBI и его реакционноспособной фракции — лабильным плазменным железом (LPI), определяет специфическую токсичность, вызывая полиорганные повреждения, в т.ч. опасные для жизни. Лабильное свободное железо плазмы легко захватывается тканями паренхиматозных органов, включая миокард, головной мозг, легкие, в которых оно способствует образованию активных форм кислорода, ускоряя окислительные процессы и провоцируя появление цитотоксических радикалов.

**Методология.** В настоящем исследовании использован контент-анализ имеющихся научных публикаций.

**Результаты исследования.** Разработка организационных, лечебно-диагностических и профилактических мероприятий тесным образом связана особенностями патогенеза заболевания.

Нарушение метаболизма железа может являться одним из вероятных факторов развития тяжелых мультисистемных поражений при Covid-19. В исследовании проведен обзор нарушений обмена железа, в частности, рассмотрены механизмы повышения содержания его наиболее агрессивной формы – железа, не связанного с трансферрином (NTBI — non transferrin bound iron), представлены механизмы токсического действия NTBI и методы его лабораторной идентификации.

В настоящее время рассматриваются несколько патофизиологических гипотез воздействия SARS-CoV-2 на метаболизм железа, среди которых - гипотеза о вирус-индуцированной денатурации гемоглобина, которая приводит к вытеснению атома двухвалентного железа из порфиринового ядра  $\beta$ -цепи молекулы гемоглобина и потери гемоглобином своей кислородтранспортной функции [1, 2]; теорию гепсидиноподобной активности вируса (S. Ehsani) [3, 12].

Целесообразно рассмотреть еще один из вероятных механизмов полиорганного поражения при COVID-19 — это повышение содержания в крови не связанного с трансферрином железа (NTBI). Появление NTBI вместе с его реакционноспособной фракцией, лабильным плазменным железом (LPI), определяют NTBI/LPI-опосредованную токсичность и оказывают множественные жизнеопасные повреждения.

Несмотря на потенциальную клиническую значимость определения NTBI, предпринятые в последние годы меры для улучшения доступных методов диагностики несовершенны, что связано с многочисленными проблемами, связанными с лабораторной стандартизацией [4, 5, 6, 7]. В настоящее время лишь немногие лаборатории создали воспроизводимую и надежную методологию для количественной оценки NTBI и LPI.

Существует несколько методов определения NTBI. Некоторые из них являются косвенными методами, основанными на производстве и измерении продуктов свободно-радикальной дегградации; на других может оказывать влияние присутствие окислительно-восстановительных металлов, таких как медь. Однако, все эти методы основаны на переносе железа из различных биологических хелатов в добавленный хелат. Первый метод косвенного измерения низкомолекулярных комплексов железа, о котором со-

общалось в литературе, — это «анализ блеомицина». Блеомицин разлагает ДНК в аэробных условиях в присутствии соли железа. Чувствительность анализа блеомицина на слабосвязанное железо зависит от концентрации блеомицина, аскорбиновой кислоты и рН реакции. Органические пероксиды и пероксид водорода также могут образовываться во время реакции блеомицина, что приводит к выделению железа из гемовых белков. Некоторые авторы рекомендуют другой специфический метод количественного определения, основанный на использовании большого избытка низкоаффинного лиганда — натрий нитрилотриуксунная кислота (НТА), который удаляет и объединяет все низкомолекулярное железо и железо, неспецифически связанное с сывороточными белками. Комплекс Fe-НТА, присутствующий в ультрафильтрате сыворотки, количественно определяют с использованием высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ), на колонке которой происходит дериватизация железа с высокоаффинным хелатом. Этот метод является надежным, но требует использование такого хелата, как СР22, который еще не доступен в продаже.

Не так давно был введен метод анализа свободного железа, основанный на использовании меченого флуоресцином апотрансферрина, который приводит к гашению флуоресценции при связывании с железом. Преимуществом данного метода является высокая чувствительность и обнаружение тех форм свободного железа, которые сохраняются в сыворотках с низкой насыщенностью трансферрина. Метод компенсирует артефактные изменения флуоресценции, вызванные цветом сыворотки. Это делается путем приготовления параллельных образцов с избытком немеченого апотрансферрина. Однако данный метод требует применения флуоресцентного оборудования, которое еще не доступно во многих лабораториях.

В последние годы были разработаны альтернативные колориметрические методы, основанные на хелате  $Fe^{2+}$  (батофенантролин-дисульфонат). Эти методы являются довольно простыми в применении, однако, требуют использования относительно больших количеств образца или устранения высокого флукуирующего фона в области 535 нм, который преодолевается только частично путем фильтрации через мембрану 0,45 мкм.

Оценка уровня NTBI имеет важное значение, так как она может определить новые направления терапии COVID-19 — именно использование хелатной и антиоксидантной терапии. Немаловаж-

ным аргументом в пользу назначения хелатной терапии служит зависимость многих вирусов, включая корона-вирусное семейство, от железа, которое необходимо для репликации вируса [6]. Помимо этого, выявление НТВИ является предупреждающим сигналом о тяжелом течении заболевания и высоком риске развития молниеносных, серьезных осложнений [9, 10, 11, 12].

#### **Выводы.**

1. Новые сведения о нарушении метаболизма эндогенного железа исключительно важны в понимании патогенеза заболевания.

2. Гипотеза токсического воздействия активных форм свободного железа при короновирусной инфекции требует серьезного изучения и целенаправленного обследования больных, которое возможно при определении:

- уровня ферритина и сатурации трансферрина в рутинной практике обследования больных;
- НТВИ и LPI в высокоспециализированных научных лабораториях.

3. Повышение уровня ферритина, НТВИ и LPI является показателем для модификации программ лечения данной категории больных.

4. Перспективными схемами интенсивной терапии при формировании синдрома полиорганного поражения при воздействии вируса SARS-CoV-2 может быть применение хелатной и антиоксидантной терапии.

#### **Литература**

1. Wenzhong L, Hualan L. COVID-19 Disease: ORF8 and surface glycoprotein inhibit heme metabolism by binding to porphyrin. ChemRxiv 2020; Preprint. 10.26434/chemrxiv.11938173.v3.

2. Wenzhong L, Hualan L. COVID-19: Attacks the 1-beta chain of hemoglobin and captures the porphyrin to inhibit human heme metabolism. ChemRxiv 2020. Preprint. 10.26434/chemrxiv.11938173.v8.

3. Ehsani S. Distant sequence similarity between hepcidin and the novel coronavirus spike glycoprotein: a potential hint at the possibility of local iron dysregulation in COVID-19. arXiv:200312191 <https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/2003/2003.12191.pdf>.

4. Jacobs E., Hendriks J., van Tits B.L.J.H et al. Results of an international round robin for the quantification of serum non-transferrin-bound iron: Need for defining standardization and a clinically relevant isoform. Anal Biochem. 2005;341:241–250.

5. Paffetti P., Perrone S., Longini M. et al. Non-protein-bound Iron Detection in Small Samples of Biological Fluids and Tissues. *Biol Trace Elem Res.* 2006 Sep; 112(3):221-32.
6. Breuer W., Cabantchik Z.I. A Fluorescence-Based One-Step Assay for Serum Non-Transferrin-Bound Iron. *Anal Biochem.* 2001 Dec 15; 299(2): 194-202.
7. Nilsson U.A., Bassen M., Sävman K. et al. A Simple and Rapid Method for the Determination of «Free» Iron in Biological Fluids. *Free Radic Res.* 2002 Jun; 36(6):677-84.
8. Liu W., Zhang Sh., Nekhai S. et al. Depriving Iron Supply to the Virus Represents a Promising Adjuvant Therapeutic Against Viral Survival. *Curr Clin Microbiol Rep.* 2020 Apr 20:1-7.
9. Breue W., Hershko C., Cabantchik Z.I. The Importance of Non-Transferrin Bound Iron in Disorders of Iron Metabolism. *Transfus Sci.* 2000 Dec; 23(3):185-92.
10. Kakhlon Or, Cabantchik Z.I. The Labile Iron Pool: Characterization, Measurement, and Participation in Cellular processes. *Free Radic Biol Med.* 2002 Oct 15; 33(8):1037-46.
11. Kruszewski M. Labile Iron Pool: The Main Determinant of Cellular Response to Oxidative Stress. *Mutat Res.* 2003 Oct 29; 531(1-2):81-92.
12. Cavezzi A., Troiani E., Corrao S. COVID-19: hemoglobin, iron, and hypoxia beyond inflammation. A narrative review *Clin Pract.* 2020 May 19; 10(2): 1271.

## **ОНАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ЭНДОГЕННОГО ЖЕЛЕЗА КАК ФАКТОР ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ COVID-19**

А.Н. Лодягин, И.А. Шикалова, О.Л. Балабанова,  
Б.В. Батоцыренов, И.А. Вознюк, И.М. Барсукова

*ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи  
им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия*

**Актуальность.** Научные публикации о COVID 19 указывают на вероятную связь тяжелого течения заболевания с нарушением регуляции метаболизма эндогенного железа: имеются данные о значительном повышении уровня ферритина (клеточное депо

железа), отмечено снижение концентрации железа крови у больных и низкая сатурация трансферрина [1, 2, 3, 4, 5].

В исследовании использован контент-анализ имеющихся научных публикаций и собственные клинические наблюдения.

**Результаты исследования.** Сегодня рассматриваются несколько патофизиологических гипотез воздействия SARS-CoV-2 на метаболизм железа. Одна их первых — гипотеза о вирус-индуцированной денатурации гемоглобина, которая приводит к вытеснению атома двухвалентного железа из порфиринового ядра — цепи молекулы гемоглобина и потери гемоглобином своей кислород-транспортной функции [6, 7]. Позже S. Ehsani обратил внимание на значительное сходство между аминокислотной последовательностью цитоплазматического хвоста гликопротеина спайка SARS-CoV-2 и белком гепсидина, что позволило выдвинуть теорию гепсидиноподобной активности вируса [8, 13]. Физиологическая роль гепсидина заключается в связывании с клеточным экспортером железа ферропортином, тем самым вызывая его интернализацию и деградацию, что приводит к секвестрации (задержке) железа в клетках. Активное накопление железа в клетках вызывает повышение ферритина (клеточное депо железа) и активацию железо-зависимого перекисного окисления липидов.

Целесообразно рассмотреть еще один из вероятных механизмов полиорганного поражения при COVID-19 — это повышение содержания в крови не связанного с трансферрином железа. В физиологическом состоянии, практически все железо крови связано с трансферрином и уровень не связанного с трансферрином железа (non transferrin bound iron, NTBI) у здоровых людей не превышает 1 мкмоль/л. Известно, что железо в свободной форме обладает выраженным прооксидантным действием, так как именно металлам с переменной валентностью принадлежит ведущая роль в инициирование оксидативного стресса. В присутствии ионов железа реакция цепного окисления становится разветвленной и практически неуправляемой, а ее скорость многократно возрастает. Например, свойства железа генерировать образование активных форм кислорода применяется в катализаторе Фэнтона (реакция Haber-Weiss) для окислительной деструкции органических веществ в загрязненных и сточных водах [9]. Железо (II) окисляется пероксидом водорода до железа (III), образуя гидроксильный радикал и в гидроксид-ион. Железо (III) затем восстанавливается обратно до же-

леза (II) с другой молекулой перекиси водорода, образуя гидропероксильный радикал и протон водорода  $[\text{Fe}^{2+} + \text{H}_2\text{O}_2 \rightarrow \text{Fe}^{3+} + \text{HO} \cdot + \text{OH}^-] \rightarrow [\text{Fe}^{3+} + \text{H}_2\text{O}_2 \rightarrow \text{Fe}^{2+} + \text{HO} \cdot + \text{H}^+]$ . В организме железо защищается от участия в реакциях, ведущих к окислительно-восстановительному циклу и образованию активных форм кислорода путем связывания с белками трансферрином в крови и ферритином в тканях. Этот процесс регулируется феррооксидазами (церулоплазмин, гефестин) — белками, осуществляющими перевод двухвалентных ионов железа в трехвалентные, так как только в двухвалентном состоянии железо может связываться с трансферрином [10]. Нарушение регуляции ионного состояния железа может привести к повышению двухвалентной формы железа и как следствие этого — повышение в крови фракции не связанного с трансферрином железа (NTBI). Появление NTBI вместе с его реакционноспособной фракцией, лабильным плазменным железом (LPI), определяют NTBI/LPI-опосредованную токсичность и оказывают множественные жизнеопасные повреждения. Лабильное железо плазмы легко захватывается тканями, включая миокард, в которых это вещество катализирует образование активных форм кислорода. Реактивное поступление железа в кардиомиоциты через двухвалентные ионные каналы, активируя свободно-радикальные процессы, повреждает лизосомальные, митохондриальные и саркоплазматические мембраны, что вызывает аритмии и нарушение процессов возбуждения и сокращения [11]. Описано повреждение эндотелия сосудов NTBI фракцией железа, что может служить пусковым механизмом развития сердечно-сосудистых осложнений и коагулопатии [15]. Считается, что свободное железо увеличивает риск инфекций у пациентов посредством двух основных механизмов: (1) прямого воздействия на патогенные микроорганизмы, которые приобретают у хозяина NTBI, необходимое для их роста; (2) вредное воздействие на клеточные и молекулярные механизмы, ответственные за естественную устойчивость к инфекциям, включая нарушение иммунного клеточного ответа, а также продукцию цитокинов и образование оксида азота [12].

О перегрузке железом может свидетельствовать повышение уровня ферритина. Учитывая, что воспалительные процессы могут влиять на его уровень в крови, эта оценка может быть лишь приблизительной. Тем не менее, в клинической практике уровни ферритина в сыворотке более 1000 нг/мл считаются маркером

перегрузки железом и обычно используются в качестве ориентира для начала хелатирования железа.

При этом методы диагностики NTBI сегодня несовершенны, лишь немногие лаборатории создали воспроизводимую и надежную методологию для количественной оценки NTBI и LPI.

**Выводы.** Несмотря на беспрецедентные меры борьбы с Covid-19, остается немало нерешенных вопросов, в том числе в понимании патогенеза этого заболевания. Ответы на эти вопросы позволят разработать комплекс эффективных организационных, лечебно-диагностических и профилактических мероприятий. Нарушения метаболизма железа может являться одним из вероятных факторов развития тяжелых мультисистемных поражений при Covid-19.

Авторы предполагают, что определение NTBI у больных с Covid-19 позволит выявить возможные патогенетические механизмы заболевания и разработать новые направления интенсивной терапии, основанные на элиминации токсичных форм железа.

#### Литература

1. Bolondi G., Russo E., Gamberini E., et al. Iron metabolism and lymphocyte characterisation during Covid-19 infection in ICU patients: an observational cohort study. *World J Emerg Surg.* 2020; 15: 41.
2. Chen T., Wu D., Chen H. et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. *BMJ.* 2020; 368: m1091.
3. Chen N. †, Zhou M. †, Dong X. † et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet.* 2020 15–21 February; 395(10223): 507–513.
4. Ruan Q., Yang K., Wang W. et al. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. *Intensive Care Med.* 2020 Mar 3 : 1–3.
5. Zhou F.†, Yu T.†, Du R.† et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet.* 2020 28 March-3 April; 395(10229): 1054–1062.
6. Wenzhong L, Hualan L. COVID-19 Disease: ORF8 and surface glycoprotein inhibit heme metabolism by binding to porphyrin. *ChemRxiv* 2020; Preprint. 10.26434/chemrxiv.11938173.v3.

7. Wenzhong L, Hualan L. COVID-19: Attacks the 1-beta chain of hemoglobin and captures the porphyrin to inhibit human heme metabolism. ChemRxiv 2020. Preprint. 10.26434/chemrxiv.11938173.v8.

8. Ehsani S. Distant sequence similarity between hepcidin and the novel coronavirus spike glycoprotein: a potential hint at the possibility of local iron dysregulation in COVID-19. arXiv:200312191 <https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/2003/2003.12191.pdf>.

9. Конькова Т.В., Катаевич А.М., Гуриков П.А. Гетерогенные катализаторы Фентона на основе мезопористых силикагелей, полученные сушкой в среде сверхкритического диоксида углерода. Сверхкритические флюиды: теория и практика. 2012; Том 8, № 4: 29–35.

10. Лукина Е.А., Цветаева Н.В., Сметанина Н.С. Диагностика и лечение вторичной перегрузки железом. Федеральные клинические рекомендации. М.; 2014.

11. Сависько А.А., Лагутеева Н.Е., Теплякова Е.Д. и др. Роль нарушения метаболизма железа в развитии нарушений ритма и проводимости у детей с острым лейкозом. Медицинский вестник Юга России. 2015; (3): 95–100.

12. Vinchi F., Simmelbauer A., Altamura S. et al. Iron accelerates cardiovascular disease: the importance of maintaining iron balance. *Atherosclerosis*. 2016;252: 241–242.

13. Cavezzi A., Troiani E., Corrao S. COVID-19: hemoglobin, iron, and hypoxia beyond inflammation. A narrative review *Clin Pract*. 2020 May 19; 10(2): 1271.

## Проблемы профилактики заболеваний и диспансеризации населения

---

### О НАДЗОРЕ ЗА ФАЛЬСИФИЦИРОВАННОЙ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИЕЙ И МЕРАХ ПРОФИЛАКТИКИ

<sup>1</sup>Л.В. Белова, <sup>1</sup>Т.Ю.Пилькова, <sup>2</sup>Е.С. Варламова

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Вопросам обеспечения соответствия пищевых продуктов требованиям качества и безопасности, а так же защите прав потребителей при приобретении, употреблении этих продуктов уделяется серьезное внимание, и выявление фальсифицированной продукции — одно из направлений деятельности специалистов и санитарных врачей Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзора).

*Обязательной составной частью оценки качества и потребительских свойств пищевой продукции является совокупность физико-химических, органолептических, микробиологических показателей, а также аутентичность самого продукта. Несовершенство правовых и организационных механизмов в отношении качества пищевой продукции приводит к тому, что на потребительском рынке имеет место оборот продукции, не отвечающей потребностям населения, а также фальсифицированная пищевая продукция с измененными и/или скрытыми свойствами, информация о которых является неполной или недостоверной. Потребление пищевой продукции с низкими потребительскими свойствами является причиной снижения качества жизни и фактором риска развития ряда алиментарно-зависимых заболеваний за счет необоснованно высокой калорийности пищевой продукции, сниженной пищевой ценности, избыточного содержа-*

*ния насыщенных жиров, дефицита микронутриентов и пищевых волокон.*

Производство и реализация фальсифицированной продукции наряду с намеренным введением потребителя в заблуждение относительно происхождения и свойств продуктов, может наносить не только прямой ущерб здоровью населения, но и способствует недобросовестной конкуренции на продовольственном рынке.

При анализе ретроспективных данных лабораторного контроля по Ленинградской области в 2016 г. и 2017 г. в структуре пищевой продукции, несоответствующей требованиям, наибольшая доля приходится на молочную продукцию. При осуществлении государственного контроля Управлением Роспотребнадзора по Ленинградской области (далее — Управление) было проведено значительное количество плановых и внеплановых проверок предприятий, осуществляющих оборот пищевой продукции. Было выявлено, что 3,9% проб продукции не соответствует требованиям, из них большее количество приходится на молочную продукцию. Несоответствия действующим требованиям выявлены по показателям: жирно-кислотный состав жировой фазы продукта, массовая доля влаги, жира, белка; кислотность. Установлено, что из всего количества выявленной фальсифицированной молочной продукции 15% составляла молочная продукция местных изготовителей. Недобросовестными изготовителями молочной продукции используются технологические «приёмы» удешевления процесса изготовления молочной продукции с частичной или полной заменой молочного жира на растительный жир, снижение количества белка, замена цельного молока сухим, восстановленным или обезжиренным и т.п.

Актуальна проблема ложной или вводящей в заблуждение маркировки пищевой продукции. Четверть из общего объема выявленной фальсифицированной молочной продукции (например, масло сливочное) выявлено в детских дошкольных учреждениях; по результатам исследований жирнокислотный состав жировой фазы продукта не соответствует жирнокислотному составу молочного жира; фактическая массовая доля жира не соответствует заявленной, выявлено превышение массовой доли влаги. В ходе проверок выявляются предприятия, в т.ч. на территории области, которые не осуществляют деятельность по адресам, указанным на этикетках продукции. Необходимо отметить, что удельный вес

выявленной фальсифицированной молочной продукции в детских дошкольных учреждениях за истекший период 2017 г. ниже такового в 2016 году. Три четверти несоответствующей по показателям идентификации требованиям молочной продукции (масло сливочное, сметана, творожный продукт) выявлены в предприятиях торговли Ленинградской области.

По всем случаям выявления в обороте пищевой продукции, несоответствующей требованиям технических регламентов и др. нормативных актов, специалистами Управления применяется весь комплекс мер, предусмотренных законодательством.

В целом в Российской Федерации в 2016 году в структуре пищевой продукции, несоответствующей требованиям по показателям фальсификации, наибольшая доля приходится на молочные консервы (8% не соответствует) и мясные консервы (5,3% не соответствует), а также молочную продукцию (не соответствует 4,3%). С реализации было снято более 7 тонн фальсифицированной молочной продукции. Общая сумма наложенных штрафов составила более 6 млн. рублей. В органы по сертификации направлено свыше 30 материалов об отзыве деклараций о соответствии, в правоохранительные органы направлено 8 дел, деятельность 1 предприятия приостановлена судом по представлению Роспотребнадзора.

Действующая законодательная база в виде технических регламентов Таможенного Союза (ТР ТС 021/2011, ТР ТС 033/2013) привели к ужесточению требований к молочному сырью и производственному контролю предприятий, осуществляющих оборот молочной продукции.

Разработанные межгосударственные стандарты на молочное сырье учитывают требования Codex Alimentarium, Международной молочной Федерации (IDF), что позволит обеспечить равноправное сотрудничество в рамках Таможенного Союза.

Важен правильный подбор методик измерений показателей, что также позволяет не только обеспечивать получение достоверных результатов, но и выявить фальсификацию. По фактам обнаружения в обороте фальсифицированной продукции органами Роспотребнадзора проводятся контрольно-надзорные мероприятия в отношении производителей и продавцов, принимаются меры, направленные на пресечение противоправных действий.

Создание системы быстрого оповещения «О сведениях и принимаемых мерах в отношении несоответствующей нормативным

требованиям продукции», в которую в онлайн-режиме поступает информация о выявленной в обороте на территории РФ пищевой продукции, несоответствующей установленным требованиям, позволяет принимать меры реагирования к производителю и продавцу продукции одновременно в субъектах РФ.

Таким образом, Управлением Роспотребнадзора по Ленинградской области уделяется значительное внимание противодействию производства и оборота фальсифицированной продукции и принимаются меры для охраны здоровья населения. Для обеспечения безопасности потребительского рынка, наполнения его продукцией, соответствующей требованиям нормативных документов, необходима долгая и кропотливая работа по строительству действенного заслона поступления и потребления некачественной и фальсифицированной пищевой продукции, и только взаимодействие производителей, продавцов, контролирующих органов и органов власти позволит достичь поставленной цели.

## **ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ ЛУЧЕВЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ**

Б.А. Минько, Е.А. Строгонов

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный  
университет», Санкт-Петербург, Россия  
ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических  
технологий им. академика А.М. Гранова» Минздрава РФ,  
Санкт-Петербург, Россия*

Проблема проведения профилактических мероприятий рака молочной железы (РМЖ) остается крайне актуальной во всем мире в течение многих последних лет. По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно в мире выявляется более 1 млн. новых случаев РМЖ, при этом значительное число патологий выявляется на поздних стадиях. Кроме того, отмечается неуклонный рост выявления среди женщин молодого возраста — женщины до 35 лет составляют до 16,0% среди пациенток, больных РМЖ. Несвоевременное выявление заболевания, его развитие из-за отсутствия лечения на ранних стадиях, являются причиной ранней

инвалидизации женщин, потерей ими социальных и репродуктивных функций, остаются одной из значимых причин летальности женского населения.

Современные подходы к проведению профилактических мероприятий РМЖ в Российской Федерации обозначены требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», в соответствии с которым в рамках мероприятий скрининга, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний, женщинам в возрасте от 40 до 75 лет при проведении диспансеризации должно проводиться рентгеновское маммографическое обследование (РМГ) обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм 1 раз в 2 года. В целях оценки предложенных подходов проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации пациенток поликлиник Санкт-Петербурга в возрасте от 18 до 80 лет, которым в период с 2017 по 2019 год проводилась РМГ по тем или иным причинам (10190 случаев).

По результатам проведенного исследования установлено, что чувствительность РМГ в ранней диагностике патологии молочной железы зависит от степени выраженности и соотношения железистой, жировой и фиброзной ткани. У молодых женщин с преобладанием в молочных железах железистой ткани, а также при различных формах диффузной фиброзно-кистозной мастопатии, информативность РМГ неудовлетворительна. Снижение информативности РМГ также отмечено и у женщин в возрасте 40–49 лет при быстро растущих агрессивных опухолях.

Исследование показало, что недостатки информативности РМГ могут быть восполнены при применении ультразвукового исследования (УЗИ) молочных желез, хотя это исследование не рекомендовано в настоящее время нормативными правовыми актами к проведению для скрининга онкологических заболеваний.

Для уточнения диагноза у 42,9% женщин было назначено проведение УЗИ, при этом частота направления на УЗИ в период проведения исследования увеличилась (темп прироста в период с 2017 по 2019 годы составил 33,9%), что свидетельствует о нарастании активности использования метода для уточнения диагноза. Кроме того, следует отметить, что использование УЗИ позволило прове-

сти осмотр молочных желез кормящим и беременным женщинам. Во время исследования оценивалась структура молочных желез, соотношение железистой, жировой и фиброзной тканей, состояние млечных протоков, наличие очаговых образований. Принимались во внимание также возраст и функциональное состояние женского организма. В обязательном порядке проводился осмотр подмышечных, над- и подключичных областей с целью оценки регионарных лимфатических узлов.

Результаты скрининга, проведенного среди женского населения, показали широкую распространенность патологии молочной железы. В среднем по данным РМГ у одной женщины выявлялось  $1,1 \pm 0,3$  заболевания. Определялся некоторый рост ( $t=3,6$ ;  $p<0,05$ ) показателя в динамике за изучаемый период с  $0,9 \pm 0,3$  до  $1,3 \pm 0,2$ , что следует расценивать и как истинный рост распространенности патологии, и как повышение качества проводимых исследований. В большинстве случаев (99,5%) у женщин были выявлены доброкачественные формы патологии молочной железы, в 0,5% был заподозрен РМЖ. У женщин анализируемых возрастных групп отсутствовали статистически значимые различия в среднем количестве выявленных заболеваний ( $t<2$ ). В тоже время, методом РМГ у женщин в возрасте от 40 до 49 лет частота выявления диффузных форм мастопатий составила 84,7 на 100 обследованных, что выше ( $t=4,2$ ;  $p<0,5$ ), чем частота выявления этой патологии среди женщин старшей возрастной группы (50 лет и старше) — 73,7 на 100 обследованных.

Доброкачественные образования молочной железы методом РМГ были выявлены у каждой четвертой женщины (26,8%). При этом, частота их выявления, так же как и частота выявления диффузных форм мастопатии, имела тенденцию к росту в изучаемый период. В отличие от динамики выявления диффузных форм мастопатии и доброкачественных образований, имеющей тенденцию к росту, частота выявления очаговой патологии при проведении РМГ оставалась стабильной. Не было выявлено различия показателей, как в отдельные годы наблюдения, так и среди изучаемых возрастных групп ( $t<2$ ).

При проведении УЗИ, назначенного для уточнения диагноза, заподозренного по результатам РМГ, основное внимание было направлено на выявление очаговой патологии, имеющей характерные ультразвуковые признаки РМЖ. Диагноз РМЖ по резуль-

татам комплексного обследования был установлен с частотой 0,6 на 100 обследованных женщин. Наибольшая частота выявления РМЖ по результатам УЗИ была определена в возрастной группе 40–49 лет (0,9 на 100 обследованных женщин), что значительно выше ( $t=4,0$ ;  $p<0,5$ ), чем в иных возрастных группах: до 29 лет — 0,1; 30–39 лет — 0,3; 50 лет и старше — 0,6 на 100 обследованных.

Другие очаговые изменения МЖ, которые не позволяли исключить вероятность злокачественного процесса и требовали дальнейшей морфологической верификации, были выявлены с частотой 0,3 на 100 обследованных женщин.

Применение для диагностики патологии молочных желез как РМГ, так и УЗИ, позволило провести сравнительный анализ, определить различия в частоте выявления патологии молочной железы этими методами. При УЗИ чаще выявлялись диффузная фиброзно-кистозная мастопатия, фиброаденомы, липомы. В тоже время локальный фиброз методом РМГ был диагностирован в 6,2 раза чаще, чем УЗИ. Очаговые изменения МЖ, не позволяющие исключить вероятность злокачественного процесса, ультразвуковым и рентгенологическим методами выявлялись практически с одинаковой частотой (0,8 и 0,9 на 100 обследованных женщин соответственно,  $t<2$ ). Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием кистозного компонента методом УЗИ выявлялась с частотой 25,4 на 100 обследованных, а методом РМГ — 11,4 на 100 обследованных; фиброаденомы методом УЗИ выявлялись с частотой 5,9 на 100 обследованных, а методом РМГ — 4,5 на 100 обследованных, липомы методом УЗИ выявлялись с частотой 14,5 на 100 обследованных, а методом РМГ — 10,0 на 100 обследованных ( $t$  от 2,7 до 4,0;  $p>0,05$ ).

Таким образом установлено, что диагностические возможности УЗИ и РМГ во многом определяются возрастными специфическими особенностями женщины, что диктует необходимость комплексного использования этих методов в скрининге патологии МЖ. С учетом полученных данных существует возможность рекомендовать использовать УЗИ в качестве дополнительного диагностического метода при проведении диспансеризации женского населения, особенно в возрастной группе до 49 лет. Сочетание методов РМГ и УЗИ при проведении диспансеризации и профилактических осмотров в целях своевременной диагностики патологии молочной железы у женщин возможно по следующей схеме:

- в возрасте от 20 до 39 лет проводить УЗИ молочных желез ежегодно;
- в возрасте от 40 до 49 лет проводить РМГ 1 раз в 2 года, в промежутках между РМГ проводить УЗИ молочных желез;
- в возрасте 50 лет и старше проводить РМГ 1 раз в 2 года.

Включение УЗИ молочных желез в алгоритм обязательного диспансерного обследования женщин в возрасте до 50 лет позволит улучшить своевременную диагностику доклинических форм РМЖ. Предложения по схеме обследования женщин могут быть учтены при подготовке нормативных правовых документов, регламентирующих порядок проведения диспансеризации и профилактических осмотров.

## **ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

А.Е. Чернобровкина

*СПбГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки»  
Санкт-Петербург, Россия*

В последнее десятилетие в Российской Федерации наблюдается повышение уровня первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями, которая выросла в указанный период на 20%. Величина показателя в Санкт-Петербурге в 2019 году составила 509,7 на 100 тыс. жителей, при этом, первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями среди женщин достоверно выше (558,4 на 100 тыс. жителей), в основном за счет заболеваемости женщин трудоспособного возраста ( $t=3,0$ ;  $p<0,05$ ). Столь неблагоприятная картина женского здоровья складывается, в том числе, в связи с высокой долей злокачественных новообразований органов женской половой сферы, занимающих в общей структуре онкологической заболеваемости в Санкт-Петербурге в 2019 году 14,8%, а, именно, третье место после заболеваний органов пищеварительной системы и молочной железы. В формировании структуры заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями репродуктивных органов в Санкт-Петербурге в 2019 году ведущую роль играет рак шейки матки, не только за счет значительной доли в 22,4%, но и за счет существенного не-

гативного влияния данной патологии на репродуктивное здоровье населения. Вызывает озабоченность и величина показателя запущенности онкологического процесса, который в Санкт-Петербурге в 2019 году при заболевании раком шейки матки составил 46,1% (доля заболеваний, выявленных на III–IV стадиях).

В связи с сохраняющейся неблагоприятной ситуацией, несмотря на меры, направленные на раннее выявление и обеспечение доступности лечения, задача совершенствования профилактики и ранней диагностики рака шейки матки остается особенно актуальной. Основное внимание при этом следует уделять повышению доступности и эффективности скрининговых программ, позволяющих выявлять заболевание на доклинической и прееклинической стадиях, когда еще нет симптомов. Рак шейки матки идеально соответствует требованиям к заболеваниям, подлежащим высокоэффективному и экономически целесообразному скринингу за счет длительного периода развития с выраженными формами предрака, позволяет выявить начальные признаки патологии, провести несложное и недорогое органосохраняющее лечение. Прогноз заболевания благоприятен при обнаружении дисплазии в 100% случаев, при обнаружении преинвазивного рака в 99,1% случаев. Организованный скрининг и, как следствие, ранняя диагностика, своевременное высокоэффективное лечение больных дисплазией и преинвазивным раком являются важными способами вторичной профилактики инвазивного рака шейки матки как новообразования визуальной локализации, имеющей недопустимо высокие показатели запущенности.

Скрининговое исследование шейки матки, направленное на раннее выявление злокачественного процесса, включено в настоящее время в комплекс профилактических мероприятий — диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры взрослого населения. В объем профилактических мероприятий на протяжении последних лет в соответствии с приказами Министерства здравоохранения России об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения от 03.12.2012 г. № 1106н, от 03.02.2015 г. № 36ан, от 13.03.2019 г. № 124н входит осмотр фельдшером (акушеркой), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточно-го зева) и цервикального канала на цитологическое исследование. Для успешного внедрения скрининговых программ важным фак-

тором является выбор диагностического оборудования и метода диагностики. Экономически доказано, что при чувствительности классического Pap-теста <50% и специфичности <86% внедрение данного скрининга неэффективно и с клинической и экономической точки зрения. Низкая достоверность таких диагностических тестов приводит к большим затратам при крайне низком клиническом эффекте. Жидкостная цитология уже более 30 лет используется во всем мире в качестве первичной диагностики в скрининговых программах и доказала свою эффективность. Методическими рекомендациями «Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», выпущенных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» 22.10.2019 г., подчеркнуто, что допускается и учитывается только цитологическое исследование мазка с шейки матки, однако применение жидкостной технологии, с окраской по методу Папаниколау, получившее международное признание как наиболее эффективный метод скрининга рака шейки матки, рекомендуется в числе иных методов. Согласно приказа Минздрава России от 12.11.2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» при проведении обследования женщин предусматривается цитологическое исследование в качестве первичной диагностики с обязательным взятием мазка не реже 1 раза в год. По методике исследования в базовый спектр обследования в амбулаторных и стационарных условиях включена «цитология мазков (Pap-тест)». Таким образом, на федеральном уровне сохраняется возможность применения различных диагностических методик при проведении скрининга рака шейки матки.

Интересны данные анализа, проведенного по данным формы статистического наблюдения № 131 «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения» за 2018 год в Санкт-Петербурге. Всего в ходе диспансеризации взрослого населения выполнено 237 545 цитологических исследований, еще 50 208 исследований в ходе диспансеризации учтено из числа выполненных ранее. Таким образом, из общего числа взрослого женского населения указанный скрининг прошли 34,9%. К сожалению, 15 929 женщин в рамках диспансеризации отказались от осмотра фель-

дшером (акушеркой) и выполнения исследования. Доля случаев, при которых выявлены патологические состояния в результате проведенного цитологического скрининга составило только 1,6%, доля пациенток с выявленными злокачественными новообразованиями гинекологической сферы составила 0,2% от числа прошедших все этапы диспансеризации. Из числа случаев злокачественных новообразований гинекологической сферы, выявленных активно, вклад проводимых все большими ежегодными объемами профилактических мероприятий, составил в 2018 году только 16,5%. Полученные данные свидетельствуют о недостаточном вовлечении женщин в регулярные профилактические мероприятия, ограниченном их объеме в направлении раннего выявления онкогинекологических заболеваний. Все это требует доработки конкретных мер для проведения на всех уровнях диагностики и лечения злокачественных новообразований гинекологической сферы, закрепленных на федеральном уровне.

В настоящее время в Санкт-Петербурге при проведении цитологического исследования мазков с поверхности шейки матки и цервикального канала применяется жидкостная технология. В целях снижения смертности населения Санкт-Петербурга от онкологических заболеваний в рамках реализации Региональной программы Санкт-Петербурга «Борьба с онкологическими заболеваниями» на 2019–2024 годы и обеспечения доступности и качества проведения цитологических лабораторных исследований в централизованных цитологических лабораториях государственных медицинских организаций в рамках Территориальной программы государственной помощи гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 30.08.2019 г. № 454-р «Об организации проведения цитологических лабораторных исследований в рамках проведения автоматизированного скрининга рака шейки матки» утверждена маршрутизация клинического (биологического) материала в соответствующие лаборатории для проведения автоматизированного скрининга рака шейки матки с использованием жидкостной цитологии по направлениям врачей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Вместе с тем, наряду с уже предпринятыми действенными мерами по повышению эффективности скрининговых программ раннего выявления рака шейки матки, необходимы шаги, направ-

ленные на повышение приверженности женщин к своевременной заботе о своем здоровье. Кроме того, необходима постоянная работа по повышению доступности для женщин рассматриваемой медицинской помощи, предоставление им как можно большего объема информации по вопросам ранней диагностики рака шейки матки. Согласно упомянутым методическим рекомендациям Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины, в целях повышения информативности проводимого цитологического исследования перед его проведением исключаются половые контакты в течение 2-х суток, отменяются любые вагинальные препараты, тампоны и спринцевания, забор мазков не проводится во время менструации, при проведении того или иного лечения инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза. Практическая реализация данных рекомендаций в рамках диспансеризации не всегда находится на высоком уровне. Зачастую мазки берут в день визита в медицинскую организацию, предварительно не информируя женщин о необходимости соблюдения указанных условий. С учетом полученных данных необходимо проведение углубленного анализа первичной заболеваемости раком шейки матки на фоне предпринимаемых в Санкт-Петербурге мер по профилактике этого заболевания.

## **Проблемы подготовки медицинских кадров и обеспеченности населения медицинскими кадрами**

---

### **КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СЛУЖБЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

К.С. Ключовкин, М.В. Окулов, С.А. Кожин

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет имени акад. И.П. Павлова»  
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

В условиях распространения новой коронавирусной инфекции руководителями медицинских организаций и органами управления здравоохранением предпринимаются беспрецедентные меры, направленные на урегулирование оказания медицинской помощи нуждающимся в ней пациентам. Осуществляется перепрофилирование медицинских организаций, оказывающих плановую специализированную медицинскую помощь, для оказания медицинской помощи пациентам инфекционного профиля, разрабатываются и внедряются системы тестирования больных на наличие инфицирования COVID-19, в срочном порядке проходят обучение врачи всех специальностей, чтобы своевременно и в полном объеме проводить диагностику и лечение пациентов. Плановые организационные мероприятия по этому вопросу выполняются руководителями медицинских организаций в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».

С учетом имеющегося мирового опыта оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией, можно уверенно утверждать, что ведущей, наиболее значимой для них в новых условиях является медицинская помощь, предоставляемая в палатах интенсивной терапии и реанимации. Несмотря

на ограниченные возможности системы здравоохранения, такая помощь должна быть оказана по показаниям в полном объеме. Это, безусловно, находит подтверждение в практической деятельности каждого стационара, осуществляющего прием пациентов с COVID-19 и с подозрением на развитие коронавирусной инфекции, а также закреплено и на законодательном уровне. Постановление Правительства Российской Федерации от 03.04.2020 г. № 432 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией» устанавливает, что оказание, в том числе специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в экстренной форме при острых респираторных вирусных заболеваниях, гриппе, пневмонии, новой коронавирусной инфекции, а также медицинской помощи пациентам, нуждающимся в респираторной экстракорпоральной мембранной оксигенации, осуществляется с учетом потребностей застрахованных лиц. В этой связи особенно актуальным становится ресурсное обеспечение отделений анестезиологии и реанимации и, особенно, их обеспечение медицинскими кадрами.

В рамках научно-аналитической работы, посвященной проблемам организации медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология», проведен анализ кадрового обеспечения врачами-анестезиологами-реаниматологами за восемь лет, в период с 2012 по 2019 год, что позволяет оценить потенциал возможностей работы соответствующей службы в период борьбы с новой коронавирусной инфекцией. Установлено следующее.

Всего в Санкт-Петербурге в 2019 году работало 1884 врачей-анестезиологов-реаниматологов. Укомплектованность врачебных должностей занятыми ставками составила только 80,1%, что является весьма неудовлетворительным показателем. Укомплектованность врачебных должностей анестезиологов-реаниматологов физическими лицами также неудовлетворительна и составила только 72,0%.

Вместе с тем, следует обратить внимание, что среди врачей всех специальностей штатные должности врачей анестезиологов-реаниматологов составляют в Санкт-Петербурге 12,0%, а доля физических лиц врачей этой специальности составляет среди всех специалистов 9,0%, что свидетельствует о достаточно значитель-

ном потенциале, в том числе для работы в условиях борьбы с новой коронавирусной инфекцией.

В динамике можно отметить рост как штатных должностей врачей анестезиологов-реаниматологов с 2276,3 в 2012 году до 3249,5 в 2019 году (показатель наглядности — 142,0 %, темп прироста — 42,0 %), в том числе занятых должностей с 2043,0 до 2604,3 (показатель наглядности 127,0 %, темп прироста — 27,0%), так и физических лиц работающих врачей с 1570 человек в 2012 году до 1884 человек в 2019 году (показатель наглядности — 120,0%, темп прироста — 20,0%). Однако, несмотря на очевидный экстенсивный рост кадрового потенциала службы, динамика роста штатных единиц врачей анестезиологов-реаниматологов в течение последних 8 лет (на 42,8%) существенно опережает динамику роста по занятым должностям (на 27,5%) и, что наиболее важно, динамику роста по физическим лицам — только на 20,0% в изучаемый период. Это свидетельствует о явном дефиците врачей-анестезиологов-реаниматологов, несмотря на созданные для этих специалистов рабочие места.

Анализ темпа прироста показателей, свидетельствующих о кадровом потенциале службы анестезиологии и реанимации, не позволяет сделать однозначный вывод об успешном кадровом развитии службы. Наибольший прирост наблюдался в период с 2012 по 2013 год (8,4%) и с 2013 по 2014 год (11,2%). В дальнейшем темп прироста снизился и составил в период с 2017 по 2018 год только 2,9%. По занятым должностям наибольший темп прироста наблюдался в период с 2013 по 2014 год — 9,2%. В дальнейшем наблюдалось существенное снижение, в период с 2014 по 2015 год только 1,2%. В дальнейшем рост отмечен в период с 2015 по 2016 год, на 6,1%.

Обеспеченность физическими лицами врачей анестезиологов-реаниматологов также была неравномерна. Увеличение количества должностей специалистов в период с 2012 по 2013 год (на 8,4%) не повлек за собой значительного привлечения к работе новых физических лиц (темп прироста составил только 1,5%), однако, сопровождался значительным ростом показателя по занятым должностям (9,2% в указанный период). Это свидетельствует о высокой степени совместительства уже работающих специалистов на вновь открытых штатных должностях. В дальнейшие периоды эта тенденция в целом была сохранена: темп прироста

физических лиц специалистов заметно отставал от темпа прироста штатных должностей и в период с 2016 по 2017 год, а также с 2017 по 2019 год он существенно замедлился (2,7% и 1,5% соответственно). Следует также отметить, что укомплектованность штатных врачебных должностей врачей анестезиологов-реаниматологов занятыми ставками, а также физическими лицами врачей в изученный семилетний период снизились на 10%, а коэффициент совместительства врачей анестезиологов-реаниматологов оставался достаточно напряженным: 1,30–1,50 в изучаемый период.

Таким образом, проведенный анализ кадрового потенциала службы анестезиологии и реаниматологии при первоначальной оценке выглядит весьма удовлетворительно, однако, тенденции, сложившиеся по укомплектованности кадрами, в том числе должностями и физическими лицами, не позволяет сделать однозначного вывода об успешности ее развития, что должно вызывать настороженность органов управления здравоохранением и руководителей медицинских организаций в период реализации мер, направленных на предотвращение распространения заболеваний, вызванных коронавирусной инфекцией, и организации при них медицинской помощи. Кроме того, работа в новых условиях может являться дополнительным провоцирующим фактором, способствующим оттоку кадров анестезиологов-реаниматологов из профессии. Это обстоятельство требует отдельной проработки на государственном уровне в части принятия управленческих решений, направленных на дополнительное стимулирование работников, а также оказание им системных мер психологической поддержки, позволяющих адаптироваться к сложившейся ситуации. Подходы к разработке соответствующих программ требуют дополнительно изучения.

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ МЕДИЦИНСКОГО  
РАБОТНИКА СРЕДНЕГО ЗВЕНА ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ  
СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(НА ПРИМЕРЕ Г. КАЛИНИНГРАДА)**

С.И. Кузьменко

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет имени акад. И.П. Павлова»  
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

Основным фактором организации и эффективного функционирования системы здравоохранения является состояние кадровых ресурсов. Кадры системы здравоохранения представляют собой персонал, имеющий специальные профессиональные навыки, физические и интеллектуальные способности, которые в полной мере могут обеспечить грамотную медицинскую помощь гражданам [1]. Средний медицинский персонал является важной частью лечебного процесса, в котором эффективность использования сложного современного лечебно-диагностического оборудования и новых методов лечения практически невозможна без его высококвалифицированной деятельности, профессиональной подготовленности, мотивации, удовлетворенности своим трудом, правильной расстановки и рационального использования [2].

К сожалению, на сегодняшний день здравоохранение нашей страны переживает кадровый кризис. В Российской Федерации существует хроническая нехватка среднего медицинского персонала, в результате недостаточных инвестиций в их обучение, подготовку, заработную плату, условия труда и управление. Калининградская область не является исключением. По данным Министерства здравоохранения Калининградской области в лечебных учреждениях области сохраняется дефицит медицинских кадров: свободна каждая четвертая ставка врача и каждая пятая сестринская. В области сейчас 4 500 врачей и 8 500 сотрудников среднего медицинского звена. Показатель обеспеченности врачами в Калининградской области в 2019 г. вырос с 42,7 до 45,0 на 10 тысяч населения, а средним медицинским персоналом — уменьшился с 87,6 до 85,9 на 10 тысяч населения [3].

Несмотря на ежегодную подготовку молодых специалистов со средним медицинским образованием, численность сестринского персонала в практическом здравоохранении снижается. В основе данного процесса лежат в основном социально-экономические причины: низкая заработная плата, низкий престиж профессии, большая физическая и психологическая нагрузка на специалистов.

Важно отметить, что до настоящего времени медико-социальные факторы, оказывающие влияние на кадровый ресурс среднего медицинского персонала, изучены недостаточно глубоко. Учитывая, что к 2025 г. в рамках национального проекта «Здравоохранение» по «Обеспечению медицинских организаций здравоохранения квалифицированными кадрами» планируется включить в систему непрерывного медицинского образования не менее 80% специалистов со средним медицинским образованием [1], актуальность изучения кадрового потенциала становится очевидной.

Для оценки медико-социальных характеристик и определения мотивации трудовой деятельности сестринского персонала сплошным методом были опрошены 67 специалистов сестринского дела Городской больницы г. Калининграда. Разделы включали в себя демографические (возраст, пол, количество детей), социальные (семейный статус, уровень материального благополучия, уровень образования) и профессиональные (стаж работы, место работы, должность) вопросы.

Средний возраст респондентов составил 47,7 ( $m \pm 1,4$ ) лет. При этом третью часть (31,3%) среднего медицинского персонала городской больницы представляют женщины в возрасте от 51 до 60 лет, доля лиц от 41 до 50 лет составила 26,9%, от 31 до 40 лет — 19,4%, старше 61 года — 14,9%. Весьма настораживает тот факт, что на медицинских сестер в возрасте 20–30 лет приходится всего 7,5% респондентов. Такая ситуация наглядно показывает, что кадровый состав представлен в основном лицами предпенсионного и пенсионного возраста, а потенциальный резерв оставляет желать лучшего.

Одним из важных факторов социального благополучия является наличие семьи и детей. Основная часть (62,7%) медицинских сотрудников больницы состоят в браке. Шестая часть (13,4%) находятся в разводе, чуть менее 5% (4,3%) находятся во вдовьем положении, никогда не состояли в браке 19,6% респондентов. Нестабильность и социальные катаклизмы последних 30 лет способствуют тенденции увеличения малодетных семей. Так, 43,3%

респондентов имеют одного ребенка, третья часть (34,3%) — двух детей, трех и более детей имеют 3%, и не имеют детей пятая часть (19,4%) респондентов.

Одной из важнейших характеристик кадровых ресурсов среднего медицинского персонала является состояние здоровья, по причине того, что заболевания медицинских работников могут негативно сказываться на качестве не только работы, но и жизни. Проведение анализа самооценки здоровья средним медицинским персоналом показало, что большая (81,7%) часть из них оценивают свое здоровье как «удовлетворительное», 16,9% — как «хорошее», и 1,4% опрошенных посчитали свое здоровье «неудовлетворительным». При этом более половины (61,3%) респондентов имеют хронические заболевания, из них 15,3% состоят на диспансерном учете.

При оценке уровня квалификации среднего медицинского персонала Городской больницы бросается в глаза тот факт, что 64,2% респондентов имеют высшую квалификационную категорию, 3% — первую. Но обращает на себя внимание и высокая доля лиц (32,8%), не имеющих квалификационной категории. Отсутствие категории респонденты объясняют недостатком стимулирующих факторов. При этом преобладающая часть респондентов (28,4%) имеют стаж работы в здравоохранении от 21 до 39 лет.

Печален тот факт, что 9% респондентов, помимо среднего профессионального образования, имели также и высшее образование немедицинского профиля, но не работают по профилю полученного образования. Вопрос профессиональной нереализованности может естественным образом стать причиной неудовлетворенности своей работой.

Качество оказываемой помощи во многом зависит не только от квалификационных характеристик, но и от объема выполняемых работ и той нагрузки, которая приходится на исполнителя. Основная часть (55,2%) сотрудников работают на одну ставку, при этом на 1,5 ставки работают 43,3% респондентов. Данный факт становится причиной повышенной утомляемости, что подтверждается тем, что 41,8% среднего медицинского персонала больницы считают время, выделяемое для отдыха, недостаточным. Как следствие, возникает профессиональное выгорание.

Оценка удовлетворенности условиями работы среднего медицинского персонала показала, что основная часть (71,6%) респон-

дентов в целом удовлетворены своей работой; 14,9% гордятся ей; доля неудовлетворенных респондентов составила 10,5%. В основном (73,6%) медицинских сестер не устраивает уровень заработной платы и высокие нагрузки (18,2% респондентов). Средняя заработная плата медицинской сестры составляет 21 647 рублей, при том, что чуть менее половины сестер работают на 1,5 ставки. Таким размером, уровнем заработной платы удовлетворены только 13,2% медицинских сестер, а большинство (78,3%) – совсем не удовлетворены.

При ответе на вопрос: «Чем Вам нравится Ваша работа?» — большинство (56,7%) из опрошенных респондентов отметили, что «нравится приносить пользу людям»; 34,3% — что их удовлетворяет удобный график работы, и 9% респондентов затруднились ответить.

Основой служебной деятельности любого медицинского учреждения является особый, доброжелательный, психологический климат. Так, наибольшая доля (74,6%) респондентов считают психологический климат в своем коллективе комфортным, остальные 25,4% — тяжелым. При этом у большинства (67,4%) медицинских сестер сложились хорошие взаимоотношения с коллегами по работе, и только 19,3% отметили, что у них бывают разногласия. Хорошие, деловые отношения с врачами отметили 71,3% медсестер, однако 23,1% указали на напряженные отношения. На вопрос о необходимости наличия в штате психолога 53,7% респондентов ответили отрицательно, утвердительно — четвертая (26,9%) часть опрошенных.

Таким образом, медико-социальный портрет медицинского работника среднего звена показывает ряд проблем системы здравоохранения в целом, которые выражаются в большом удельном весе лиц старшего возраста, работающих по совместительству, имеющих хроническую соматическую патологию и не наблюдающихся по этому поводу. Решение указанных проблем ставит перед организаторами здравоохранения ряд задач, первоочередными из которых являются повышение уровня заработной платы и престижности профессии как основных мотивирующих факторов для привлечения молодых специалистов и снижения нагрузки на действующих сотрудников. Не стоит забывать о медицинской и социальной поддержке работающего среднего медицинского персонала, который является основой огромного накопленного громад-

ного опыта. Силами руководства лечебно-профилактического учреждения необходима разработка мер по вторичной профилактике имеющихся заболеваний у сотрудников и активному вовлечению самих медицинских работников в этот процесс, направленный на повышение качества жизни не только на работе, но и в быту.

#### Литература

1. Гайдаров Г.М., Алексеева Н.Ю. Модернизация здравоохранения субъекта Российской Федерации как новый этап в повышении доступности и качества медицинской помощи населению // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. № 1. С. 11–29. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp> (дата обращения: 15.06.2020).

2. Развитие здравоохранения за 2019 год: годовой отчет о ходе реализации и оценке эффективности реализации государственной программы Калининградской области. URL: <https://www.infomed39.ru/ministry/programs/state-program-development-of-health> (дата обращения: 15.06.2020).

3. Володин А.В. Состояние и пути развития кадрового потенциала среднего медицинского персонала учреждений здравоохранения: автореф. дисс. канд. мед. наук. Оренбург, 2013. 23 с.

## ОЦЕНКА МАТЕРЯМИ ОТНОШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ДЕТСКИХ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ СТАЦИОНАРОВ К НОВОРОЖДЕННЫМ

Е.Н. Березкина

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет» Минздрава России,  
Санкт-Петербург, Россия*

Удовлетворенность медицинской помощью, напрямую зависящая от уровня ожиданий пациентов, складывается из множества факторов, в большинстве носящих субъективный характер. Корректные взаимоотношения между медицинским персоналом и пациентами создают атмосферу психологического комфорта, конфиденциальности, взаимного уважения и доверия, что способствует формированию позитивной установки пациента на проводи-

мое лечение. Однако, изучая отношение медицинского персонала к пациентам, нельзя оценивать его только с позиции человеческих качеств медицинских работников. Поскольку даже при должном уровне тактичности и доброжелательности со стороны врачей и медицинских сестер, огромное значение имеет количество времени и внимания, которое они уделяют пациентам.

С целью оценки отношения медицинского персонала к новорожденным по специально разработанной форме «Анкета матери новорожденного» методом случайной выборки было проведено анонимное анкетирование 1 225 матерей новорожденных, получавших медицинскую помощь в рамках ОМС, в детских многопрофильных стационарах г. Санкт-Петербурга в 2019 году.

Как показало анкетирование, наибольшая доля матерей, считавших, что медицинские работники всегда вели себя доброжелательно и тактично по отношению к пациентам, была при оценке работы врачей (81,2%). Только 50,4% женщин полагали, что средний медицинский персонал всегда был доброжелательный и тактичный. При этом оценивая человеческие качества медицинских работников, матери в 5,4 раза чаще указывали, что медицинские сестры всегда были нетактичны, откровенно грубы (2,7% против 14,3%) Результаты субъективной оценки матерями человеческих качеств врачебного персонала представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Оценка матерями тактичности и доброжелательности врачей и средних медицинских работников детских многопрофильных стационаров (в %)**

Характеристика	Врачи	Средние медицинские работники
Всегда доброжелательны, тактичны	81,2	50,4
Иногда нетактичны и грубы	11,4	30,2
Всегда нетактичны, откровенно грубы	2,7	14,3
Затруднились ответить	4,7	5,1
Итого:	100,0	100,0

Оценка количества времени и внимания, уделяемого новорожденным врачебным персоналом, показала, что больше всего на ребенка его тратили врачи детских многопрофильных стационаров

(таб. 2). Считали, что времени и внимания, которое врачи уделяли детям в детских многопрофильных стационарах, было вполне достаточно 75,2% матерей. Среди женщин, участвовавших в анкетировании 54,4% полагали, что средний медицинский персонал уделял ребенку достаточно времени и внимания. Установлено, что в 6,3 раза чаще всего всегда спешили и уделяли недостаточно времени и внимания медицинские сестры (13,2%), в сравнении с врачами-неонатологами. Доля матерей, считавших, что врачи всегда спешили, уделяли недостаточно времени и внимания, была 2,1%.

Таблица 2

**Оценка матерями количества времени и внимания, уделяемого врачами и средними медицинскими работниками детских многопрофильных стационаров новорожденным (в %)**

Характеристика	Врачи	Средние медицинские работники
Уделяет ребенку достаточно времени и внимания	75,2	54,4
Иногда уделяет недостаточно времени и внимания, хотелось бы больше	20,5	27,3
Всегда спешит, уделяет недостаточно времени и внимания	2,1	13,2
Затруднились ответить	2,2	5,1
Итого:	100,0	100,0

Таким образом, проведенное исследование позволило установить, что родители новорожденных в целом наиболее удовлетворены отношением врачей детских многопрофильных стационаров. Как человеческие качества, так и количество времени и внимания, уделяемого новорожденным медицинскими сестрами, получило значительно более низкую оценку.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ

А.В. Алексеева

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет» Минздрава России,  
Санкт-Петербург, Россия*

Согласно Указу Президента РФ №1351 от 09.10.2007г. «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», рост рождаемости, сокращение уровня смертности, сохранение и укрепление здоровья населения являются ведущими направлениями для стабилизации численности населения России в условиях демографического кризиса. Приоритет охраны здоровья детей является одним из основополагающих принципов охраны здоровья, который содержится в Федеральном законе № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны граждан в Российской Федерации». Учитывая, что сохранение здоровья детей — это основная задача детских врачей, то работа участкового врача-педиатра приобретает особое значение для государства и общества. Являясь одной из самых сложных и значимых в медицине, она подразумевает взаимодействие с маленькими пациентами, поэтому профессия участкового педиатра требует огромной силы воли, стрессоустойчивости и самоотдачи.

С целью оценки профессиональной характеристики участковых врачей-педиатров на базе 12 детских поликлиник (отделений) г. Санкт-Петербурга методом основного массива было проведено анонимное анкетирование 139 участковых врачей-педиатров. Генеральная совокупность составила 142 врача. Репрезентативность выборки была проверена по методике профессора А.М. Меркова. Достоверность выборки была доказана, и ошибка в исследовании не превышает 1%, что вполне допустимо.

Оценка распределения педиатров по возрасту выявила, что большинство из них было в возрасте 50 лет и старше (32,9%). Врачей в возрасте до 30 лет было 0,9%; от 30 до 40 лет — 19,8% и от 40 и старше — 21,9%. Средний возраст участкового врача-педиатра составил  $42,7 \pm 0,13$  года. Среди участвовавших в анкетировании врачей 20,9% опрошенных было мужского пола, а 79,1% — женского.

Распределение врачей-педиатров по стажу работы показало, что большинство из них работали на педиатрическом участке до 10 лет (38,3%). Средний стаж работы врачом-педиатром составил  $16,2 \pm 0,07$  лет.

По количеству занимаемых ставок участковые врачи-педиатры распределились следующим образом: менее одной ставки занимали 1,1%; 1,0 ставку — 87,7%; более одной ставки — 11,2%. В среднем участковые педиатры работали на  $1,1 \pm 0,07$  ставки. У опрошенных врачей, занимавших менее одной ставки, в 100% случаев такая нагрузка была связана с внутренним совмещением. Среди респондентов, занимавших более одной ставки, основными причинами являлись нехватка врачебных кадров на педиатрических участках (52,7%), нехватка заработной платы на ставку (36,1%) и любовь к своей профессии (7,1%).

Изучение условий труда участковых педиатров выявило, что большинство врачей (72,5%) удовлетворены своими условиями труда. Среди основных причин неудовлетворенности педиатры называли следующие: нерациональная запись на прием к врачам (45,3%); невозможность выполнения на рабочем месте всех своих функциональных обязанностей из-за отсутствия отдельного кабинета у каждого участкового врача (19,4%); отсутствие технического оснащения кабинета (11,8%); нехватка времени на осмотр пациента на приеме в медицинской организации и на дому (28,1%) и высокая нагрузка на врача в течении рабочей смены (8,8%).

Установлено, что 43,3% участковых педиатров расходовали на профилактическую работу с детьми 26–30% от своего рабочего времени. Удельный вес врачей, которые тратили на профилактическую работу с детьми от 0 до 10% составлял 1,1%, от 11 до 25% — 31,8% и 30% и более — 23,8%.

По мнению 60,4% детских участковых врачей времени, отведенного на прием детей, им вполне хватало, а 39,6% врачей-педиатров отмечали его недостаток. Основными причинами нехватки времени врачи педиатры считали высокую нагрузку в течение рабочего дня (79,2%), трудоемкий документооборот (8,3%) и то обстоятельство, что большинство пациентов приходят в конце приема без записи (4,2%). Установлено, что 41,1% участковых врачей-педиатров периодически продолжали приём сверх рабочего времени, так как большинство врачей-педиатров (88,5%)

не успевали или не всегда успевали делать записи в медицинскую документацию во время приёма детей.

Участковым педиатрам было предложено оценить в баллах работу их детской поликлиники (отделения) в целом. Выявлено, что по 5-балльной системе на «отлично» ее оценили 38,6% респондентов, на «хорошо» — 43,5%, на «удовлетворительно» — 16,7% и на неудовлетворительно — 1,2%. Средний балл, поставленный участковыми педиатрами, составил  $4,2 \pm 0,08$  баллов.

Наиболее часто участковые педиатры среди недостатков в работе их медицинской организации указывали нехватку врачей (32,8%) и недостаток времени на приеме (31,8%). Также респонденты отметили следующие недочеты: трудности, возникающие у родителей, во время записи на прием к врачам узких специальностей (22,5%); высокую загруженность медицинского персонала (12,5%); низкую заработную плату (10,9%); неправильную организацию работы детской поликлиники (отделения) в целом (9,5%); одновременный прием нескольких участков одним врачом педиатром (7,5%); прием детей до года без записи (6,2%) и неорганизованность самих родителей (6,5%).

В ходе анкетирования были установлены основные меры, которые, по мнению участковых педиатров, необходимо предпринять для улучшения организации первичной медико-санитарной помощи детям в мегаполисе. Врачи считали, что для того, чтобы улучшить работу детских поликлиник (отделений) в г. Санкт-Петербурге, целесообразно увеличить количество врачей (38,7%), увеличить время осмотра ребенка (42,1%), оптимизировать закупку вакцин (11,8%), и улучшить запись к врачам узких специальностей (14,4%). Кроме того, 16,3% участковых педиатров полагают, что необходимо уменьшить число детей на педиатрическом участке.

Таким образом, большинство участковых врачей-педиатров находятся в возрастной группе 50 лет и старше, имея средний стаж работы на участке  $16,2 \pm 0,07$  лет. Четверть врачей-педиатров не устраивает их график работы, в основном по причине отсутствия личного времени, сложного документооборота и высокой нагрузки в течении рабочего дня. Из-за нехватки времени на ведение медицинской документации во время приёма, продолжают приём во внерабочее время 41,1% участковых педиатров. Участковые педиатры довольно высоко оценивают работу детских поликлиник

(отделений) города (в среднем на  $4,2 \pm 0,08$  баллов). Основными недочетами в работе медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детям, участковые педиатры считают нехватку врачебных кадров и недостаточность времени для приема детей.

**ОЦЕНКА УСЛОВИЙ И ОТНОШЕНИЯ  
К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
ВРАЧЕЙ-НЕОНАТОЛОГОВ  
ДЕТСКИХ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ СТАЦИОНАРОВ**

Е.Н. Березкина

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет» Минздрава России,  
Санкт-Петербург, Россия*

В системе охраны материнства и детства медицинская помощь и уход за новорожденным имеют огромное значение, а ведущее место в этом принадлежит врачам-неонатологам детских многопрофильных стационаров. Именно от компетентности врачей, режима и интенсивности их работы во многом зависит уровень оказания медицинской помощи новорожденным детям. Поэтому изучение профессиональной деятельности врачей-неонатологов является важным звеном для повышения качества медицинской помощи детям г. Санкт-Петербурга.

С целью оценки условий и отношения к профессиональной деятельности врачей-неонатологов детских многопрофильных стационаров по специально разработанной форме «Анкета врача-неонатолога» было проведено анонимное анкетирование 34 врачей г. Санкт-Петербурга, осуществляющих свою профессиональную деятельность в государственных медицинских организациях города. В нашу группу вошли 39 врачей-неонатологов, работавших на территории Санкт-Петербурга в отделениях патологии новорожденных детских стационаров в 2018 году. Репрезентативность выборки была проверена по методике профессора А.М. Меркова и ошибка в исследовании не превышает 1,2%, что вполне допустимо. Врачи самостоятельно заполняли анкету во время заседаний

«Школы неонатолога» в 2018–2019 годы. Согласием служило заполнение анкеты. Математическая обработка данных проведена с использованием электронных таблиц «MS Office Excel 2010» и пакета статистических программ PASW STATISTICS.

Оценка возрастного-полового состава врачей-неонатологов, участвовавших в исследовании, показала, что женщин было 94,2%, а средний возраст врача составил  $46,11 \pm 0,12$  года. В среднем стаж по специальности «Неонатология» был  $20,11 \pm 0,12$  лет.

По количеству занимаемых ставок врачи распределились следующим образом: менее 1,0 ставки занимали 8,4%; 1,0 ставку — 64,2%; более 1,0 — 27,4%. В среднем врачи-неонатологи работали на  $1,1 \pm 0,08$  ставки. Среди врачей, занимавших более одной ставки, основными причинами являлись нехватка кадров на отделении новорожденных детей (17,2%), нехватка заработной платы на ставку (55,6%) и любовь к своей работе (11,4%).

Анализ нагрузки в течение рабочего дня показал, что для большинства врачей-неонатологов рабочий день в основном соответствовал графику (64,6%) или респонденты часто работали сверхурочно (29,2%). Иногда могли закончить работу раньше только 6,2% врачей. Достаточно времени для отдыха имели 48,9%, не имели — 51,1%. При этом 78,5% врачей, участвовавших в исследовании, считали рабочую нагрузку нормальной, полагали, что она чрезмерная — 20,8% неонатологов, что недостаточная — 0,7%. Ощущение перенапряжения в работе наблюдалось у 56,8% респондентов, не наблюдалось — у 43,2%.

Проведенная оценка условий работы по 5-балльной системе выявила, что врачи-неонатологи оценили обеспеченность лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения в среднем на  $4,02 \pm 0,08$  балла; оснащенность рабочего места необходимым оборудованием — на  $3,85 \pm 0,10$  балла; психологический климат в коллективе — на  $4,13 \pm 0,09$  балла; отношение к ним руководства медицинской организации — на  $3,88 \pm 0,10$  балла; размер оплаты труда и использование средств стимулирования труда — на  $3,13 \pm 0,10$  балла, наличие средств ухода за пациентами — на  $3,54 \pm 0,11$  балла.

Изучение степени удовлетворенности врачей-неонатологов своей работой показало, что 61,3% врачей были полностью удовлетворены, 35,3% — удовлетворены не в полной мере, а 3,4% — своей работой не удовлетворены совсем. Основными причинами

неудовлетворенности от выбранной профессии были: уровень заработной платы (32,3%), выполнение врачом не соответствующих их должности обязанностей (17,6%), значительные физические и психологические нагрузки (41,1%) и возникновение конфликтных ситуаций в коллективе (14,7%).

Анкетирование показало, что из всех неонатологов, участвовавших в исследовании, только 2,9% врачей заявили о желании уйти из медицины, 85,4% ответили отрицательно, однако, 11,7% респондентов считали, что скорее переквалифицировались. Хотели бы поменять врачебную специальность 2,9% врачей-неонатологов; скорее да, чем нет — 8,8% респондентов; не хотели — 88,3% врачей.

Таким образом, более чем на 1,0 ставку работают 27,4% врачей-неонатологов, в основном, по причинам нехватки заработной платы и дефицита кадров. Врачи-неонатологи часто работают сверхурочно (29,2%), не имеют времени для отдыха (51,1%), считают рабочую нагрузку чрезмерной (20,8%) и ощущают перенапряжение в работе (56,8%). При оценке условий труда, наиболее высоко врачи оценили психологический климат в коллективе (в среднем на  $4,13 \pm 0,09$  балла), а наиболее низко - размер оплаты труда, использование средств стимулирования труда (на  $3,13 \pm 0,10$  балла). Частично или полностью не удовлетворены своей работой 38,7% врачей, в основном из-за уровня заработной платы (32,3%) и значительных физических и психологических нагрузок (41,1%).

**РОЛЬ КУРСОВОЙ РАБОТЫ В ФОРМИРОВАНИИ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ДРАВООХРАНЕНИЕ,  
ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» У СТУДЕНТОВ  
ЛЕЧЕБНОГО И ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ**

Н.И. Вишняков, О.А. Гусев, Е.Н. Пенюгина, М.В. Окулов

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад.*

*И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

В соответствии с действующими образовательными стандартами важным разделом программы подготовки студентов лечебного

и педиатрического факультетов является самостоятельная работа. На кафедре общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. Академика И.П. Павлова» Минздрава РФ самостоятельная работа студентов включает не только ежедневную подготовку к практическим занятиям в период прохождения цикла и подготовку к экзамену. Данный раздел рабочей программы включает также выполнение курсовой работы и задания по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, написание реферата.

Особая роль традиционно отводится курсовой работе. Часть разделов курсовой работы выполняется на практических занятиях, а часть заданий выполняется студентами самостоятельно вне аудиторно. Следует отметить, что данная форма самостоятельной работы студентов используется на кафедре с начала 60-х годов. Большой вклад в разработку тематики и методики выполнения курсовых работ внесли преподаватели кафедры: И.Е. Головчинер, О.А. Гусев, А.П. Ковалева.

В течение 60-летнего периода содержание и, соответственно, объем курсовой работы менялись. Однако неизменным оставалась традиционная модель статистического исследования, включающая четыре этапа:

- составление плана и программы исследования;
- сбор статистического материала;
- обработку и сводку статистического материала;
- статистический анализ.

До 90-х годов после выполнения первого и второго этапов исследования студенты рассчитывали и анализировали экстенсивные и интенсивные показатели и средние величины. С середины 90-х годов существенно увеличилось количество заданий: расчет стандартизованных коэффициентов, показателей динамического ряда, определение достоверности и разности средних величин и показателей. А с начала XXI века обязательным разделом курсовой работы стал обзор литературы по теме исследования.

В настоящее время разработано 15 тем курсовых работ, каждая из которых включает 5 вариантов. В каждой группе из студентов формируются «бригады», выполняющие одну и ту же тему, но разные варианты. По сути, курсовые работы каждой бригады являются прототипом отчета работы отделения или врача за несколь-

ко лет. Аналогичные отчеты представляются для прохождения аттестации. Возможность изменять числовые значения в каждом из вариантов позволяет избежать многократного повторения одинаковых заданий и, соответственно, плагиата.

Следует отметить, что часть заданий выполняется на практических занятиях и в конце каждого занятия проверяется преподавателем. Выполнение некоторых заданий, написание обзора литературы и оформление курсовой работы осуществляется студентом самостоятельно в рамках часов, отведенных образовательным стандартом на самостоятельную работу.

В настоящее время структура курсовой работы включает четыре главы и заключение. Задачей первой главы (обзора литературы по теме исследования) является приобретение навыков работы с литературой, отражение данных литературы в собственных исследованиях, а также составление списка литературы с учетом действующих требований. Во второй главе студенты описывают цели, задачи, программу, методы исследования. Методикой исследования предусмотрена выкопировка данных из медицинской документации. Вся медицинская документация, используемая для сбора данных, заполнена преподавателями кафедры и не содержит какой-либо информации о конкретных пациентах во избежание нарушений требований по сохранению врачебной тайны. Более того сведения, представленные в медицинской документации, предусматривают возможности составления заданий, отражающих определенную динамику показателей. В разных вариантах одной и той же темы существенно меняются показатели, рассчитываемые студентами. Например, за период наблюдения увеличивается уровень больничной летальности, частоты послеоперационных осложнений, смертности населения и т.д.

В третьей главе курсовой работы отражается анализ состава пациентов (лечившихся, оперированных, умерших и т.д.). Для этого студенты составляют 5 групповых таблиц, рассчитывают и анализируют экстенсивные показатели. Кроме того, в данной главе рассчитываются средние величины (средний возраст, средняя длительность лечения, среднее число посещений и т.д.), определяется их достоверность и достоверность разности средних величин.

В четвертой главе представляются расчеты и анализ интенсивных показателей (летальности, смертности, заболеваемости,

частоты послеоперационных осложнений и т.д.), стандартизованных коэффициентов, а также динамика интенсивных или экстенсивных показателей. Для расчета стандартизованных коэффициентов и показателей динамического ряда студенты обмениваются данными.

В заключении курсовой работы отражаются важнейшие статистические показатели, их динамика. Полученные данные сравниваются с данными литературы. На основании результатов исследования формулируются выводы. Кроме того, либо в соответствующих главах, либо в заключении должны быть представлены графики и диаграммы.

Цикл практических занятий по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» на лечебном и педиатрическом факультетах проводится в течение двух с половиной недель с последующей сдачей экзамена. Курсовая работа выполняется в течение первой недели цикла и сдается на проверку преподавателю. Курсовые работы студентов оцениваются как по традиционной 5-ти балльной системе, так и по балльно-рейтинговой системе (БРС). И в том, и в другом случае используется специально разработанная шкала оценки.

Для обсуждения результатов курсовых работ (защиты курсовых работ) с 2020/2021 учебного года разработан алгоритм деловой игры, включающей оценку полученных показателей всеми членами бригады, подготовку и выступление с отчетом на практическом занятии. Благодаря выполнению курсовой работы студенты лучше осваивают методику расчета и анализа статистических показателей. В течение многих лет большинство студентов без затруднений решают задачи по расчету показателей здоровья населения и показателей работы медицинских организаций и на итоговом занятии, и на экзамене.

Следует отметить, что выполнение курсовой работы способствует формированию у студентов целого ряда общекультурных, так и профессиональных компетенций, рекомендуемых соответствующими образовательными стандартами. К таким компетенциям относятся:

- готовность к работе в коллективе;
- готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии;

- готовность к коммуникации в устной и письменной форме для решения задач профессиональной деятельности;
- готовность к использованию математических понятий и методов при решении профессиональных задач;
- способность и готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации;
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;
- готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины;
- способность к участию в проведении научных исследований.

## АНАЛИЗ УРОВНЯ КОНФЛИКТНОСТИ У ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРОФИЛЮ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»

И.В. Додонова

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад.*

*И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

**Введение.** На протяжении всей истории человечества конфликты являются неперенными спутниками жизнедеятельности индивидов, коллективов, различных социальных групп. Возникающие противоречия, по итогам своего разрешения, несут в себе конструктивные и деструктивные последствия, оказывающие сильнейшее влияние на развитие общества в целом и отдельных людей в частности (Хачатурова М.Р., 2019).

Существует множество видов конфликтов, но наиболее опасными являются те, которые оказывают непосредственное влияние на здоровье индивида. Именно поэтому, конфликтам, возникающим в процессе подготовки медицинского персонала, в настоящее время уделяется значительное внимание.

Выполнение профессиональных задач медицинского персонала напрямую зависит от того, насколько он компетентен в отношении установления взаимодействия и общения с пациентом, а также с коллегами. Следовательно, умение выстраивать комму-

никационные процессы и управлять конфликтами является частью подготовки медицинских работников всех категорий, и в особенности медицинских сестер, осуществляющих непосредственный уход за пациентами (Шевцова Ю.В., 2019).

Несмотря на то, что в процесс обучения медицинского персонала включены курсы дисциплин, направленные на формирование навыков управления конфликтными ситуациями, конфликты в процессе обучения среди студентов медицинских учебных заведений и в медицинской практике возникают достаточно часто. Кроме того, они требуют всестороннего изучения и выработки решений по их минимизации, в том числе в рамках учебного процесса. Именно эти факторы обуславливают актуальность настоящей работы.

**Исследование проводилось** на базе «Института сестринского образования» (ИСО) Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова».

**Целью социологического исследования** явилось выявление уровня конфликтности среди студентов медицинского вуза и медицинского училища, обучающихся по направлению подготовки «Сестринское дело», и последующая разработка рекомендаций по управлению конфликтами в учебном заведении и в учебных группах.

**Результаты.** Анализ итогов социологического опроса студентов Института сестринского образования выявил, что уровень конфликтности учащихся достаточно высокий. Большинство респондентов считали себя «неконфликтными» (75,9%), допускали возможность компромисса (93,7%), преимущественно не вмешивались в текущие конфликты (88,6%), периодически или редко выступали с критикой по отношению к другим (87,3%). Только 17,2 % респондентов, независимо от материального положения, условий проживания и формирования личности являлись неконфликтными и к конфликтам были не склонны.

Чаще всего конфликты возникают в студенческих группах старших курсов, в том числе у студентов, получающих высшее сестринское образование на базе специального профессионального образования. Способствуют возникновению конфликтов такие факторы как: излишняя склонность говорить правду, излишняя

критичность, раздражительность, недооценка окружающими, бескомпромиссность и др.

В целом, подавляющее большинство респондентов считали, что они конфликтны или склонны к конфликтам. Наибольший процент неконфликтных респондентов (36,4%) был представлен в учебной группе 4 курса ВСО. Наименьший процент неконфликтных респондентов (8,3%) — студенты 3 курса СПО.

Результаты опроса показали, что уровень конфликтности зависит от возраста тестируемых, наиболее конфликтными являлись респонденты в возрасте от 26 до 30 лет — 85,7%. Высокий уровень конфликтности наблюдался и у респондентов возрастной категории 21–25 лет (76,7%) и 31 год и старше (71,4%). Наименее конфликтными были студенты, входящие в возрастную группу от 17 до 20 лет (64,3%).

Надо отметить, что наиболее конфликтными являлись респонденты, совмещающие учебу с работой (76%).

В рамках исследования было выявлено, что уровень конфликтности индивида изменяется в зависимости от тех условий, в которых он вырос, а также от его текущего материального положения.

Так, доля конфликтных студентов, выросших в неполных семьях, на 13% больше, чем тех, кто рос в полной семье. Доля неконфликтных студентов в зависимости от состава семьи, при этом, меняется незначительно (8,1% и 5,9% соответственно).

Доля конфликтных студентов, выросших в небольших городах или сельской местности (78,6%) на 10 процентов выше, чем доля конфликтных студентов, выросших в больших городах (68,6%). Следует отметить, что среди респондентов, ранее проживавших в сельской местности, «неконфликтных» студентов нет. Среди респондентов, выросших в больших городах, доля «неконфликтных» соответствовала 11,8%.

Наиболее конфликтными являлись респонденты с неудовлетворительным материальным положением (80%), а доля неконфликтных среди таких опрошенных составила всего 4%. Однако, среди респондентов с хорошим материальным положением, наибольшую долю (68,0%) составили также конфликтные индивиды.

При прохождении студентами личностных тестов на конфликтность, результаты указывают на то, что 65,5% респондентов являлись конфликтными личностями и еще 17,2% были склонны к конфликтам. Подобное расхождение в показателях указывает

на то, что значительное количество опрошенных пытались скрыть свою склонность к конфликтам.

Третья часть респондентов считали, что психологический климат в учебной группе и отношения с однокурсниками, по сути, являются неудовлетворительными, а, следовательно, провоцируют или способствуют возникновению конфликтных ситуаций, которые в последующем могут перерасти в конфликт. Более половины опрошенных указали, что психологический климат в их группе «хороший» (54,4%). Вдвое ниже доля студентов, которые лишь «удовлетворены» климатом (27,8%). Наименьшая часть респондентов оценила психологический климат на «отлично» (16,5%) и были «не удовлетворены» (1,3%).

Наиболее конфликтными являлись студенты, получающие среднее профессиональное образование в медицинском училище, или имеющие его в качестве предыдущего образования. На это указывали не только результаты тестирования на конфликтность, но и результаты самооценки респондентов. Наименее конфликтными считали себя студенты 1 курса ВСО: 82,4% указали на то, что не являются конфликтными; 17,6% были не готовы ответить на этот вопрос. Студенты ВСО 2 и 3 курсов также считали себя неконфликтными (83,3 % и 85,7%). Наиболее конфликтными среди респондентов оказались студенты СПО (25% указали, что являются конфликтными) и 2 курса ВСО на базе СПО (11,1%).

Подавляющее большинство респондентов указали на то, что они стараются конфликты разрешить и найти конструктивные решения (75,6%).

Надо отметить, что среди респондентов, склонных к конфликтам, 17,7% студентов придерживались силовой стратегии конфликта и применяли любые методы для достижения своих целей. 82,3% респондента были склонны к поиску решения, удовлетворяющего все стороны конфликта.

Таким образом, по результатам анализа тестов студентов Института сестринского образования на конфликтность, можно сделать выводы о том, что уровень конфликтности индивида изменяется в зависимости от материального положения и тех условий, в которых он вырос: чем хуже условия и ниже уровень дохода, тем выше уровень конфликтности.

Учитывая роль конфликтов в формировании личности и развитии индивида, значимость умения управлять конфликтами при

работе с пациентами и в коллективе для успешного выполнения своих профессиональных задач, в рамках учебного процесса необходимо внедрение ряда мероприятий, направленных на снижение уровня конфликтности в учебных группах: включение в учебный процесс факультативных дисциплин или модулей общеобразовательных дисциплин (коммуникативная культура и навыки эффективной межличностной коммуникации, этика поведения и психология общения); стимулировать организацию коллективных и групповых проектов студентов, направленных на формирование положительного психологического климата в учебном заведении и учебных группах (конкурсы на «самого тактичного» или «самого вежливого» студента); формирование в учебном заведении определенной организационной культуры, обеспечивающей порицание конфликтов и стимулирующей конструктивный диалог и критику

## Актуальные вопросы охраны материнства и детства

---

### ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

И.В. Ким, И.М. Барсукова, Е.Н. Пенюгина

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад.*

*И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

*ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи  
им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия*

По данным ВОЗ проблематика женского здоровья в ведущих странах Европы и мира приобретает все большую актуальность. Принятая ВОЗ программа «Здоровье-2020» акцентирует внимание на основных причинах заболеваемости, смертности, экономических и социальных факторах влияния на здоровье женщин.

Последние годы мы являемся свидетелями изменения медико-социальной структуры общества, обусловленной, с одной стороны, ускоренными темпами развития молодого поколения на фоне успехов научно-технического прогресса, с другой — ростом продолжительности жизни, увеличением доли пожилого населения в связи с улучшением качества жизни. Возрастные аспекты являются значимыми в развитии и течении любой патологии. Изменения возрастной структуры общества неразрывно связаны с вопросами организации здравоохранения.

**Целью исследования** был анализ возрастной структуры пациентов акушерско-гинекологического профиля, поступающих в многопрофильный стационар скорой медицинской помощи по экстренным показаниям.

**Материалы и методы исследования.** Материалами исследования послужили данные МИС многопрофильного 800-коечного стационара скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга, имеющего в своем составе 60 коек для пациентов акушерско-гинеколо-

гического профиля. Рассмотрен 5-и летний период наблюдения — 2015–2019 гг., использованы статистический и аналитический методы исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Возрастные особенности пациентов, поступивших с диагнозом акушерско-гинекологического профиля (2015–2019), представлены в таблице 1.

Возрастной диапазон пациентов варьировал от 18 до 97 ( $36,2 \pm 10,0$ ) лет.

Представленные данные свидетельствуют об отсутствии достоверных различий в общих возрастных количественных показателях по годам (столб. 5;  $r=0,1$ ). Однако, имеются изменения в отдельных возрастных группах: увеличение числа пациентов в 3 и 4 возрастных группах на 14,7% и 18,5%, соответственно ( $r=0,8$  и 0,7 — связь сильная, прямая). Достоверно увеличился и средний возраст пациентов (на 2,5%,  $r=0,8$ ), а также медиана и мода сплошных выборок по годам (на 6,3% и 14,8%;  $r=0,9$  и 0,8, соответственно).

За наблюдаемые годы (2015–2019) значительно преобладали (в 2 и более раз) пациенты в возрасте 25–39 лет ( $p<0,01$ ), что связано с наибольшей нагрузкой на репродуктивную сферу женщин именно в этот возрастной период, они составили более половины входящего потока (54,6%). В наименьшем количестве (9,7%) были представлены пациенты старшего возраста (55 и более лет, считавшегося в эти годы для женщин пенсионным) ( $p<0,01$ ).

**Выводы.** Таким образом, среди больных с диагнозом акушерско-гинекологического профиля, поступающих в многопрофильный стационар скорой медицинской помощи по экстренным показаниям (2015–2019 гг.), следует отметить:

– преобладание пациентов в возрасте 25–39 лет, что связано с наибольшей нагрузкой на репродуктивную сферу женщин именно в этот возрастной период (более половины входящего потока — 54,6%);

– увеличение доли пациентов старших возрастных групп, увеличение среднего возраста пациентов, что налагает определенные требования к организации лечебно-диагностического процесса: требует учета возрастного фактора — особенностей течения патологических процессов, увеличивает вероятность наличия сопутствующих заболеваний, осложняющих течение основной акушерско-гинекологической патологии.

Возрастные особенности пациентов, поступивших в стационар СМП с диагнозом акушерско-гинекологического профиля, 2015–2019

Год	Возраст		Возраст, лет			Итого	Средний возраст	m	Медиана	Мода
	< 25	25–39	40–54	≥ 55	1					
2015	Номер столбца (возрастная группа)									
	Абс. зн.	1297	4215	1437	634	7583	35,3	9,8	32	27
2016	%	17,1	55,6	19,0	8,4	100,0				
	Абс. зн.	1094	3973	1273	542	6882	35,1	9,3	32	30
2017	%	15,9	57,7	18,5	7,9	100,0				
	Абс. зн.	1069	3713	1375	809	6966	36,9	10,7	33	30
2018	%	15,3	53,3	19,7	11,6	100,0				
	Абс. зн.	1088	4152	1585	809	7634	36,7	10,1	33	30
2019	%	14,3	54,4	20,8	10,6	100,0				
	Абс. зн.	1111	3825	1648	751	7335	36,9	10,2	34	31
<b>Всего</b>	%	15,1	52,1	22,5	10,2	100,0				
	Абс. зн.	5659	19878	7318	3545	36400	36,2	10,0	33	30
Динамика, 2015–2019	%	15,5	54,6	20,1	9,7	100,0				
	Абс. зн.	-186	-390	211	117	-248	0,9	0,4	2	4
Коэф. корреляции Пирсона r (год/показатель)	%	-14,3	-9,3	14,7	18,5	-3,3	2,5	4,1	6,3	14,8
	Абс. зн.	-0,6	-0,4	0,8	0,7	0,1	0,8	0,5	0,9	0,8

p – достоверность различий (в столбцах);  $p_{2,1,3,4} < 0,01$ ;  $p_{4,1,2,3} < 0,01$

## ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В МЕГАПОЛИСЕ

А.В. Алексеева, Г.Н. Гаврилин, К.Е. Моисеева, В.А. Глущенко

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет» Минздрава России,  
Санкт-Петербург, Россия*

Охрана здоровья детского населения, установление роли различных факторов окружающей среды в его оптимизации относится к одному из ведущих направлений развития социальной политики Российской Федерации и является важнейшей стратегической задачей современного здравоохранения. Высокая смертность детского населения связана преимущественно с недоступностью и неэффективностью медицинской помощи, которая предоставляется еще в первичном звене. Для ее снижения необходимо не только увеличивать доступность медицинской помощи населению, но и повышать ее качество.

В настоящее время в Российской Федерации разработаны и реализованы множество различных программ, которые направлены на увеличение охвата населения медицинской помощью, но в современных условиях данные меры не оправдывают своих результатов. Низкое качество медицинской помощи препятствует достижению желаемых показателей здоровья, ограничивает реализацию прав населения на охрану здоровья и может приводить к неоправданным прямым и косвенным затратам как системы здравоохранения в целом, так и отдельных лиц.

Приоритетным направлением оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению, особенно детям первого года жизни является усиленная профилактическая работа. Ее целью является наблюдение за здоровыми детьми, проведение первичной профилактики заболеваний, профилактические осмотры, профилактика детской инвалидности, санитарно-просветительская работа с родителями ребенка. Организация медицинского наблюдения детского населения, в том числе детям первого года жизни, должна основываться на оценке распространенности патологических состояний и их структуры. Первый год жизни ребенка является во многом определяющим для формирования потенциала здоровья на последующие периоды его жизни.

Исследование проводилось на базе «СПбГБУЗ Детской поликлиники №114 Детское поликлиническое отделения №75». С целью оценки заболеваемости детей первого года жизни была проведена выкопировка данных с помощью «Карт выкопировки из федеральной статистической отчетности «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» форма №12».

В качестве аппаратного обеспечения в исследовании использовался компьютер с процессором класса Intel® Core™2 Duo. Для статистической обработки и анализа полученных результатов применялось программное обеспечение Microsoft Office 2010.

Рост показателей заболеваемости в современных социально-экономических условиях, низкий уровень рождаемости и высокой смертности обуславливают необходимость поиска эффективных диагностических и защитных мероприятий для ребенка как в пре- и постнатальных периодах жизни, так и в раннем периоде детства. Все это создает необходимость изучения показателей, характеризующих состояние здоровья детей первого года жизни.

Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, ведут учет заболеваемости по обращаемости. Заболевания детей первого года жизни в детской поликлинике (ДПО) регистрируются в годовую форму федерального статистического наблюдения форма №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации». Форма предоставляется за год по организации органу местного самоуправления, осуществляющему полномочия в сфере охраны здоровья 20 января года, следующего за отчетным. Орган местного самоуправления предоставляет отчет по каждой подведомственной организации в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющий полномочия в сфере охраны здоровья, до 20 февраля года, следующего за отчетным. Сводную Форму по субъекту Российской Федерации за отчетный год, подписанную руководителем органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации осуществляющего полномочия в сфере охраны здоровья, в 2-х экземплярах на бумажном и электронном носителе, предоставляют Минздраву России и территориальному органу Росстата в субъекте Российской Федерации.

В ходе исследования было установлено, что за 2017–2019 годы в Детском поликлиническом отделении №75 заболеваемость детей первого года жизни стабильно увеличивалась. В 2017 году уровень заболеваемости детей составил 2823,4 на 1000 родившихся живыми. Однако в 2018 году данный показатель увеличился на 2,8% к уровню 2017 года, а в 2019 году — на 6,6% (к уровню 2017 года). В целом рост показателей за три исследуемых года составил 6,6%. Уровень и динамика заболеваемости детей первого года жизни в 2017–2019 годы отображена на рисунке 1.

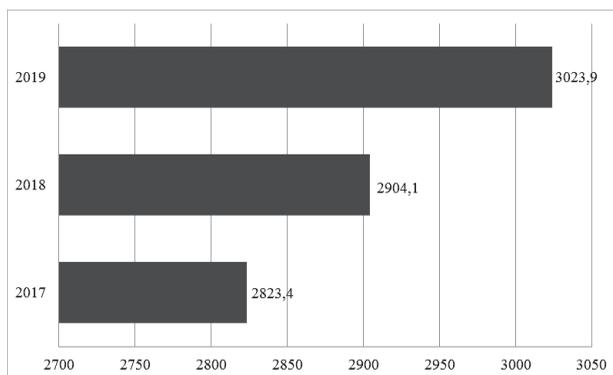


Рис. 1. Динамика общей заболеваемости детей первого года жизни в ДПО №75 в 2017–2019 годы (в ‰)

Изучение структуры заболеваемости детей первого года жизни показало, что первое ранговое место в структуры заболеваемости в 2017 году принадлежало болезням органов дыхания (42,8%), второе место — болезням нервной системы (23,7%), третье — болезням глаза и его придаточного аппарата (8,8%). В 2018 году также в структуре общей заболеваемости на первом месте были болезни органов дыхания — 43,5%, на втором — отдельные состояния, возникающие в перинатальный период — 15,4%, на третьем — глаза и его придаточного аппарата — 8,2%. В 2019 году на первом месте в структуре заболеваемости детей первого года также были болезни органов дыхания — 41,3%, на втором — болезни нервной системы — 24,1%, третье место — отдельные состояния, возникающие в перинатальный период (9,4%). Структура и прирост заболеваемости детей первого года жизни отдельными классами болезней в 2017–2019 гг. детально представлены в таблице 1.

**Структура заболеваемости детей первого года жизни  
в 2017–2019 годы (в %)**

Класс заболевания	2017	2018	2019
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	0,8 –	0,9 (+11,1%)	0,7 (-22,2%)
Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	0,5 –	0,8 (+37,5%)	0,4 (-50,0%)
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	0,6 –	0,8 (+25,0%)	0,5 (-37,5%)
Болезни нервной системы	23,7 –	13,4 (-43,4%)	24,1 (+44,3%)
Болезни глаза и его придаточного аппарата	8,8 –	8,2 (-6,8%)	9,0 (+8,8)
Болезни уха и сосцевидного отростка	2,3 –	3,1 (+25,8%)	1,1 (-64,5%)
Болезни органов дыхания	42,8 -	43,5 (+1,6%)	41,3 (-5,0%)
Болезни органов пищеварения	6,5 –	6,8 (+4,4%)	7,2 (+5,5%)
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1,5 –	1,6 (+6,3%)	1,3 (-18,8%)
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	1,1 –	1,4 (+21,4%)	1,2 (-8,3%)
Болезни мочеполовой системы	0,6 –	0,9 (+33,3%)	0,8 (-11,1%)
Отдельные состояния, возникающие в перинатальный период	7,9 –	15,4 (+48,7%)	9,4 (-38,9%)
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	2,5 –	2,6 (+3,8%)	2,7 (+3,7%)
Травмы, отравления и некоторые др. последствия воздействия внешних причин	0,4 –	0,6 (+33,3%)	0,3 (-50,0%)

Таким образом, проведенное исследование позволило установить, что в целом в 2017–2019 годах наблюдался рост заболеваемости детей первого года жизни в целом на 6,6%. В анализируемый период в структуре заболеваемости детей данной возрастной группы первое место со значительным отрывом занимали болезни органов дыхания, доля которых в 2019 году снизилась на 3,5% к уровню 2017 года.

## ОЦЕНКА РОДИТЕЛЯМИ ЭТАПА ПОДГОТОВКИ К РЕАБИЛИТАЦИИ В СТАЦИОНАРЕ

В.В. Соколова, Ю.С. Кузина

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет» Минздрава России,  
Санкт-Петербург, Россия*

Рост заболеваний нервной системы в структуре детской смертности, первичной и общей заболеваемости среди несовершеннолетних, во многих регионах нашей страны создает потребность не только в модернизации мер профилактики, но и в повышении эффективности восстановительного метода лечения заболевших.

Реабилитация имеет важное значение в процессе всего лечения, сочетая комплексное воздействие на организм ребенка (медикаментозное, физиотерапевтическое, психотерапевтическое и т.д.), позволяет наиболее эффективно закрепить достигнутые результаты лечения, укрепить физическое состояние и предупредить прогрессирование заболевания в будущем. В связи с этим, крайне важно проведение реабилитационных мероприятий в короткие сроки, после окончания лечения основного заболевания, и используя наиболее передовые методы восстановления утраченных функций.

При этом, уже на этапе подготовки к реабилитации ребенок может встретить трудности, снижающие доступность данного лечения или увеличивающие сроки его начала, что на практике, в той или иной мере, сокращает темп восстановления нарушенных функций и снижает эффективность реабилитационных мероприятий в целом.

С целью изучения мнения родителей об организации процесса подготовки к плановой госпитализации ребенка на реабилитацию, было проведено исследование на базе отделения медицинской ре-

билитации и отделения нейроинфекций и органической патологии нервной системы ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России.

По специально разработанной анкете выполнено анонимное анкетирование 346 родителей детей, проходивших реабилитацию в стационаре. Большинство опрошенных являлись жителями Санкт-Петербурга, Ленинградской области, Республики Дагестан и Краснодарского края. Более 2/3 респондентов проживали в городской местности. Средний возраст детей составил 7,8 лет.

По результатам исследования большинство детей, поступивших на реабилитацию, страдали ДЦП (59,3%), последствиями нейроинфекций (17,5%), органического поражения ЦНС (10,3%), полинейропатий (6,8%) и состояний после травмы (2,5%).

Все родители отметили, что данная госпитализация была предоставлена ребенку бесплатно: в 85,4% случаев за счет средств ОМС и в 14,6% — за счет средств бюджета как высокотехнологическая медицинская помощь. При чем 74,2% детей имели опыт такой госпитализации ранее.

Наше исследование показало, что родители активно реализуют право выбора медицинской организации. В 73,8% случаев была предоставлена такая возможность и они ею воспользовались. При этом, основную роль в выборе стационара сыграла рекомендация лечащего врача (45,8%). Для 39,6% родителей важное значение оказали советы родственников и знакомых, а 14,6% опрошенных отметили информацию из СМИ.

Большинство родителей (55,8%) указали, что с целью выбора стационара для реабилитации ребенка они проводили предварительную оценку. Вместе с тем, наиболее значимыми факторами, определяющими выбор, для родителей являлись: квалификация сотрудников (34,8%), техническая оснащенность (31,2%), комфортность пребывания (23,0%) и территориальное расположение стационара (10,2%).

При подготовке к госпитализации основная масса родителей (96,3%) была информирована о перечне документов для реабилитации, однако во время госпитализации у 19,6% респондентов часть документов отсутствовала. В числе недостающих документов в 44,6% случаев были результаты обследования сопровождающего лица, в 32,5% — сведения о вакцинации против кори, в 19,6% — результаты обследования на туберкулез и в 3,3% — документы, подтверждающие личность. При этом, отсутствующие сведения

родителям приходилось переподтверждать на платной основе (повторное обследование, справки нотариуса) (19,6%), что в конечном счете отодвигало сроки начала основного этапа реабилитации ребенка от 1 до 5 дней.

В качестве причин отсутствия документов треть родителей (31,9%) указали, что не знали об их обязательности. В тоже время, 21,2% респондентов отметили отсутствие условий для обследования и 17,0% недостоверность предоставленного перечня документов по месту жительства. Для пятой части (19,8%) родителей вызов на госпитализацию носил краткосрочный характер и у них на прохождение всех исследований не хватило времени.

При оценке сроков прохождения обследования ребенка по месту жительства для госпитализации на реабилитацию выявились некоторые трудности.

Среднее время ожидания госпитализации с момента получения направления на госпитализацию составило 21,7 дней. Со слов родителей, большая часть детей имела ограничения в самостоятельном передвижении: 31,6% передвигались с поддержкой (тростью, ходунками) и 37,1% в кресле-коляске, что вызывало значительные препятствия в сборе всех документов. При этом, в 66,8% случаев количество посещений поликлиники с ребенком с целью обследования составляло от 8 до 10 раз, а в 10,2% — более 10 раз. Кроме того, у 6,7% детей возникла необходимость переделывать исследования ввиду тех или иных причин.

Короткие сроки назначенной госпитализации, недоступность исследований в поликлинике по месту жительства и ограничения в передвижении несовершеннолетнего способствовали тому, что почти половина респондентов (48,3%) вынуждены были использовать личные денежные средства для оплаты части обследования, а 2,9% — для оплаты всего обследования.

Несмотря на ограничения, только в 7,9% случаях госпитализация переносилась на неопределенный срок. При чём, в 53,8% случаев причиной являлось отсутствие билетов и сложности в транспортировке, а в 38,3% — болезнь ребенка или сопровождающего.

Организацией процесса подготовки ребенка к реабилитации, 56,7% родителей остались полностью удовлетворены, несмотря на вышеперечисленные ограничения в доступности обследования по месту жительства. В тоже время, 29,6% респондентов были удовлетворены частично, а 5,8% остались полностью неудовлетво-

рены, 7,9% респондентов затруднились выразить мнение по данному вопросу. Кроме того, среди полностью и частично неудовлетворенных 84,0% респондентов оплачивали недостающие обследования по прибытии в ДНКЦИБ.

Таким образом, несмотря на высокую информированность о необходимом перечне документов, 19,6% респондентов с детьми поступают на госпитализацию без части обязательных документов по причине необязательности родителей, недоступности исследований и недостоверности предоставляемой информации по месту жительства. Низкая доступность медицинских услуг на этапе подготовки к реабилитации во многом обусловлена низкой мобильностью ребенка, что приводит к необоснованному росту платных медицинских услуг. Более трети родителей остались частично или полностью неудовлетворены организацией процесса подготовки ребенка к реабилитации. Из этого следует, что для повышения эффективности данного этапа лечения необходимо предоставление достоверного списка обследований для госпитализации, а также утверждение индивидуального графика обследования или упрощение процедуры для маломобильных групп детей.

## **СИСТЕМА РАННЕЙ ПОМОЩИ В РОССИИ: ПЕРВЫЕ ШАГИ СДЕЛАНЫ**

Е.М. Старобина, В.В. Лорер, О.Н. Владимирова

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия*

Ранняя помощь обеспечивает раннее выявление нарушений здоровья и ограничений жизнедеятельности, оптимальное развитие и адаптацию детей, интеграцию семьи и ребенка в общество, профилактику или снижение выраженности ограничений жизнедеятельности, укрепление физического и психического здоровья ребенка, повышение доступности образования для детей целевой группы, повышение уровня компетенции родителей.

Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта Минтруда России является методическим центром по вопросам формирования и развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов,

в том числе ранней помощи. С 2021 года планируется открытие методологического федерального центра по ранней помощи детям и их семьям и сопровождению. Основной задачей методологического центра будет содействие внедрению и развитию ранней помощи в субъектах Российской Федерации, разработка методологических основ, методического обеспечения системы ранней помощи детям и их семьям в Российской Федерации, распространения эффективных технологий и практик в данных областях.

В соответствии с проектом плана развития в 2021–2025 гг. методический центр будет осуществлять методическую, образовательную, консультативную, информационную, просветительскую, практическую деятельность по двум направлениям: ранней помощи детям и их семьям и сопровождению инвалидов (проживание, занятость и др.).

В 2018–2020 годах специалистами Центра им. Г.А. Альбрехта разработан ряд нормативных документов по организации ранней помощи:

- примерные правила направления детей для получения услуг ранней помощи;
- стандарт предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям;
- примерный порядок оказания услуг ранней помощи детям и их семьям;
- типовое положение о структурном подразделении организации, оказывающей услуги ранней помощи детям и их семьям (Центре ранней помощи);
- примерный порядок организации межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и подведомственных им организаций здравоохранения, образования и социальной защиты, обеспечивающих предоставление услуг ранней помощи детям и их семьям;
- примерная методика оценки качества и эффективности предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям.

В соответствии с Концепцией развития ранней помощи выявление детей с врожденными и наследственными заболеваниями, оказание им медицинской помощи, оказание психологической и социальной помощи их родителям на первоначальном этапе целесообразно реализовывать в медицинских организациях, где происходит выявление генетических нарушений в перинатальном или постнатальном периоде.

К потенциально нуждающимся в получении услуг ранней помощи относятся следующие категории детей в возрасте до трех лет:

- дети-инвалиды;
- дети, не имеющие статуса «ребенок-инвалид», но у которых выявлено стойкое нарушение функций организма или заболевание, приводящее к нарушениям функций организма, или выявлена задержка развития;
- дети, воспитывающиеся в государственных (муниципальных) учреждениях, в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, которые выявлены организациями социального обслуживания, центрами ранней помощи детям;
- дети, родители которых обеспокоены развитием и поведением ребенка.

Дети, потенциально нуждающиеся в ранней помощи, направляются в организации, предоставляющие услуги ранней помощи, родителям предоставляется информация о поставщиках услуг ранней помощи.

Основанием для направления в организацию, предоставляющую услуги ранней помощи детям и их семьям, является наличие задержки в развитии или ограничения жизнедеятельности.

Анализ состояния ранней помощи в субъектах Российской Федерации по результатам федерального статистического наблюдения по форме № 1-РП «Сведения по ранней помощи детям целевой группы» за 2019 год, проведенный в Федеральном научном центре реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, показал, что общая численность детей, отнесенных к целевой группе в истекшем году, составила 259851 человек, из них 14% составили дети-инвалиды в возрасте от рождения до 4 лет (36736 человек). Распределение детей-инвалидов по возрасту показало, что в основном преобладают дети раннего возраста: 31% дети в возрасте 2 лет (11416 чел.) и 39% дети в возрасте 3 лет (14194 чел.). На детей 1 года приходится 21% (7727 чел.), на детей в возрасте до года — только 9% (3399 чел.). Общая численность детей-инвалидов, впервые выявленных в истекшем году, составила 14832 человека, что составляет 13% от общей численности детей целевой группы (111582 чел.).

В 2017 году были собраны данные о нуждаемости в ранней помощи детей целевой группы. По состоянию на 02.10.2017 г. общее

число детей целевой группы, нуждающихся в оказании им услуг ранней помощи, составило 326 014 чел., из них детей с ограниченными возможностями здоровья 11 1721 чел. (35%), детей-инвалидов 41 056 чел. (13%), детей с генетическими нарушениями 26 816 чел. (8,5%), детей группы риска 128 689 чел. (40%). Группу риска составили дети с риском развития стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности (89 360 чел. — 70%), дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей (9 083 чел. — 7%), дети из семей, находящихся в социально-опасном положении (30 246 чел. — 23%).

По состоянию на 31 декабря 2019 года общее число детей, получивших услуги ранней помощи в организациях различной ведомственной принадлежности, составило 239 885 человек, услуги ранней помощи предоставили 5 108 организаций различной ведомственной принадлежности. В субъектах Российской Федерации функционируют 73 Региональных ресурсно-методических центра ранней помощи, в том числе 11 в сфере охраны здоровья детей, 31 в сфере образования и 31 в сфере социальной защиты населения.

Согласно Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года, актуальной является разработка единого подхода к формированию ранней помощи и сопровождению нуждающихся в ней детей и их семей, а также к определению механизма межведомственного взаимодействия по этим вопросам на федеральном и региональном уровнях.

Развитие ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации осуществляется посредством реализации комплекса мероприятий региональной программы. С целью обеспечения единого подхода при реализации мероприятий по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, а также ранней помощи, Минтрудом России разработана методика внедрения и реализации региональной программы по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (типовая программа субъекта Российской Федерации). Основная цель региональной программы заключается в повышении уровня обеспеченности инвалидов, в том числе детей-инвалидов, реабилитационными и абилитационными услугами, ранней помощью. В период 2018–2020 годов Федеральным научным центром реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта проводился анализ программ, поступивших

от субъектов Российской Федерации. Анализ 62 региональных программ «Формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов», поступивших в 2020 году, показал, что мероприятия по ранней помощи представлены во всех программах и реализуются в сферах охраны здоровья (здравоохранение), образования и социальной защиты.

На основании результатов анализа проектов региональных программ по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов в разрезе ранней помощи, информации из регионов, полученной в процессе мониторинга реализации Концепции развития ранней помощи в 2017–2019 годах, а также данных федерального статистического наблюдения по форме № 1-РП «Сведения по ранней помощи детям целевой группы», можно констатировать, что в настоящее время создаются условия для полноценного развития детей в возрасте до трех лет, реализации программы психолого-педагогической, методической и консультативной помощи родителям детей, получающих дошкольное образование в семье; происходит формирование системы ранней помощи, учитывающей региональные особенности.

## **ПРОФИЛАКТИКА COVID-19 У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ КАК ЧАСТЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Л.А. Карасаева, О.В. Карпатенкова

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт  
усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России,  
Санкт-Петербург, Россия*

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский  
университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,  
Санкт-Петербург, Россия*

Современная социально-эпидемическая обстановка требует от сотрудников медицинских организаций любого подчинения реорганизации профессиональной деятельности. Медицинская часть Центра временного содержания несовершеннолетних правонарушителей (ЦВСНП) при ГУ МВД России по Санкт-Петербургу специализируется на оказании медико-социальной помощи детям

до 14 лет, попавших в трудную жизненную ситуацию. ЦВСНП рассчитан на ежемесячное поступление несовершеннолетних до 100 чел. с длительностью пребывания — до 30 дней, причем максимум поступлений в течение последних 5 лет приходится на весенне-летний период.

В возрастной структуре наибольшую долю имеют лица от 15 до 17 лет (63,6%), задержанные за бродяжничество и совершенные преступления или правонарушений. 39,2% поступающих в ЦВСНП воспитываются в неполных семьях, 12,3% остались без попечения родителей по разным обстоятельствам, а 3,5% поступили как находящиеся в социально-опасном положении. По приговору суда или постановлению направлено или по постановлению судьи в специальные учебно-воспитательные учреждения закрытого типа (СУВУЗТ) 8,1%, а 0,3% находились в ЦВСНП в ожидании судебного решения по данному вопросу. Замечено, что за пятилетний период доля лиц, направленных в СУВУЗТ или ожидающих решения суда по этому вопросу, снижается, от 11,8% до 2,7%.

В среднем 1,9% контингента склонны к бродяжничеству и побегам из специальных учебно-воспитательных учреждений, то есть имеют повышенный риск заражения, обусловленный спецификой среды пребывания. Следует отметить, что доля таких несовершеннолетних в структуре помещенных в ЦВПНП снижается, начиная с 2016 года, уступая место лицам, совершившим правонарушения.

В среднем 43,6% совершили общественно опасные деяния, но не достигли возраста уголовной (6,5%) или административной (37,1%) ответственности. Удельный вес несовершеннолетних моложе 14 лет, совершивших уголовно наказуемые деяния, сократился за исследуемый период в 3 раза, тогда как доля лиц моложе 16 лет, совершивших административные правонарушения, увеличилась в 1,8 раза.

Высока средневзвешенная доля лиц, совершивших административные правонарушения в возрасте старше 16 лет: 45,8%, амплитуда колебаний от 42,8 до 49,3% за пятилетний период. Такие дети и подростки помещаются в ЦВПНП в случаях: если личности несовершеннолетних не установлены; если они не имеют места жительства, места пребывания или не проживают в Санкт-Петербурге или Ленинградской области; или, вследствие удаленности места их проживания, не могут быть переданы родителям или иным законным представителям в течение определенного законом срока.

Нами выявлено, что 45,7% детей и подростков не имеют представления о правилах санитарно-противоэпидемической безопасности, у 87,9% не сформированы необходимые гигиенические навыки (гигиеническая и своевременная обработка рук, правила пользования личными предметами, этикет кашля, отдельные навыки личной гигиены).

За краткий срок пребывания в Центре полное обследование состояния здоровья провести не удастся. Тем не менее, 4,5% (мальчики) имеют ВИЧ позитивный статус, 14% — хронические заболевания верхних дыхательных путей, по 15% — заболевания нервной системы и психики. По данным психологического скрининга, из 50 несовершеннолетних, находившихся в ЦВСНП в период от начала пандемии новой коронавирусной инфекции до 29 мая 2020 года, у 31,5% девочек и 26,4% мальчиков выявлены признаки психосоматического неблагополучия, у 23,5% и 52,9% соответственно — низкий уровень социального интеллекта. Психиатрический диагноз (преимущественно умственная отсталость) выставлен у 6% несовершеннолетних, а 28% страдают химическими зависимостями: по 14% наркозависимых и алкозависимых несовершеннолетних. Это создает напряженный преморбидный фон для COVID-19, повышая как риск заражения, так и риск развития осложнений.

Имея в 35,9% случаев признаки рискованного поведения в условиях актуальной пандемии, поступающие к Центру дети и подростки могут быть более подвержены риску заражения, чем их ровесники из благополучных семей. В связи с этим, нами внедрен метод краткосрочного профилактического вмешательства, направленный на снижение риска инфицирования, повышение неспецифической резистентности и резервов кардиореспираторной системы.

В программу медико-профилактического вмешательства входят следующие меры:

- диагностический минимум (физикальное обследование, исследование диагностического материала с применением методов амплификации нуклеиновых кислот, термометрия);
- санитарно-противоэпидемический минимум (использование индивидуальных гигиенических масок, изолирование вновь поступивших детей в течение 14 суток, влажная уборка с хлорсодержащими дезинфектантами кратностью каждые 2 часа);

– профилактический тренинг «Ступени» (расширение тематики за счет внедрения тем «понятие о пандемии COVID-19», «Социальная дистанция», «Гигиена города»).

Дыхательная гимнастика входит в физкультурно-оздоровительный блок медико-социальной реабилитации. Программа упражнений откорректирована на основании Временных методических рекомендаций по медицинской реабилитации при новой коронавирусной инфекции с COVID-19. (версия 1 от 21.05.2020). В программу утренней гигиенической гимнастики входят упражнения, ориентированные на увеличение резерва дыхательного объема, укрепление мышц дыхания, а главное — формирование навыка управляемого дыхания. За этот месяц у 52,4% отмечались следующие эффекты:

- улучшение показателей пробы Штанге в среднем на 7,8% секунд, пробы Генче — в среднем на 3,6 секунд;
- увеличение толерантности к физической нагрузке (в 45,6% случаев);
- у 69,2% сформирован навык управляемого внешнего дыхания;
- в 9% случаев расширен объем знаний о санитарно-противоэпидемическом режиме, обусловленном текущей пандемией.

За период с 1 по 29 мая 2020 года программу профилактической реабилитации прошли 26 человек в возрасте от 7 до 17 лет. Из них 10 человек предположительно находились в контакте с пациентом, имеющим подтвержденный диагноз COVID-19, но ни один ребенок за период наблюдения не заболел.

Эти мероприятия мы планируем продолжать до снижения уровня заболеваемости до популяционно приемлемого уровня, повторяя в периоды сезонного увеличения заболеваемости вирусными инфекциями, внося коррективы по мере накопления современной наукой сведений о новой коронавирусной инфекции.

## ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МАТЕРЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ УСЛОВИЯМИ ПРЕБЫВАНИЯ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

К.Е. Моисеева, Ш.Д. Харбедия, В.А. Глущенко

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет» Минздрава России,  
Санкт-Петербург, Россия*

В целях повышения эффективности и качества медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным в ряде субъектов РФ организуются перинатальные центры. Создание перинатальных центров позволяет сформировать эффективную трехуровневую систему оказания акушерско-гинекологической помощи в субъектах Российской Федерации, сконцентрировать в одном учреждении беременных высокого перинатального риска и новорожденных, внедрить современные инновационные технологии в перинатологии и при ведении беременных с тяжелыми осложнениями гестационного процесса и экстрагенитальной патологией, снизить материнскую и младенческую смертность в Российской Федерации. Развитие сети перинатальных центров должно оказать в дальнейшем существенное влияние на преодоление негативных тенденций и стабилизацию демографической ситуации, что определено Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Число и мощность перинатальных центров определяются с учетом региональных особенностей заболеваемости в субъектах РФ.

Перинатальные центры относятся к третьей группе акушерских стационаров и имеют в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания). Перинатальный центр — это лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее все виды квалифицированной, высокотехнологической и дорогостоящей медицинской стационарной помощи в области акушерства, гинекологии, неонатологии и хирургии новорожденных, а также осуществляющее амбулаторную, консультативно-диагностическую и медико-реабилитационную помощь женщинам и детям раннего возраста.

С целью выявления основных причин неудовлетворённости матерей условиями пребывания новорожденных методом случайной выборки было осуществлено анонимное анкетирование 579 матерей, дети которых родились в 2019 году в перинатальном центре ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Средний возраст женщины составил  $31,54 \pm 0,11$  лет. В качестве генеральной совокупности было взято число родов в данной организации родовспоможения в 2019 году. Объем выборки соответствовал исследованиям средней точности с доверительным коэффициентом 2 и вероятностью 0,954. Репрезентативность выборок была проверена по методике профессора А.М. Меркова и ошибка в исследовании не превышает 3,0%, что вполне допустимо. Матери самостоятельно заполняли анкету перед выпиской из медицинской организации. Согласием участия в исследовании служило заполнение анкеты. Статистическая обработка результатов и анализ данных проведены с использованием программного обеспечения Microsoft Office Excel и пакета статистического анализа, разработанного компанией StatSoft-Statistica 10.0.

Проведенная субъективная оценка организации медицинской помощи в перинатальном центре показала, что большинство матерей новорожденных детей были ей вполне удовлетворены (74,1%), не всегда были удовлетворены — 22,1% респонденток, не были удовлетворены — 3,8% женщин (рис. 1).



**Рис. 1. Распределение матерей новорожденных по степени удовлетворенности организацией медицинской помощи в перинатальном центре (в %)**

Установлено, что основными причинами неудовлетворенности у большинства респонденток, высказавших частичную либо

полную неудовлетворенность организацией медицинской помощи в перинатальном центре, являлись температурный режим (42,1%), питание (55,8%) и санитарное состояние санузла (12,2%). Основные причины неудовлетворенности матерей новорожденных работой перинатального центра представлены в таблице 1.

Таблица 1  
Основные причины неудовлетворенности матерей новорожденных работой перинатального центра (в %)

Причина	Удельный вес
Освещение	4,5
Температурный режим	42,1
Питание	55,8
Состояние постельного белья	0,3
Санитарное состояние палаты	0,7
Санитарное состояние санузла	12,2

По мнению пациентов, для того, чтобы улучшить организацию медицинской помощи новорожденным в перинатальном центре необходимо: увеличить количество врачей (6,6%), повысить квалификацию персонала (2,8%), повысить внимательность и чуткость персонала к пациентам (9,3%), улучшить питание (25,4%) и улучшить сайт (10,3%). Удельный вес отдельных рекомендаций пациенток по улучшению работы перинатального центра представлен в таблице 2.

Таблица 2  
Удельный вес отдельных рекомендаций матерей новорожденных по улучшению работы перинатального центра (в %)

Рекомендация	Удельный вес
Увеличить кол-во врачей	6,6
Повысить квалификацию персонала	2,8
Повысить внимательность и чуткость персонала к пациентам	9,3
Улучшить питание	25,4
Улучшить сайт	10,3
Санитарное состояние санузла	12,2

В ходе исследования матерям новорожденных детей было предложено оценить в целом работу перинатального центра в баллах.

Установлено, что большая часть респонденток оценили работу на «отлично» (55,8%) и «хорошо» (33,0%). Только 11,2% женщин поставили оценку «удовлетворительно». В среднем оценка матерей новорожденных работы перинатального центра была  $4,4 \pm 0,08$  балла.

Проведенное исследование показало, что 93,8% матерей новорожденных порекомендовали бы перинатальный центр ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации для оказания медицинской помощи новорожденным и только 6,2% — нет.

Таким образом, большинство матерей новорожденных детей не удовлетворены питанием и температурным режимом в перинатальном центре. Несмотря на довольно высокую субъективную оценку организации медицинской помощи новорожденным в условиях федерального перинатального центра, в деятельности данной организации родовспоможения имеются значительные неиспользованные резервы для повышения уровня ее оказания матери и ребенку.

## **ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МАТЕРЕЙ УСЛОВИЯМИ ПРЕБЫВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В РОДИЛЬНЫХ ДОМАХ**

К.Е. Моисеева

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет» Минздрава России,  
Санкт-Петербург, Россия*

Организация медицинской помощи новорожденным в России базируется на принципах преемственности акушерской и педиатрической службы. Задачами современной неонатологической помощи в Российской Федерации являются: создание комфортных условий новорожденному в родовспомогательном учреждении; организация совместного пребывания ребенка с матерью; обеспечение поддержки грудного вскармливания; проведение скрининговых исследований и вакцинации; организация процесса лечения и выхаживания больных или недоношенных детей.

Период новорожденности — это период адаптации ребенка к условиям внеутробной жизни, который начинается с момента его рождения и заканчивается по достижению им 28 дней. Поэтому улучшение качества оказания медицинской помощи детям данной возрастной группы является важной задачей, стоящей перед современным здравоохранением, а мнение родителей новорожденных может служить одним из ориентиров для ее совершенствования.

С целью выявления основных причин неудовлетворённости родителей условиями пребывания новорожденных в 2 родильных домах г. Санкт-Петербурга методом случайной выборки было осуществлено анонимное анкетирование 1622 матерей. Матери самостоятельно заполняли анкету перед выпиской из медицинских организаций. Согласием участия в исследовании служило заполнение анкеты. Средний возраст женщины составил  $29,94 \pm 0,11$  лет. В качестве генеральной совокупности было взято число родов в данных организациях родовспоможения в 2019 году. Объем выборки соответствовал исследованиям средней точности с доверительным коэффициентом 2 и вероятностью 0,954. Репрезентативность выборок была проверена по методике профессора А.М. Меркова и ошибка в исследовании не превышает 3,4%, что вполне допустимо. Статистическая обработка результатов и анализ данных проведены с использованием программного обеспечения Microsoft Office Excel и пакета статистического анализа, разработанного компанией StatSoft-Statistica 10.0.

По мнению 69,5% матерей лечащий врач их ребенка всегда был доброжелателен и тактичен. Считали, что иногда бывает нетактичен и груб 23,4% матерей: врач всегда нетактичен и откровенно груб — 2,3%, а 4,8% респондентов затруднились ответить на этот вопрос. Большая часть матерей полагали, что лечащий врач их ребенка уделяет ему достаточно времени и внимания (65,2%); 31,1% пациенток считали, что доктор иногда уделяет недостаточно времени и внимания, хотелось бы больше; 3,7% респонденток отметили, что врач «всегда спешит», поэтому уделяет пациентам недостаточно времени и внимания.

При оценке человеческих качеств лечащего врача их ребенка большинство матерей оценили их на «отлично» (67,8%). Поставили оценку «хорошо» 21,1%, а 11,1% матерей оценили их «удовлетворительно». В среднем человеческие качества лечащего врача матери оценили на  $4,57 \pm 0,10$  балла.

По мнению 49,3% респонденток медицинские сестры были всегда внимательны и тактичны. Полагали, что медицинские сестры были нетактичны, а иногда и грубы 32,8% женщин. По мнению 13,8% матерей, медицинские сестры родильных домов всегда были нетактичны и откровенно грубы. Затруднились дать ответ 4,1% респонденток. Большинство матерей полагали, что средний медицинский персонал уделял их ребенку достаточно времени и внимания (50,5%), 39,8% пациенток считали, что он иногда уделял детям недостаточно времени и внимания — им хотелось бы больше. А 9,7% респонденток отметили, что медицинские сестры «всегда спешили» и уделяли им недостаточно времени и внимания.

При оценке человеческих качеств медицинских сестер меньшее количество матерей, в сравнении с врачами, оценили их на «отлично» (35,3%). Поставили оценку «хорошо» 31,8% респонденток, «удовлетворительно» — 30,3%, а 2,6% матерей оценили их на «неудовлетворительно». В среднем человеческие качества медицинских сестер матери оценили на  $4,0 \pm 0,09$  балла.

В ходе исследования был изучен вопрос оплаты медицинской помощи из личных средств пациентами, получавших медицинскую помощь за счет средств фонда ОМС (бесплатно). Среди пациенток, получающих медицинскую помощь по ОМС, только 2,1% респонденток указали, что им пришлось оплачивать отдельные медицинские услуги. Ничего не оплачивали 97,9% матерей. Однако, 36,0% матерей пришлось самостоятельно докупать средства по уходу за ребенком.

В целом пребывание ребенка в родильном доме потребовало больших финансовых затрат от 2,4% пациенток, средних финансовых затрат — от 8,5%, небольших финансовых затрат — от 19,6% и вообще ничего не потратили — 69,5%.

В ходе анкетирования матерям было предложено оценить организацию медицинской помощи новорожденным в родильном доме по пятибалльной системе. Несмотря на то, что большинство матерей оценили эту деятельность на «отлично» и «хорошо» (40,8% и 45,4% респонденток), 12,6% женщин поставили оценку «удовлетворительно», а 1,2% — «неудовлетворительно». Средний балл, поставленный матерями, составил  $3,96 \pm 0,09$  балла.

Оценка удовлетворенности матерей условиями пребывания ребенка в родильном доме выявила, что были полностью удовлетворены 47,6% респонденток, не совсем удовлетворены — 46,6%

и полностью не удовлетворены — 5,8% . Из тех, кто были частично или полностью не удовлетворены, основными причинами называли неоптимальный температурный режим в палате (37,4%), освещение (12,8%), санитарное состояние санузлов (4,6%), а также неактичность и грубость медицинского персонала (17,3%).

Таким образом, несмотря на довольно высокую оценку человеческих качеств врачей и медицинских сестер организаций родовспоможения ( $4,57 \pm 0,10$  балла и  $4,0 \pm 0,09$  балла соответственно), случаи нетактичного и грубого поведения со стороны врачей отмечают 26,7% матерей, а со стороны медицинских сестер — 46,6%. Указывают на недостаточное количество времени и внимания, уделяемого новорожденным, 34,8% респонденток при оценке работы врачей и 49,5% — при оценке среднего медицинского персонала. Пребывание ребенка в родильном доме не потребовало никаких финансовых затрат от 69,5% родителей. Однако, у 36,0% матерей возникла необходимость самостоятельно докупать средства по уходу за ребенком. Более половины матерей были частично или полностью не удовлетворены условиями пребывания ребенка в родильном доме, в большинстве случаев по причине неоптимального температурного режима в палате, освещения а также отношением медицинского персонала.

## Проблемы организации медицинской помощи взрослому населению

---

### ПРОБЛЕМЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В КРУПНОМ ГОРОДЕ

Е.Н. Пенюгина, А.О. Емельянов, Р.Ю. Ротарь, Р.А. Догот

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад.*

*И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

Постановлением Правительства Российской Федерации от 9 октября 2019 года № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения» утверждены четыре основных принципа модернизации первичной медико-санитарной помощи:

- обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи и медицинской помощи, оказываемой в сельской местности, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек;
- приоритет интересов пациента при оказании ему медицинской помощи и соблюдение прав граждан при оказании первичной медико-санитарной помощи и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет профилактики при оказании первичной медико-санитарной помощи;
- ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан при организации первичной медико-санитарной помощи.

При этом сохраняется дифференциация подвидов первичной медико-санитарной помощи, утвержденная приказом Министер-

ства здравоохранения и социального развития от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». В соответствии с данным Положением первичная медико-санитарная помощь включает: первичную доврачебную, первичную врачебную и первичную специализированную медико-санитарную помощь. Кроме того, предусмотрено и сохранение различных моделей оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи как врачами-терапевтами участковыми, так и врачами общей практики (семейными врачами).

Важно также отметить, что приказом Министерства здравоохранения от 27.02. 2016 г. № 132н определены требования к размещению медицинских учреждений, включенных в Номенклатуру медицинских организаций, с учетом условий, видов, форм оказания медицинской помощи и рекомендуемой численности обслуживаемого населения. Данным приказом определен перечень медицинских организаций, ориентированных на оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи. Так, при численности населения от двух до десяти тысяч оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи целесообразно осуществлять в амбулаториях или центрах (отделениях) общей врачебной практики (семейной) медицины. При численности обслуживаемого населения от 20 до 50 тысяч оказание и первой врачебной, и специализированной первичной медико-санитарной помощи и взрослому и детскому населению должно осуществляться в соответствующих поликлиниках. Определены и требования к транспортной (пешеходной) доступности медицинских организаций, оказывающих населению различные виды медицинской помощи.

Особое значение для развития первичной медико-санитарной помощи имеет приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3.12. 2019 г. № 984н «О внесении изменений в Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденное приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05 2012 г. № 543н». С учетом численности прикрепленного населения определен перечень отделений (кабинетов) первичной специализированной медико-санитарной помощи и диагностических отделений (кабинетов). Поликлиники для взрослого населения предлагается разделить на три группы по численности обслуживаемого населения.

живаемого населения. В первую группу включены поликлиники с численностью населения менее 30 тыс. человек, во вторую — с численностью населения от 30 до 50 тыс. человек и, наконец, в третью группу включены поликлиники с численностью обслуживаемого населения свыше 50 тыс. человек. По мере увеличения численности прикрепленного взрослого населения увеличивается и уровень специализации поликлиники.

В связи с этим в более выигрышном положении оказались либо наиболее крупные поликлиники, либо «объединенные» поликлиники. Необходимо отметить, что еще в период проведения в 80-е годы прошлого века экономического эксперимента по внедрению в государственную систему здравоохранения принципов нового хозяйственного механизма в большинстве районов Санкт-Петербурга были сформированы территориальные медицинские объединения (ТМО). Причем, в состав некоторых ТМО входили не только несколько поликлиник только для взрослого или только для детского населения. В ряде районов в состав ТМО вошли и взрослые, и детские поликлиники, и женские консультации. С принятием поправок в Гражданский Кодекс название территориального медицинского объединения уже не соответствовало ни его задачам, ни фактическому правовому статусу. Однако не все поликлиники стали самостоятельными учреждениями. До настоящего времени функционируют поликлиники, включающие несколько поликлинических отделений. Соответственно такие поликлиники имеют большую мощность и высокий уровень специализации. Как правило, такие поликлиники сохранились в крупных районах и в центральных относительно малонаселенных районах.

Следует отметить, что численность населения в административных районах Санкт-Петербурга варьировала в 2019 г. от 44 321 человек (в том числе численность взрослого населения — 35 623 человека) в Кронштадтском районе до 56 8516 человек (в том числе численность взрослого населения — 470 812 человек) в Приморском районе. В большинстве крупных городских районах распространена многоэтажная застройка, имеет место высокая плотность населения и оптимальной формой оказания первичной медико-санитарной помощи является поликлиника.

Вместе с тем, в пяти районах города сохраняются 18 небольших по численности населения муниципальных образований с преимущественно малоэтажной застройкой, расположенные

на значительном расстоянии от основной части административного района. Численность населения в таких поселках колеблется от 277 человек (пос. Серово Курортного района) до 9105 чел. (пос. Понтонный Колпинского района). Приказом Министерства здравоохранения от 27.02. 2016 г. № 132н рекомендована шаговая доступность медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, не превышающая 60 минут. Обеспечить этот норматив силами поликлиник практически невозможно. В связи с этим даже в таком мегаполисе как Санкт-Петербург общеврачебная практика является единственно возможной моделью оказания первой врачебной медико-санитарной помощи, обеспечивающей рекомендуемую территориальную доступность данного вида медицинской помощи.

Необходимо подчеркнуть, что в последние годы происходит существенное перераспределение населения как между административными районами города, так и внутри этих районов. Так, в ряде муниципальных образований центральных районов и численность, и плотность населения уменьшается. Уменьшается и численность прикрепленного населения, а, соответственно, и потребность в первичной медико-санитарной помощи. С целью рационального использования зданий таких поликлиник в них разворачиваются отделения неотложной помощи, травматологические пункты, стоматологические отделения. А первичная специализированная медицинская помощь сосредотачивается в одной из наиболее крупных поликлиник. В таких случаях для сохранения шаговой доступности некоторых видов обследования и лечения целесообразно формировать не терапевтические участки, а участки врачей общей практики с более широким спектром оказываемых медицинских услуг.

В крупных административных районах Санкт-Петербурга, особенно граничащих с Ленинградской областью, активно ведется жилищное строительство, сопровождающееся традиционным отставанием развития социальной инфраструктуры, важной составной частью которой являются учреждения, оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь. И до ввода в строй поликлинических учреждений развертывание отделений общей врачебной практики, в том числе в рамках государственно-частного партнерства, является единственно возможным временным вариантом максимального приближения первичной медико-санитарной помощи к населению.

Таким образом, при сохранении городских поликлиник как основной модели организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в крупном городе, развертывание отделений общей врачебной практики целесообразно:

- в муниципальных образованиях с небольшой численностью населения (до 10 тысяч человек), удаленных от основной части района и крупных поликлиник;
- в муниципальных образованиях центральных районов с убывающей численностью населения;
- в крупных районах города с активной жилищной застройкой в качестве временной модели оказания первой врачебной медико-санитарной помощи до ввода в эксплуатацию поликлиник.

Важно также отметить, что отделения (кабинеты) общей врачебной практики, функционирующие в Санкт-Петербурге, как правило, являются подразделениями поликлиник. В связи с этим, с одной стороны, обеспечивается рекомендуемый норматив шаговой доступности первой врачебной медико-санитарной помощи, а, с другой стороны, сохраняется возможность получения первичной специализированной медико-санитарной помощи в том же медицинском учреждении.

## **ПЕРВИЧНАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ СЕГОДНЯ: ОРГАНИЗАЦИЯ, ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ**

**С.И. Кирпичников, Е.О. Овчинникова**

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад.*

*И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

Вопрос организации первичной медико-санитарной помощи (далее ПМСП) в России крайне актуален в настоящее время. Это обусловлено ее важностью для населения, поскольку основная часть медицинских услуг оказывается именно на этом уровне. Развитая система ПМСП благоприятно ассоциирована с динамикой показателей здоровья граждан, снижением затрат на здравоохранение и удовлетворенностью населения<sup>1</sup>. Во всем мире признана главен-

---

<sup>1</sup>Starfield B. Primary care. Concept, evaluation and policy. New York, Oxford University Press, 1992.

ствующая роль первичного звена здравоохранения, что подтверждается докладом ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире от 2008 г.<sup>2</sup>

В России начавшаяся в 90-е годы реорганизация советской системы ПСМП не окончена и по сей день. Переход на общую врачебную практику, начавшийся в 1993 году реализован лишь отчасти, и система ПМСП в настоящее время представляет собой смешанную структуру с элементами старой и новой форм. Это приводит к неоднозначным трактовкам и требованиям, предъявляемым к ней со стороны пациентов, врачей и руководителей здравоохранения.

В настоящее время организация ПМСП в РФ регламентирована Федеральным законом 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» и приказом Минздравсоцразвития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Эти нормативные акты определяют первичную медико-санитарную помощь как основу системы оказания медицинской помощи, утверждают участково-территориальный принцип, условия, уровни и формы ее оказания, содержат информацию о том, какие медицинские организации могут оказывать такой вид медицинской помощи, а также по оснащению и штатной численности персонала.

Наиболее важным, на наш взгляд, уровнем ПМСП является первичная врачебная медико-санитарная помощь. Это связано с тем, что именно на этом уровне происходит первичный контакт пациента с врачом. Именно врач первичного звена способен решить основные вопросы граждан относительно состояния их здоровья, значительно упрощая их доступ к медицинским услугам без потери качества. Это требует от специалиста соответствующего уровня подготовки и квалификации.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь взрослому населению оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) врачебных амбулаторий, здравпунктов, поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, кабинетов и центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), центров здоровья и отделений (кабинетов) медицинской профилактики.

---

<sup>2</sup> Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. — ВОЗ. Женева. — 2008. — 125 с

При этом вышеописанные специалисты могут иметь разные уровни подготовки (интернатура, ординатура, профессиональная переподготовка)<sup>3</sup>. Это касается как теоретических знаний, так и практических навыков и влечет за собой трудности при определении единых требований к специалисту. Поскольку требования не могут быть выше тех, что предъявляются к выпускнику вуза, то они распространяются на всех специалистов ПМСП.

В настоящее время проводится совместная работа Министерства здравоохранения и Министерства труда и социальной защиты РФ по утверждению профессиональных стандартов, которые определяют требования к уровню подготовки и квалификации специалистов. Утверждено 63 профессиональных стандарта.

Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 21.03.2017 г. № 292н утвержден профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)», при этом профессиональный стандарт «врач общей практики (семейной медицины)» находится в стадии обсуждения вот уже длительное время.

Отмена с 2018 года интернатуры и введение аккредитации выпускников медицинских вузов привнесли изменения в квалификационные требования и позволили осуществлять трудовую деятельность выпускникам ВУЗов после прохождения аккредитации без дополнительного послевузовского образования.

Таким образом, одни и те же задачи должны решаться врачами разного уровня подготовки, имеет место некая «избыточность» подготовки в ординатуре по отношению к предъявляемым квалификационным требованиям для уровня первичной врачебной медико-санитарной помощи.

Выпускники медицинских ВУЗов в первые месяцы вынуждены продолжать процесс послевузовского обучения на рабочем месте «на пациентах», которым требуется оказание квалифицированной медицинской помощи. «Обреченность» пациента на такого участкового врача, осуществляющего помощь по участково-территориальному принципу, и имеющиеся ограничения на выбор врача создают дополнительные сложности в работе первичного звена и недовольство со стороны пациентов.

Другой проблемой при организации первичной врачебной медицинской помощи является разнообразие организационных форм <sup>3</sup> Приказ МЗ РФ от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»

ее оказания. Она может оказываться в поликлиниках, здравпунктах, врачебных амбулаториях, поликлинических подразделениях, кабинетах и центрах ОВП (СМ), Центрах здоровья, отделениях и кабинетах медицинской профилактики. Различия в оснащении кабинетов и лицензионные требования создают дополнительные трудности. Например, медицинской организации необходима отдельная лицензия на осуществление деятельности по «общей врачебной практике (семейной медицины)» при наличии лицензии «терапия», что сказывается на возможности трудоустройства специалистов.

Обращают на себя рекомендации при организации первичной врачебной медико-санитарной помощи взрослому населению учитывать численность прикрепленного населения на одном участке в зависимости от должности врача. Для врачей-терапевтов это 1700 человек, для врачей общей практики — 1500 человек. Поскольку в настоящее время нет различий в требованиях и оценке эффективности труда этих специалистов, возникает вопрос целесообразности такого деления.

Принятая в настоящее время система оплаты труда в зависимости от выполнения плановых показателей, прежде всего объемных, приводит к увеличению числа «приписок», отсутствуют значимые различия в уровне оплаты труда врачей в зависимости от их профессиональных компетенций. Это снижает мотивацию к повышению уровня знаний и навыков, и, в результате, неизбежно сказывается на качестве оказываемой медицинской помощи.

Кроме того, реализация ПМСП по поликлинической модели подразумевает зависимость численности врачей-специалистов от количества обслуживаемого населения без учета уровня квалификации врача первичной врачебной медико-санитарной помощи (терапевт или ВОП). Это приводит к росту потребности во врачах-специалистах со стороны руководителей медицинских организаций, решаемую зачастую за счет «абортивного» обучения специалистов на курсах профессиональной переподготовки.

Таким образом, в настоящее время в ПМСП работают и продолжают трудоустраиваться специалисты с разным уровнем подготовки, которые должны осуществлять свою деятельность в разных по структуре и оснащению медицинских организациях. При этом к системе ПМСП предъявляются единые требования по организации профилактической, лечебно-диагностической работы, ставят-

ся единые цели по снижению показателей смертности, заболеваемости и т.д. Штат специалистов ПМСП расширяется за счет персонала, имеющего базовые уровни врачебной подготовки. Стимулы к повышению профессиональных компетенций, не работают должным образом. Все это нарушает общемировые принципы оказания ПМСП, а именно: ориентация на нужды пациента, комплексность оказания медицинской помощи врачом первичного звена, координирующая и контролирующая функция врача на всех этапах оказания медицинской помощи. Что, в конечном итоге, нарушает права пациента на получение квалифицированной медицинской помощи.

Решением вышеуказанных проблем, на наш взгляд, является:

- разработка концепции развития ПМСП на краткосрочный, среднесрочный и долгосрочный период;
- определение одного специалиста ПМСП, который этот вид помощи может оказывать.

Представляется перспективной организация ПМСП по принципу общей врачебной практики, как наиболее соответствующему критериям ВОЗ для ПМСП и позволит уменьшить потребность в «узких» специалистах:

- утверждение профессионального стандарта «Врач общей практики (семейной медицины)»;
- определение единых требований к помещениям, в которых может оказываться ПМСП, в т.ч. к их оснащению;
- формирование единых требований к его подготовке и уровню квалификации;
- разработка системы регулярной аттестации на рабочем месте;
- учёт уровня профессиональных компетенций, результатов работы, количества обслуживаемого населения при формировании системы оплаты труда;
- изменение принципа «привязки» к врачу пациента с учетом его адреса;
- утвердить принцип свободного выбора врача в пределах обслуживаемой подразделением территории с учетом предельно допустимого количества пациентов на одном участке;
- передача части функций врача первичного звена медицинской сестре, за счет изменений в образовательных стандартах и квалификационных требованиях;
- увеличение числа медицинских сестер на участке;

– передача части немедицинских функций медицинской сестры (учет, контроль, координация и коммуникация) делопроизводителю врача.

Это далеко не исчерпывающий список вызовов ПМСП и возможных путей их решения. Выявление ключевых проблем и их решение требует широкого обсуждения в среде профессионалов здравоохранения, общественных врачебных и пациентских организаций. Но на сегодня совершенно очевидна потребность в трансформации модели первичного звена здравоохранения. Формирование гибкой и устойчивой системы, соответствующей современным требованиям, позволит эффективно решать задачи в рамках Национального проекта.

## **О ТРЕВОЖНЫХ ТЕНДЕНЦИЯХ В РАЗВИТИИ БОЛЬНИЧНОГО ДЕЛА В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ**

Е.Н. Пенюгина, Н.Ю. Смирнова, Н.Н. Лукогорская,  
А.А. Козырев, А.Т. Берозашвили

*ГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад.  
И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

В течение многих десятилетий важнейшим направлением развития больничного сектора отечественного здравоохранения являлось повышение экономической эффективности использования ресурсов дорогостоящего стационарного звена и, прежде всего, за счет сокращения коечного фонда, интенсификации лечебного процесса в больницах и развития стационарозаменяющих технологий.

В результате, по сравнению с 2000 годом в 2018 году число больничных коек в Российской Федерации сократилось в 1,7 раза: с 2037,6 тыс. коек до 1172,8 тыс. коек. Следует подчеркнуть, что, начиная с 2010 года, в официальной статистике Росстата учитываются только койки для круглосуточного пребывания больных без учета коек дневного пребывания, доля которых в структуре коечного фонда больниц невелика. Поэтому исключение из общего числа коек незначительного количества коек дневных стационаров несущественно отразилось и на уменьшении числа больничных коек, и на темпах сокращения коечного фонда.

Наиболее значительным сокращение числа больничных коек было в первом пятилетии XXI века. Именно в этот период отмечается существенное увеличение смертности населения. К сожалению, в последние десятилетия не проводились исследования по изучению состава граждан умерших на дому, объема получаемой ими при жизни медицинской помощи, в том числе в стационарных условиях. Не отслеживаются и случаи смерти пациентов, умерших до прибытия скорой медицинской помощи, а также случаи смерти пациентов, выписанных из больниц незадолго до летального исхода.

Сокращение коечного фонда в стране в последние годы происходило на фоне роста численности населения. Кроме того, доля населения старше трудоспособного возраста увеличилась с 20,4% в 2000 году до 25,9% в 2018 году. А, как известно, с увеличением численности населения пожилого и старческого возраста увеличивается и потребность в стационарной помощи. И на фоне роста численности населения и одновременного сокращения числа больничных коек неуклонно снижается показатель обеспеченности населения Российской Федерации больничными койками. Уровень данного показателя уменьшился за 20 лет в 1,4 раза: с 115,0 коек на 10 000 населения в 2000 году до 79,9 коек на 10 000 населения в 2018 году (табл. 1).

Снижение показателей обеспеченности населения Российской Федерации больничными койками происходит не только за счет ликвидации сельских участковых больниц и сокращения коечного фонда центральных районных больниц. Не менее значительно сократился и коечный фонд в крупных городах. Так, в Санкт-Петербурге обеспеченность населения больничными койками уменьшилась с 101,3 койки на 10 000 населения в 2000 году до 83,1 койки в расчете на 10 000 населения в 2018 году. В 1940 году на 10 000 населения в Ленинграде приходилась 101 больничная койка.

Несмотря на значительное уменьшение числа больничных коек в стране, средняя длительность работы койки в году в течение двух последних десятилетий ни разу не превысила рекомендуемых показателей. Более того, начиная с 2015 года, уровень данного показателя стал снижаться, и в 2018 году составил 313 дней. Причем, снижение среднегодовой занятости койки происходит за счет значительного сокращения средней длительности пребыва-

ния больного на койке. По сравнению с 2000 годом уровень данного показателя уменьшился в 2018 году в 1,4 раза: с 15,5 дней до 10,8 дней. Соответственно неуклонно увеличивается оборот койки. По сравнению с 2000 годом в 2018 году оборот койки увеличился почти в полтора раза. Если в 2000 году на одной койке в среднем пролечилось двадцать пациентов, то в 2018 году — почти тридцать. За счет увеличения оборота койки на фоне сокращения средней длительности работы койки в году отмечается снижение среднего времени простоя койки.

Таблица 1

**Динамика показателей числа больничных коек, обеспеченности населения больничными койками и показателей использования коечного фонда в Российской Федерации в 2000–2018 гг.**

Годы	Число коек (тыс.)	Число коек на 10 000 населения	Средняя длительность работы койки в году (дни)	Средняя длительность пребывания больного на койке (дни)	Оборот койки	Среднее время простоя койки (дни)
2000	2037,6	115,0	313	15,5	20,2	2,57
2001	1653,4	114,4	315	15,2	20,8	2,40
2002	1619,7	112,6	316	14,8	21,3	2,30
2003	1596,6	111,6	316	14,5	21,7	2,26
2004	1600,7	112,5	318	14,2	22,4	2,10
2005	1575,4	111,3	318	13,9	22,8	2,06
2006	1553,6	109,2	317	13,6	22,2	2,16
2007	1522,1	107,2	318	13,4	23,8	1,97
<b>2008</b>	<b>1398,5</b>	<b>98,6</b>	<b>321</b>	<b>13,2</b>	<b>24,3</b>	<b>1,81</b>
2009	1373,4	96,8	325	12,8	25,0	1,60
2010	1339,5	93,8	317	12,6	25,5	1,88
2011	1347,1	94,2	315	12,4	25,7	1,95
2012	1332,3	92,9	321	12,3	26,1	1,69
2013	1301,9	90,6	322	12,1	26,6	1,61
<b>2014</b>	<b>1266,8</b>	<b>86,6</b>	<b>321</b>	<b>11,8</b>	<b>27,2</b>	<b>1,62</b>
2015	1222,0	83,4	319	11,5	27,9	1,65
2016	1197,2	81,8	318	11,1	28,5	1,65
2017	1182,7	80,5	315	11,0	28,7	1,74
<b>2018</b>	<b>1172,8</b>	<b>79,9</b>	<b>313</b>	<b>10,8</b>	<b>29,7</b>	<b>1,78</b>

Стремление к сокращению длительности стационарного лечения является общемировой тенденцией. Однако необходимо помнить о существенных особенностях Российской Федерации. Прежде всего, необходимо учитывать низкую плотность населения во многих субъектах РФ и удаленность не только стационарных, но и амбулаторно-поликлинических учреждений от многих населенных пунктов. Кроме того, бытовые условия жителей сельских и некоторых городских поселений характеризуются отсутствием централизованных систем водопровода, водоотведения и теплоснабжения. И в связи с этим для многих пациентов проблематичным является не только преодоление значительных расстояний для получения амбулаторной помощи, но и необходимость решения ежедневных бытовых проблем по жизнеобеспечению в условиях отсутствия элементарных удобств.

Особое внимание важно обратить и на различия лекарственного обеспечения населения в России и в развитых странах. В отличие от нашей страны, в большинстве стран с развитой системой медицинского страхования затраты на лекарственные препараты включены в программы медицинского страхования. В России только «льготные контингенты» имеют право на бесплатное получение лекарств по рецептам врачей при амбулаторном лечении. Соответственно сокращение сроков стационарного лечения приводит нередко к прерыванию медикаментозного лечения, причем, нередко ввиду отсутствия необходимых финансовых средств для приобретения лекарств для продолжения лечения в амбулаторных условиях.

Среди важнейших современных особенностей оказания медицинской помощи в стационарных условиях следует отметить и рост удельного веса случаев госпитализации по экстренным показаниям. Значительная часть случаев стационарного лечения в плановом порядке связана с оказанием высокотехнологичной медицинской помощи. В последние годы особое внимание стало уделяться развитию паллиативной медицинской помощи, в том числе и в условиях стационара. На наш взгляд, повышение доступности плановой специализированной медицинской помощи, с одной стороны, способствовало бы снижению уровня госпитализации по экстренным показаниям. С другой стороны, своевременное эффективное лечение в плановом порядке снижает риск прогрессирования заболеваний и риск возникновения тяжелых осложнений.

Вследствие этого снизится и потребность в паллиативном лечении, в том числе и в стационарных условиях.

Таким образом, анализ показателей обеспеченности населения больничными койками свидетельствует о негативной динамике данного показателя. Кроме того, динамика показателей использования коечного фонда свидетельствует, по сути, о неуправляемой на протяжении почти двух десятилетий интенсификации использования коечного фонда больничных учреждений.

Серьезным экзаменом для больничного сектора стала пандемия коронавируса. Особенно острая ситуация сложилась в регионах с наименее низкими показателями обеспеченности населения больничными койками и медицинскими кадрами. В последние годы основное внимание уделялось развитию первичной медико-санитарной помощи, выполнению требований по соблюдению пешеходной доступности амбулаторно-поликлинических учреждений. Так, в 2000 году и в 2018 году мощность введенных в строй амбулаторно-поликлинических учреждений практически не изменилась, составив, соответственно 24 981 посещения в смену и 24 774 посещения в смену. В то же время объем введенных мощностей больничных учреждений уменьшился в 3,3 раза. В 2000 году суммарная мощность введенных в строй больниц составила 9 534 койки, а в 2018 году — 2885 коек. Особого внимания заслуживает сопоставление представленных показателей с показателями 1990 г. (последнего года существования СССР). В 1990 г. суммарная мощность введенных мощностей стационаров составила почти 22 тысячи коек.

Необходимо подчеркнуть, что большинство типовых проектов больничных учреждений разрабатывались и реализовывались более полувека назад, и нередко перепланировка помещений для развертывания современных диагностических или лечебных подразделений либо требует весьма значительных затрат, либо невозможна. В последние годы с этой проблемой столкнулись многопрофильные больницы при развертывании в приемных отделениях подразделений экстренной медицинской помощи, отделений лучевой диагностики и т.д. Кроме того, архитектурно-планировочные и конструктивные решения зданий и помещений стационарных учреждений не всегда могут обеспечивать оптимальные санитарно-гигиенические и противоэпидемические режимы и оптимальные условия труда для медицинского персонала.

Поэтому одним из важнейших направлений развития отечественного здравоохранения является проектирование и ввод в эксплуатацию современных больниц с учетом реальных потребностей населения.

## **К ВОПРОСУ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РОГОВИЦЫ**

**Л.В. Кочорова, П.И. Константинова**

*ГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад.*

*И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

Глазные болезни являются социально-значимыми заболеваниями, а способы борьбы с ними не теряют своей актуальности и по сей день. Данные медицинской статистики свидетельствуют, что распространенность болезней органа зрения (общая заболеваемость) на территории Российской Федерации составляет 10 370 на 100 тысяч населения, а уровень слепоты и слабовидения — 92,9 на 100 тысяч населения. Патология роговицы является одним из инвалидизирующих расстройств и составляет 20–25% в структуре заболеваний органа зрения. При нарушении целостности или снижении оптических свойств роговицы пациенту часто может рекомендоваться выполнение кератопластики — операции по пересадке донорской роговицы. Таким образом, пациенты с выраженной патологией должны направляться на госпитализацию в стационар офтальмологического профиля. В год в нашей стране выполняется около 3000 кератопластик, однако это количество не покрывает потребность населения в данном виде хирургических вмешательств. В настоящее время проблемы оказания специализированной офтальмологической медицинской помощи пациентам с заболеваниями роговицы занимают далеко не последнее место как для врачей-офтальмологов, так и для организаторов здравоохранения, и требуют к себе должного подхода.

На сегодняшний день врачи-офтальмологи из разных регионов Российской Федерации выделяют следующие основные проблемы при оказании специализированной офтальмологической помощи пациентам с заболеваниями роговицы:

- проблемы, связанные с получением, транспортировкой и хранением донорского материала;
- несовершенство нормативно-правовой базы по трансплантации органов и тканей;
- недоступность выполнения кератопластики в регионах.

Получение качественного донорского материала для выполнения кератопластики было и остается одной из кардинальных проблем в пересадке роговицы во всем мире. Отдаленные результаты операции также тесно связаны с качеством, происхождением, способом взятия и хранения донорского материала. Данную проблему можно решить с помощью создания в стране необходимого количества глазных банков (специализированных медицинских учреждений). Комиссией по Глазным банкам при Евросоюзе в 2003 году были определены следующие направления в деятельности глазного банка:

- осуществление организационно-методической работы;
- осуществление забора и учета донорского материала в патолого-анатомических отделениях;
- консервация роговиц и донорских тканей;
- проверка жизнеспособности донорских роговиц;
- распределение и перераспределение донорских роговиц по другим глазным банкам при избыточном накоплении;
- разработка методов тканевой и клеточной фармакологической защиты донорских роговиц;
- решение научных вопросов по проблеме донорства и трансплантации роговиц.

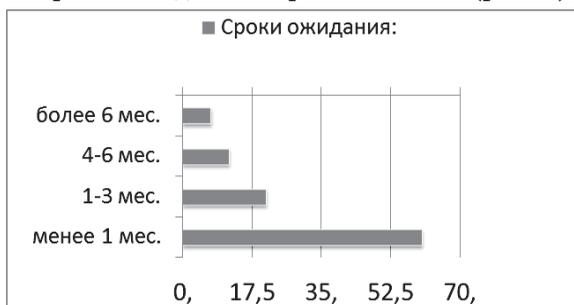
В России вопросы, связанные с появлением, оформлением и развитием глазных банков, требуют совершенствования. Это связано с тем, что в отечественном законодательстве отсутствуют нормативы по лицензированию и аккредитации подобных учреждений. Положительным моментом является то, что в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 4 июня 2019 г. № 365 «Об утверждении ведомственной целевой программы «Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации», сроки реализации которой приходится на период 2019–2024 гг., в настоящий момент

в отечественном здравоохранении делается упор на повышение доступности медицинской помощи методом трансплантации органов человека. Это, в свою очередь, подразумевает увеличение числа и географии медицинских организаций, осуществляющих деятельность по трансплантации органов человека. Также, в соответствии с Программой, планируется увеличение числа посмертных доноров органов, что, безусловно, повлияет на ситуацию с количеством необходимых донорских роговиц. Совершенствование нормативно-правовой базы в данном ключе позволит рассчитывать на развитие данной отрасли медицины, в том числе в области офтальмологии.

Кроме того, стоит обратить особое внимание на то, что в настоящий момент выполнение кератопластики возможно лишь в крупных городах, где были организованы глазные банки (Москва, Санкт-Петербург, Уфа, Самара). Для повышения доступности специализированной офтальмологической медицинской помощи населению необходимо решить вопрос с обеспечением других регионов страны достаточным количеством донорского материала.

Все существующие на настоящий момент проблемы в области трансплантации роговицы ведут к увеличению очередей на госпитализацию.

В рамках социологического опроса пациентов офтальмологических стационаров Санкт-Петербурга были проанализированы фактические сроки ожидания кератопластики (рис. 1).



**Рис. 1. Распределение матерей новорожденных по степени удовлетворенности организацией медицинской помощи в перинатальном центре (в %)**

Результаты проведенного опроса пациентов офтальмологических стационаров показали, что немногим более половины (60,4%)

пациентов, получивших направление на кератопластику, ожидали приглашения на операцию в медицинскую организацию менее одного месяца, почти каждый пятый (21%) от одного до трех месяцев, 11,6% пациентов ожидали плановой медицинской помощи от четырех до шести месяцев, и 7% опрошенных — более 6 месяцев. При этом следует обратить особое внимание, что сроки ожидания плановой кератопластики пациентами всегда связаны с доступностью донорского материала в медицинской организации. Наличие тканевых банков, где может осуществляться хранение и заготовка трупных роговиц, может значительно сократить сроки ожидания операции.

Подводя итог, следует отметить, что нельзя забывать о медицинской, социальной и экономической значимости заболеваний роговицы. Все существующие на данный момент проблемы, связанные с оказанием специализированной офтальмологической медицинской помощи больным с этой патологией подлежат решению, а принятые меры значительно повысят качество лечения данной группы пациентов.

## **АНАЛИЗ ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2017–2019 ГОДАХ**

<sup>1</sup>И.М. Барсукова, <sup>1,2</sup>А.Е. Демко, <sup>1,2</sup>Н.А. Сизоненко,  
<sup>2</sup>П.П. Лукьянюк

<sup>1</sup>*ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»  
Санкт-Петербург, Россия*

<sup>2</sup>*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени  
С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия*

**Введение.** Целесообразность постоянного мониторинга показателей работы отечественной хирургической службы в целом и в отдельно взятом регионе ни у кого не вызывает сомнений. Это позволяет не только планировать и регулировать развитие хирургической помощи, но и использовать базы данных для проведения хорошо организованных научных исследований с высокой степенью доказательности (Ревিশвили А.Ш. с соавт., 2019).

Санкт-Петербург — второй по численности населения город Российской Федерации (около 5,4 млн человек по состоянию на 1 января 2020 года согласно оперативным данным Росстата от 24.01.2020 г.). Безусловно, высокая плотность населения играет важную роль в организации как хирургической службы в целом, так и в оказании неотложной хирургической помощи.

В ежегодных информационных материалах по экстренной и неотложной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге обобщены показатели заболеваемости взрослого населения Санкт-Петербурга в 2017–2019 гг. при наиболее частых нозологических формах, объединенных общим понятием «острый живот»: острым аппендиците, острым холецистите, острым панкреатите, перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), острых гастродуоденальных кровотечениях (ОГДК), ущемленных грыжах и острой кишечной непроходимости (ОКН) (Парфенов В.Е. с соавт., 2020).

Таблица 1

**Общее число больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и хирургическая активность стационаров, 2017–2019 гг.**

Нозологические формы	2017			2018			2019		
	Общее число больных	Количество оперированных	Оперативная активность, %	Общее число больных	Количество оперированных	Оперативная активность, %	Общее число больных	Количество оперированных	Оперативная активность, %
Острый аппендицит	4674	4648	99,44	4810	4782	99,42	5200	5189	99,79
ОКН	1240	1104	89,03	994	869	87,42	1037	883	85,15
Ущемленная грыжа	873	859	98,40	681	671	98,53	562	556	98,93
Перфоративная язва желудка и ДПК	657	641	97,56	598	583	97,49	632	616	97,47
ОГДК	1749	634	36,25	1295	663	51,20	1375	598	43,49
Острый холецистит	3487	2552	73,19	3384	2513	74,26	3366	2486	73,86
Острый панкреатит	3199	525	16,41	3100	578	18,65	3095	640	20,68
<b>Всего</b>	<b>15879</b>	<b>10963</b>	<b>69,04</b>	<b>14862</b>	<b>10659</b>	<b>71,72</b>	<b>15267</b>	<b>10968</b>	<b>71,84</b>

**Материалы и методы.** Представленная информация подготовлена отделом организации скорой медицинской помощи и телеме-

дицины ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе». На основе данных за 2017–2019 гг. проведен сравнительный анализ экстренной хирургической помощи, оказанной в 15 лечебных учреждениях Санкт-Петербурга (более 97% всех urgentных хирургических вмешательств).

**Результаты и обсуждение.** Количество оперативных вмешательств, выполненных при оказании экстренной и неотложной хирургической помощи варьировало незначительно. За анализируемые 3 года число операций сохранялось на уровне 10,6–11 тыс. в год. Увеличение отмечалось за счет повышения оперативной активности, которая в 2019 г. составила 71,84 % (Таблица 1). Это во многом связано с относительной стабильностью кадрового и, в первую очередь, врачебного состава хирургических подразделений, развивающейся на базе медицинских ВУЗов системой дополнительного профессионального образования хирургических кадров, повышением их квалификации, а также совершенствованием материально-технической базы многих ЛПУ и доступностью современных лучевых методов диагностики (Мидленко В.И. с соавт., 2014).

Таблица 2

Соотношение отдельных форм «острого живота» в 2017–2019 гг.

Нозологические формы	2017		2018		2019	
	Общее число больных	% к общему числу больных	Общее число больных	% к общему числу больных	Общее число больных	% к общему числу больных
Острый аппендицит	4674	29,44	4810	32,36	5200	34,06
ОКН	1240	7,81	994	6,69	1037	6,79
Ущемленная грыжа	873	5,50	681	4,58	562	3,68
Перфоративная язва желудка и ДПК	657	4,14	598	4,02	632	4,14
ОГДК	1749	11,01	1295	8,71	1375	9,01
Острый холецистит	3487	21,96	3384	22,77	3366	22,05
Острый панкреатит	3199	20,15	3100	20,86	3095	20,27
<b>Всего</b>	<b>15879</b>	<b>100,00</b>	<b>14862</b>	<b>100,00</b>	<b>15267</b>	<b>100,00</b>

С 2017 г. изменилось соотношение отдельных форм острых заболеваний органов брюшной полости (Таблица 2). Увеличилась доля больных острым аппендицитом с 29,44% до 34,06%. Доля

больных острым холециститом и острым панкреатитом незначительно менялась на протяжении 2017–2019 гг. На 4-м месте остаются ОГДК — 9,01%. Уменьшилась доля пациентов с ОКН до 6,79% и ущемленными грыжами до 3,68%. Доля пациентов с перфоративной язвой желудка и ДПК за 3 года почти не изменилась и составляет 4,14% за 2019 г.

Традиционными критериями оценки качества оказания хирургической помощи являются показатели лечения экстренных хирургических заболеваний брюшной полости (Тимербулатов В.М. с соавт., 2013). В Таблице 3 представлена послеоперационная летальность при 7-и нозологических формах «острого живота» за 2017–2019 гг.

Таблица 3

**Послеоперационная летальность  
при 7-ми нозологических формах «острого живота» в 2017–2019 гг.**

Нозологические формы	2017			2018			2019		
	Количество оперированных больных	Количество умерших	Послеоперационная летальность, %	Количество оперированных больных	Количество умерших	Послеоперационная летальность, %	Количество оперированных больных	Количество умерших	Послеоперационная летальность, %
Острый аппендицит	4648	6	0,13	4782	3	0,06	5189	5	0,10
ОКН	1104	81	7,34	869	72	8,29	883	58	6,57
Ущемленная грыжа	859	42	4,89	671	24	3,58	556	19	3,42
Перфоративная язва желудка и ДПК	641	69	10,76	583	77	13,21	616	74	12,01
ОГДК	634	62	9,78	663	42	6,33	598	37	6,19
Острый холецистит	2552	45	1,76	2513	36	1,43	2486	36	1,45
Острый панкреатит	525	86	16,38	578	96	16,61	640	90	14,06
<b>Всего</b>	<b>10963</b>	<b>391</b>	<b>3,57</b>	<b>10659</b>	<b>350</b>	<b>3,28</b>	<b>10968</b>	<b>319</b>	<b>2,91</b>

Анализ многолетней организации экстренной хирургической помощи в Санкт-Петербурге показал, что наблюдается положительная тенденция к ранней госпитализации больных и, соответственно, своевременной оперативной помощи. В 2019 г. 47,84% пациентов с острой хирургической патологи-

ей поступали позже 24 часов от появления симптомов заболевания, однако этот показатель составлял в 2017 г. — 51,52% и в 2018 г. — 51,36%.

Также наблюдается рост количества больных, госпитализированных до 6 часов и в пределах 6–24 часов от развития первых симптомов заболевания и составляет 29,34% и 19,30%, соответственно. Лидирующие позиции по срокам госпитализации позже 24 часов занимают больные с ОКН, острым холециститом, острым панкреатом.

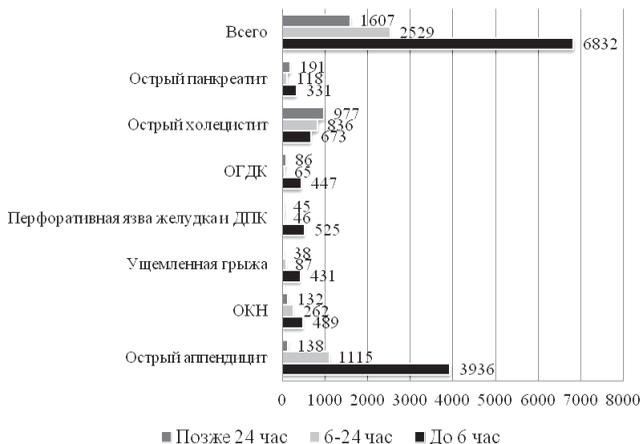


Рис. 1. Сроки оперативного лечения больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости (в абсолютных значениях), 2019 г.

Немаловажным фактором снижения послеоперационной летальности является раннее хирургическое лечение. Отсрочка операции чаще всего связана с неоправданной задержкой больного в приемном отделении, длительной дифференциальной диагностикой, дискоординацией работы дежурной хирургической службы и операционного блока (Ермолов А.С. с соавт., 2009).

Анализ сроков ургентных оперативных вмешательств наглядно представлен на рисунке 1–2.

**Заключение.** Несмотря на общее снижение количества экстренных хирургических вмешательств в Российской Федерации с начала XXI века на 28 %, связанного с развитием плановой хирургии желчнокаменной болезни и грыж брюшной стенки, эффективностью лечения язвенной болезни, а также с улучшением ин-

струментальной диагностики (лапароскопия, УЗИ, КТ), проблема совершенствования неотложной хирургической помощи сохраняет свою актуальность (Ревишвили А.Ш. с соавт., 2019). Перспективным направлением является расширение малоинвазивных методов лечения в экстренной и неотложной хирургии.

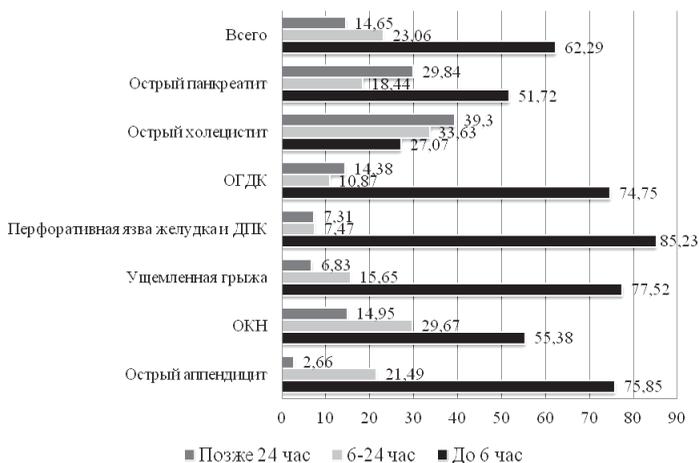


Рис. 2. Сроки оперативного лечения больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости (в %), 2019 г.

Проведенный анализ в отдельно взятом регионе позволяет выделить проблемные аспекты ургентной хирургии в целом, что будет способствовать совершенствованию национальных клинических рекомендаций при очередном пересмотре.

**ОЦЕНКА ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ  
ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ  
В ФЕДЕРАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ КЛИНИКАХ**

С.Ю. Ломаков, А.Е. Чернобровка

*ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. академика А.М. Гранова» Минздрава РФ,  
Санкт-Петербург, Россия*

*СПбГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки»  
Санкт-Петербург, Россия*

В соответствии с современными представлениями о медицинской помощи среди основных задач, стоящих перед здравоохранением, является обеспечение ее качества и доступности. В современной системе контроля качества медицинской помощи особая роль отводится социологическим опросам пациентов, получающих медицинскую помощь в учреждениях здравоохранения различного уровня и профиля.

Для получения информации об удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью в рамках настоящего исследования проведен опрос методом анкетирования в двух крупных федеральных медицинских организациях Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь пациентам по профилю «онкология» — ФНБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова» Министерства здравоохранения Российской Федерации и в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России. В ходе исследования было опрошено 498 пациентов, была сформирована группа, репрезентативная общему контингенту стационарных больных по полу, возрасту и характеру патологии.

Результаты исследования позволили оценить различные аспекты качества и организации оказанной пациентам помощи. В целом респонденты высоко оценили качество оказанной медицинской помощи. Его признали «отличным» 2/3 опрошенных (66,0%), «хорошим» — 30,5% и лишь 3,5% — удовлетворительным, плохих оценок не было. Мужчины и женщины оценивали качество медицинской помощи практически одинаково, соотношение «отличных», «хороших» и «удовлетворительных» оценок достоверно не отличалось.

Интересно отметить, что чем дольше пациенты находятся на лечении в федеральной клинике, тем выше они оценивают качество оказываемой медицинской помощи. Так, среди тех, кто на момент анкетирования находился в стационаре менее недели, оценку «отлично» поставили лишь 48,8% респондентов, с увеличением продолжительности госпитализации удельный вес отличных оценок повышается до 84,1% — среди лечившихся более двух недель.

Пациенты высоко оценивают организацию работы перевязочных, процедурных кабинетов, лабораторий. Доля «отличных» оценок значительно преобладает: организацию работы процедурных кабинетов на «отлично» оценили 73,9% опрошенных, организацию работы перевязочных — 77,4%, организацию работы лабораторий — 67,2%.

Отдельно в ходе исследования было изучено мнение пациентов о работе диагностических служб, и, в первую очередь, о работе подразделений и кабинетов лучевой диагностики. И здесь была выявлена подавляющая доля положительных отзывов и высоких оценок.

Работу диагностических кабинетов УЗИ на «отлично» оценили 86,2%, рентгенкабинета (отделения) — 90,4%, МРТ — 92,3%, КТ — 91,5%, ПЭТ — 85,8% респондентов.

Санитарное состояние отделений в целом более половины респондентов оценили как «отличное» (60,2%), каждый третий (34,9%) — как «хорошее», в то время как 4,9% полагали, что федеральные клиники находятся в «удовлетворительном» и/или «плохом» состоянии. Особенно низкую оценку получили состояние мест общего пользования (туалеты и душевые) и уборка палат, лишь 6,1% респондентов предъявляли жалобы на качество питания.

О качестве медицинской помощи пациенты также судят по некоторым другим факторам, таким как степень материально-технического обеспечения. Наличие соответствующего оборудования и медикаментов играет первостепенную роль, как для результата лечения больных, так и в уровне их удовлетворенности качеством полученной стационарной помощи. Отдельные пациенты указали на отсутствие бесплатного обеспечения нужными медикаментами, в том числе специфическим лечением, и на оплату отдельных исследований.

В рамках госпитализации отдельные медицинские услуги были вынуждены оплачивать 15,9% респондентов, подавляющее

большинство (84,1%) лечилось в федеральных клиниках бесплатно за счет средств бюджета либо обязательного медицинского страхования. Пациенты, которые оплачивали медицинские услуги, обращались в федеральные клиники вне установленного порядка получения бесплатной медицинской помощи.

Важным для пациентов остаются не только организация работы различных служб, но и отношение к ним медицинского персонала. Проблема межличностного отношения пациента с врачами и средними медработниками является актуальной, так как во многом определяет успешность диагностики и лечения и во многом удовлетворенность качеством лечения.

В целом профессиональные и человеческие качества врачей и медицинских сестер пациенты оценили достаточно высоко, только как «отличное» (89,9%) и «хорошее» (10,1%), других оценок в рамках нашего исследования получено не было.

Таким образом, на основе данных анкетирования пациентов можно сделать вывод, что в целом уровень удовлетворенности пациентов всеми компонентами качества медицинской помощи достаточно высок. Вместе с тем, имеется определенная часть пациентов высказывающих неудовлетворенность качеством полученных услуг, с эти явлением нужно бороться путем выявления и устранения причин, негативно влияющих на восприятие пациентами качества медицинской помощи.

Часть респондентов считали необходимым улучшить бытовые условия содержания в палатах: установить дополнительные шкафы для одежды, тумбочки, светильники у каждой койки, в зоне раковин для умывания установить полки для мыла, зубных щеток, сделать туалет более доступным для лиц с ограниченными физическими возможностями, менять постельное белье чаще и по графику, обеспечить палаты электрочайниками.

Для улучшения условий пребывания в стационаре респонденты предлагали лучше оборудовать места для отдыха (холлы), установить телевизоры.

Полученные в результате опроса сведения целесообразно использовать администрациям федеральных клиник для принятия управленческих решений, направленных на повышение удовлетворенности пациентов оказываемой им медицинской помощью.

## ОСОБЕННОСТИ ПОТОКА ПАЦИЕНТОВ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

И.В. Ким, И.М. Барсукова

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад.*

*И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

*ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи*

*им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия*

Среди Национальных проектов, реализуемых сегодня в Российской Федерации, проекты «Здравоохранение» и «Демография» имеют особую тесную взаимоопределяющую связь, так как человеческий капитал — главная ценность государства. При этом среди целей и целевых показателей, запланированных к концу 2024 года, следует отметить увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни, увеличение суммарного коэффициента рождаемости до 1,7 на одну женщину, достижение которых невозможно без обеспечения женского здоровья. Поэтому изучение вопросов, связанных с совершенствованием медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического профиля, в том числе репродуктивного возраста, является актуальным и направлено на решение государственных задач.

При этом ограниченность ресурсов здравоохранения предполагает совершенствование процессов организации оказания медицинской помощи: оптимизацию работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, развитие стационарных отделений скорой медицинской помощи, стационар-замещающих технологий, доступность, преемственность и качество оказания медицинской помощи на всех этапах.

**Целью исследования был анализ** потока пациентов акушерско-гинекологического профиля, поступающих в многопрофильный стационар скорой медицинской помощи.

**Материалы и методы исследования.** Материалами исследования послужили данные МИС многопрофильного 800-коечного стационара скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга, имеющего в своем составе 60 коек для пациентов акушерско-гинеколо-

гического профиля. Рассмотрен 5-и летний период наблюдения — 2015–2019 гг., использованы статистический и аналитический методы исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ входящего потока пациентов, поступивших в многопрофильный стационар скорой медицинской помощи (СМП) за 5-и летний период (2015–2019) по экстренным показаниям (36,4 тыс. за 5 лет) с диагнозом по профилю «акушерство и гинекология» (диагноз направления) показал, что подавляющее большинство из них — 56,0% ( $p > 0,05$ ), были направлены медицинскими организациями скорой медицинской помощи (государственной и частной системы здравоохранения), 30,2% — медицинскими организациями амбулаторно-поликлинического звена (городскими поликлиниками, женскими консультациями), 3,2% — медицинскими организациями стационарного типа (стационарами иного профиля, родильными домами — по переводу), а 9,8% — самостоятельно обратились в приемно-диагностическое отделение стационара скорой медицинской помощи (стационарное отделение СМП) за медицинской помощью в экстренной и неотложной форме.

Несмотря на экстренный порядок госпитализации, состояние большинства обратившихся в 94,2% случаев было расценено как удовлетворительное ( $p > 0,05$ ), в 5,5% — как среднетяжелое и только 0,3% — как тяжелое.

При этом в специализированные отделения стационара СМП были госпитализированы только 77,6% обратившихся, так как требовали специализированных методов диагностики и лечения, врачебного наблюдения; остальные 22,4% получили медицинскую помощь в приемно-диагностическом отделении (отделении скорой медицинской помощи) и в дальнейшем были направлены в амбулаторно-поликлинические учреждения с уточненным диагнозом и рекомендациями.

Из госпитализированных в стационар СМП с диагнозом по профилю «акушерство и гинекология» (диагноз направления) только 71,5% пациентов поступили в специализированные отделения согласно профиля направления (в гинекологические отделения), 3,3% были направлены в отделения хирургического профиля, 2,0% — в отделения анестезиологии и реанимации, 0,2% — в отделения терапевтического профиля, а 0,5% получили медицинскую

помощь на стационарных койках скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания.

### **Выводы.**

Значительная часть пациентов, поступающих в стационар СМП по экстренным показаниям, не нуждается в оказании медицинской помощи на койках круглосуточного пребывания как по тяжести своего состояния, так и по нуждаемости в специализированных лечебно-диагностических мероприятиях.

Развитие стационарных отделений скорой медицинской помощи дает возможность сортировки поступающих пациентов по этим критериям.

Около 10% пациентов в состоянии самостоятельно обратиться за необходимой медицинской помощью без участия организаций первичного медико-санитарного звена и скорой медицинской помощи в силу доступности диагностических ресурсов стационарных отделений скорой медицинской помощи, работающих в круглосуточном режиме.

Почти каждый пятый поступающий в экстренном порядке пациент получает адекватный (необходимый и достаточный) объем медицинской помощи в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях или на койках скорой медицинской помощи досуточного пребывания. Уточненный диагноз и результаты обследования обеспечивают преемственность в оказании медицинской помощи и позволяют продолжить лечение и врачебное наблюдение в условиях поликлиники.

Представленные данные позволяют оптимизировать организационные и финансово-экономические механизмы оказания медицинской помощи на всех этапах, обеспечить ее доступность, преемственность и качество, распространить полученный опыт на все регионы страны.

## МОДЕЛЬ ДИАБЕТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА НА ПРИНЦИПАХ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА

Д.Ю. Усанов, А.А. Осипов, Ш.Д. Харбедия,  
А.В. Алексеева, Л.В. Никонова

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ,  
Санкт-Петербург, Россия  
ООО «Вологодский региональный диабетологический центр»,  
Вологда, Россия*

В настоящее время организация продуктивной системы управления и финансирования сферы здравоохранения является актуальной проблемой для большинства стран мира. В рамках рыночной модели здравоохранения, на которую ориентируются в большинстве развитых стран, одним из ключевых направлений повышения эффективности функционирования всей национальной системы здравоохранения считается интеграция возможностей государственного и частного сектора. Государственно-частное партнерство является более совершенным средством регулирования ряда основополагающих экономических вопросов, включающие проблемы улучшения качества и доступности медицинской помощи, кроме того, повышению уровня профессиональных навыков медицинских работников. В современном обществе отмечается, что объединенная деятельность государственных и частных медицинских организациях в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) на базе государственно-частного партнерства более эффективна, чем, когда система здравоохранения находится в ведении только государства.

Проблема ликвидации несоразмерности в соперничестве между государственными и частными медицинскими организациями закреплена в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020. Незвизрая на принятие этой формы сотрудничества, одним из важнейших институтов повышения национальной и региональной конкурентоспособности, его внедрение в российскую практику идет крайне медленно. Нерешенность целого ряда теоретических и методологических вопросов перехода к партнерским отношениям государства

и частного сектора, неразвитость нормативно-правовой базы на всех уровнях, бюрократические препоны сдерживают внедрение государственно-частного партнерства в Российской Федерации.

По данным Международной Диабетической Федерации в мировой статистике подавляющее большинство пациентов с сахарным диабетом возрастной категории от 40 до 59 лет, а в Российской Федерации — от 30 до 50 лет. Это говорит о том, что вы пациенты находятся в трудоспособном возрасте. Результаты экономических расчетов свидетельствуют, что прямые затраты на оказание медицинской помощи больным сахарным диабетом будут увеличиваться с каждым годом на фоне постоянно растущей распространенности заболевания. Рост частоты хронических осложнений сахарного диабета, особенно сердечно-сосудистых и почечных заболеваний, изменения терапевтических подходов к лечению больных и широкое внедрение новых медицинских технологий и лекарственных препаратов также вносят существенный вклад в увеличение общих расходов.

С целью планирования медицинской помощи больным с болезнями эндокринной системы, повышению качества и доступности всех видов медицинской помощи, контроля заболеваемости для выявления основных тенденций распространенности эндокринных заболеваний и его осложнений, важное значение приобретает оценка организации работы диабетического центра на основе государственно-частного партнерства.

Настоящее исследование проводилось в ООО «Вологодский Региональный Диабетологический центр» (Диабетологический центр). Диабетологический центр открылся в 2015 году на базе «Семейной клиники №1». Он осуществляет качественную и современную медицинскую помощь больным с сахарным диабетом. В Диабетологическом центре больному с сахарным диабетом оказывают комплекс медицинских услуг, включающий консультацию врачей эндокринолога, офтальмолога, кардиолога и невролога, а также исследование крови на глюкозу и гликированный гемоглобин, подбор наиболее эффективных лекарственных препаратов, измерение уровня кровотока и чувствительности в ногах для оценки возможных осложнений. Кроме того, в центре оказываются все виды хирургической помощи для больных с диабетической стопой. Диабетологический центр обслуживает, как сельское, так и городское население.

Диabetологический центр осуществляет первичную медико-санитарную помощь, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную медицинскую помощь. При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи — по специализации «сестринское дело». При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по специальностям: кардиология; неврология; организация здравоохранения и общественное здоровье; офтальмология; эндокринология, ультразвуковая диагностика. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи организируются и выполняются следующие услуги: при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по специальности «терапия».

В структуре Диabetологического центра предусмотрены:

- регистратура;
- кабинетов врачей-специалистов: эндокринолога, офтальмолога, невролога, кардиолога;
- кабинет «Диабетической стопы»;
- отделение функциональной диагностики;
- процедурный кабинет;
- отделение лучевой диагностики;
- клиническая лаборатория;
- биохимическая лаборатория;
- кабинет «Школа для больных сахарным диабетом»;
- информационно-аналитическое отделение;
- организационно-методический кабинет;
- административно-хозяйственные подразделения.

Штатная численность медицинского и иного персонала, оснащенность оборудованием определена с учетом объема оказанной медицинской помощи, численности обслуживаемого детского населения. Оснащение кабинета врача-эндокринолога оборудованием осуществляется в соответствии со стандартом, предусмотренным порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»

В Диabetологическом центре организовано сотрудничество на основе государственно-частного партнерства. Суть государственно-частного партнерства заключается в том, что одним из его субъектов выступает государственная медицинская организация, другой субъект — коммерческая структура. Объектом является

медицинская услуга. Схема взаимодействия государственной медицинской организации и коммерческой организации в рамках государственно-частного партнерства представлена на рисунке 1.

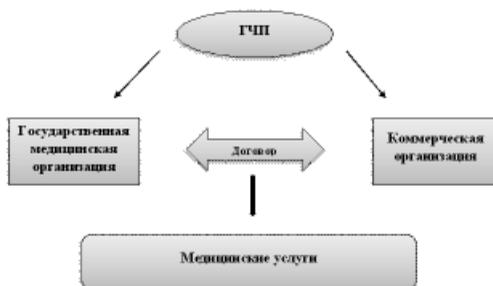


Рис. 1. Схема взаимодействия государственной медицинской организации и коммерческой организации в рамках государственно-частного партнерства

При этом осуществляется юридическое оформление партнерства между государственной медицинской организацией и участниками со стороны частного сектора специальным соглашением (договором). Само партнерство заканчивается со сроком действия соглашения.

Предполагается софинансирование совместных проектов в определенных долях государством и частными компаниями, разделение рисков между участниками и фиксированный срок партнерства.

Государственно-частное партнерство используется для того, чтобы разрешить противоречие, заключающееся в том, что в государственном бюджете нет достаточных средств, позволяющих обеспечить на современном уровне воспроизводство в инфраструктурных отраслях, в первую очередь в монопольных сегментах в виду их стратегической, экономической, социально-политической значимости. Таким образом, государственно-частное партнерство представляет собой альтернативу приватизации жизненно важных объектов государственной собственности.

В результате в Диабетологическом центре реализуются следующие формы организации государственно-частного партнерства:

1. Передача частному партнеру в концессию объекта государственной или муниципальной собственности (недвижимого имущества) в целях строительства, ремонта, оснащения медицинских

учреждений и дальнейшей эксплуатации — оказания платных медицинских услуг в течение определенного срока для достижения окупаемости инвестиций и получения прибыли частным партнером, одновременно с оказанием таких же услуг на бесплатной или льготной основе (в том числе в системе ОМС), что составляет интерес государства (муниципалитета);

2. Создание коммерческой организации (общества с ограниченной ответственностью, акционерного общества с долями государства, муниципалитетов и представителей частного капитала) для оказания услуг в сфере здравоохранения;

3. Создание двухуровневой структуры: управляющей компании (в форме коммерческой организации — акционерного общества с долями государства, муниципалитетов и представителей частного капитала) и группы ее дочерних коммерческих и некоммерческих организаций, в числе которых некоммерческие организации — медицинские учреждения, финансируемые управляющей компанией, и коммерческие — обслуживающие компании, работающие по договорам с управляющей компанией;

4. Использование двухуровневой структуры, когда управляющая компания создается в форме фонда или иной некоммерческой организации и финансируется на основе бюджетных субсидий, спонсорских взносов и создания фонда целевого капитала. Смысл создания такой структуры для региона или муниципалитета — в экономии средств за счет привлечения дополнительных источников и более эффективного использования субсидий вследствие улучшения финансового менеджмента, а также в повышении качества услуг.

Основные преимущества государственно-частного партнерства на базе Диабетологического центра:

- повышение эффективности проекта;
- сбалансированное распределение рисков;
- повышение доступности;
- улучшение качества работ и услуг;
- применение новейших технологий;
- модернизация инфраструктуры;
- снижение коррупции;
- создание гибких (компромиссных) моделей реализации проектов.

Однако, на пути развития государственно-частного партнерства на базе Диабетологического центра существуют препятствия, которые сводятся к следующему:

- несовершенство действующего законодательства Российской Федерации;
- высокие риски возврата инвестиций;
- длительный срок окупаемости инвестиций;
- несоответствие тарифов ОМС реальным затратам на оказание медицинских услуг;
- неготовность частного сектора брать на себя ответственность за валютные риски при реализации проектов в сфере государственно-частного партнерства;
- невозможность точного определения потенциала потока привлекаемых коммерческих пациентов и т. д.

Таким образом, несмотря на достигнутые результаты Диабетологического центра, осуществляющего свою деятельность в рамках государственно-частного партнерства, в его работе имеются существенные проблемы, которые требуют решения в целях улучшения здоровья населения, увеличения доступности и повышения качества медицинской помощи в Российской Федерации.

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ РАСШИРЕННОЙ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ**

<sup>1</sup>А.И. Махновский, <sup>2</sup>З.А. Зарипова, <sup>1</sup>И.М. Барсукова

*<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад.*

*И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

*<sup>2</sup>ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи  
им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия*

Государственной Думой Федерального Собрания Российской Федерации в первом чтении принят законопроект по внесению поправок в статью 31 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» в части введения понятия расширенная первая помощь и законодательного регулирования вопросов использования ле-

карственных препаратов при оказании расширенной первой помощи.

В соответствии с данным законопроектом на немедицинских работников при оказании расширенной первой помощи пострадавшим будут возлагаться обязанности по назначению и введению лекарственных препаратов до оказания скорой медицинской помощи.

С целью обеспечения преемственности в оказании расширенной первой помощи и скорой медицинской помощи, расширенную первую помощь следует рассматривать как вынужденное выполнение первоочередных мероприятий скорой медицинской помощи немедицинскими работниками.

Руководствуясь данным принципом, а также стандартами и клиническими рекомендациями по оказанию скорой медицинской помощи, обоснованы:

1) перечень состояний, при которых могут быть использованы лекарственные препараты при оказании расширенной первой помощи:

- изолированные, множественные и сочетанные травмы, сопровождающиеся шоком,
- внезапная смерть,
- анафилактический шок,
- астматический статус,
- отравление окисью углерода,
- гипогликемия;

2) перечень лекарственных препаратов, которые могут быть использованы для оказания расширенной первой помощи:

- эпинефрин, раствор для инъекций,
- преднизолон, раствор для инъекций,
- натрия хлорид, раствор для инфузий,
- декстроза, раствор для внутривенного введения,
- кеторолак, раствор для инъекций,
- трамадол, раствор для инъекций,
- транексамовая кислота, раствор для внутривенного введения,
- сальбутамол, аэрозоль для ингаляций,
- цинка бисвинил-имидазола диацетат, раствор для внутримышечного введения,
- кислород;

3) способы введения лекарственных препаратов при оказании расширенной первой помощи:

- внутрикостный (альтернатива внутривенному),
- внутримышечный;

4) требования к форме выпуска и условиям хранения лекарственных препаратов, которые могут быть использованы для оказания расширенной первой помощи:

- шприцы-тюбики или ампулы-бофусы, полиэтиленовые контейнеры для растворов,
- отсутствие необходимости соблюдения особых температурных режимов хранения.

В соответствии с требованиями федерального закона от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (пункт 29 и пункт 56 статьи 4; пункт 7 статьи 67) субъектами обращения лекарственных препаратов, используемых для оказания расширенной первой помощи, могут являться только юридические лица — организации, предприятия и учреждения, в штате которых находятся сотрудники, оказывающие расширенную первую помощь.

#### Литература

1. Федеральный закон от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».
2. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Приказ Минздрава России от 05.07.2016 г. № 454н «Об утверждении стандарта оказания скорой медицинской помощи при внезапной сердечной смерти».
4. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 г. № 1445н «Об утверждении стандарта оказания скорой медицинской помощи при шоке»
5. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1079н «Об утверждении стандарта оказания скорой медицинской помощи при анафилактическом шоке».
6. Приказ Минздрава России от 05.07.2016 г. № 469н «Об утверждении стандарта оказания скорой медицинской помощи при тяжелом обострении бронхиальной астмы».
7. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 г. № 1393н «Об утверждении стандарта оказания скорой медицинской помощи при отравлениях окисью углерода, другими газами, дымами и парами».
8. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1280н «Об утверждении стандарта оказания скорой медицинской помощи при гипогликемии»

9. Приказ Минздрава России от 22.01.2016 г. № 36н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи».

10. Клинические рекомендации (утверждены на заседании Правления общероссийской общественной организации «Российское общество скорой медицинской помощи» 23.01.2014 г. в Казани).

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩЬЮ К ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГУ**

Л.Н. Стрижакова, М.В. Смекалёнкова

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад.*

*И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

**Введение.** Одним из самых важных компонентов социально-экономического благосостояния общества является здоровье населения. Несмотря на существенные усилия, которые предпринимаются государственными, общественными, медицинскими организациями в части пропаганды здорового образа жизни, статистические данные последних лет говорят о росте числа заболеваний органов уха, горла, носа. В 2010 году число случаев патологии уха и сосцевидного отростка составляло 5 882,5 тыс. случаев, в 2018 году — 5 727,6 тыс. случаев. Болезни органов дыхания, в том числе болезни носа, горла были выявлены в 2010 году у 5 4187,0 человек, в 2018 году у 5 8750,7 человек. При том, что число пациентов, страдающих от патологий ЛОР-органов не снижается, а в ряде случаев продолжает расти, на сегодняшний день отмечается снижение числа медицинских организаций, особенно в сельской местности. Так, в 2010 году насчитывалось 6 308 организаций, а к 2016 году их число снизилось до 5 357 организаций. В сельской местности число организаций снизилось с 1 349 до 1 006 единиц. Оптимизация коснулась центральных районных больниц (снижение количества больниц с 1 754 в 2010 году до 1 388 в 2016 году, в сельской местности — с 727 до 573 единиц), участковых больниц (с 400 до 68).

Высокая распространенность заболеваний органов уха, горла, носа приводит к частым осложнениям, в результате чего страдают другие органы и системы организма. Это не только снижает качество жизни пациентов, но и влияет на общий уровень здоровья населения, увеличивает число инвалидов.

Таким образом, актуальность темы исследования определяется тем, что на фоне роста числа лор-заболеваний необходимы мероприятия по совершенствованию медицинской помощи пациентам с данной патологией.

**Цель:** провести анализ медико-социальных особенностей пациентов с заболеваниями лор-органов, а также разработать практические рекомендации по компенсации проблем оказания медицинской помощи населению.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ленинградской областной клинической больницы. Был изучен состав пациентов, получивших лечение у оториноларинголога консультационного отделения № 1 (объем наблюдений — 54 единицы), проанкетированы пациенты с лор-заболеваниями (общее число респондентов – 50).

**Результаты.** В исследовании представлен анализ работы оториноларинголога в 2016–2019 гг. В 2017 году произошёл незначительный прирост числа пациентов (на 3,7%), получивших лечение у врача. Однако, наблюдался темп убыли в 2018 году (-1,3%) и в 2019 году (-16,6%).

Анализ результатов исследования показал, что большую долю составили пациенты, проживающие в Подпорожском районе (18,5%) и в Ломоносовском районе (14,8%); каждый десятый был из Всеволожского района (11,1% пациентов); в равных долях распределились пациенты из города Сосновый бор, Кингисеппского, Выборгского, Волосовского Лужского районов (по 7,4%, соответственно), а также проживающие в Тихвинском, Сланцевском, Приозерском, Лодейнопольском, Кировском, Гатчинском, Волховском районах (по 3,7%, соответственно). Пациенты, обратившиеся за консультативной помощью к оториноларингологу, преимущественно проживали в восточной части области. Вероятными причинами данного факта может быть расположение этих районов вблизи Балтийского моря, а также возможные техногенные объекты. Балтийское море приносит в климат прибрежных территорий

особенности, которые неблагоприятно сказываются на заболеваемости ЛОР-органов.

В группе пациентов, получивших медицинскую помощь в кабинете оториноларинголога, преобладали женщины (55,6%). В возрастной структуре наибольшую долю (40,8%) составили пациенты от 31 до 50 лет; более одной трети больных (37,0%) — лица до 30 лет (18,5% — в возрасте от 51 до 70 лет; 3,7% — в возрасте от 71 года и старше).

Социальное и семейное положение, наследственность, род деятельности, условия жизни и работы, наличие вредных привычек оказывают влияние на возникновение, течение и хронизацию лор-заболеваний. Среди пациентов почти две трети состояли в браке (63,0%). Наибольшую долю составили респонденты с высшим образованием (37,0%); каждый четвертый (25,9%) имел среднее профессиональное; ниже доля пациентов со средним образованием (22,2%) (14,8% — нет ответа). По социальной принадлежности более половины опрошенных (51,9%) были работающими респондентами, значительно ниже доля студентов (18,5%) и пенсионеров (14,8%) (14,8% — нет ответа).

Негативное влияние на ЛОР-органы могут оказывать профессиональные вредности. Респондентам было предложено указать, какие неблагоприятные факторы трудового и производственного процессов, а также санитарной обстановки труда могут быть прямой или косвенной причиной нарушения их здоровья. 40,7% указали на то, что они подвержены воздействию шума; 33,3% — производственной пыли; 7,4% — продолжительной работе за компьютером; 7,7% — контакту с химическими реагентами; 3,7% — воздействию вибрации.

В ходе исследования выявлено, что около половины (48,2%) пациентов впервые обратились за медицинской помощью в районную поликлинику; в равных долях (по 22,2%) были пациенты, обратившиеся в ФАП и в поликлинику больницы; 7,4% пациентов получили медицинскую помощь в ЦРБ. У 22,2% больных с лор-патологией имелась инвалидность. На наличие хронических заболеваний указали менее половины респондентов (40,8%). Одним из вопросов, поставленным перед пациентами, являлся вопрос о перенесенных в детстве лор-заболеваниях. Осложнения, возникающие после не пролеченных или плохо пролеченных заболеваний у детей, в будущем могут привести к тяжелой хронической пато-

логии в зрелом возрасте. Удельный вес, часто болевших пациентов в детстве ЛОР-заболеваниями, соответствовал 44,4% (29,6% — не болели; 25,9% — не часто болели). Более половины респондентов указали на то, что следуют назначениям врача (55,6%); 18,5% пациентов нуждались в дальнейшем наблюдении у специалиста; 11,1% пациентов готовились к оперативному вмешательству; у 7,4% пациентов планировалась коррекция слуха. На момент обращения к врачу оториноларингологу, пациенты оценили свое состояние здоровья как отличное в 3,7% случаев; 14,8% — хорошее; 55,6% — удовлетворительное; 25,9% — неудовлетворительное.

Врачом были выявлены у пациентов, обратившихся за консультативной помощью, следующие заболевания: 37,0% пациентов страдало от сенсibiliзации; 33,3% — заболеваниями горла; 25,9% — заболеваниями уха; 22,2% — заболеваниями носа. Также у врача наблюдались пациенты с раком гортани (22,2%) и трахеостомой (7,4%), только у 7,4% пациентов не было заболеваний. 37,0% пациентов проходили через операции в рамках отделения оториноларингологии. Для лечения пациентов оториноларингологического профиля применялись следующие методы: удаление миндалин (7,4%), операции в полости носа (7,4%), тимпанопластика уха (3,7%), фибробронхоскопия в сочетании с биопсией (18,5), удаление полипов носа (3,7%). Оториноларингологом были назначены: препараты для местного применения (63,0%), препараты для энтерального применения (51,9%); диагностические процедуры (44,4%); лечебные процедуры (25,9%); оперативное вмешательство (3,7%). Одну третью часть составили пациенты, у которых амбулаторное лечение длилось 7 дней (33,3%) (22,2% — более 14 дней; 14,8% — 10 дней; 3,7% — 14 дней); у четверти обратившихся к врачу (25,9%) имело место одноразовое посещение.

**Выводы.** Для проведения эффективных мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с лор-заболеваниями, следует учитывать не только уровень заболеваемости, но и выявлять социальные, гигиенические особенности данной категории пациентов. Для повышения информированности и грамотности пациентов с лор-заболеваниями, нуждающихся в дальнейшей медицинской помощи при хроническом течении болезни, необходима организация лекций в Школах здоровья (по применению лекарственных препаратов, уходу за трахеостомой, обработке полости носа и др.).

## ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

О.Н. Петрова, А.А. Нурова

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт  
усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России  
Санкт-Петербург, Россия*

Согласно ст. 58. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. №323-ФЗ военно-врачебная экспертиза (ВВЭ) является одним из видов медицинской экспертизы.

Организационно-правовое регулирование ВВЭ установлено Федеральным законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В положениях ст. 61 Федерального закона №323-ФЗ раскрыты основные цели ВВЭ: 1) определение годности к военной службе (приравненной к ней службе), обучению (службе) по конкретным военно-учетным специальностям (специальностям в соответствии с занимаемой должностью); 2) установление причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний у военнослужащих (приравненных к ним лиц, граждан, призванных на военные сборы) и граждан, уволенных с военной службы (приравненной к ней службы, военных сборов), с прохождением военной службы (приравненной к ней службы).

Основы нормативного регулирования воинской обязанности и военной службы установлены Федеральным законом «О воинской обязанности и военной службе» от 28.03.1998г. №53-ФЗ. Определено, что воинская обязанность граждан РФ предусматривает: воинский учет; обязательную подготовку к военной службе; призыв на военную службу; прохождение военной службы по призыву (прохождение военной службы гражданами осуществляется по призыву (в рамках исполнения воинской обязанности)) и в добровольном порядке (по контракту), а также определено, что в соответствии с Конституцией РФ граждане имеют право на замену военной службы альтернативной гражданской службой; пребывание в запасе; призыв на военные сборы и прохождение военных сборов в период пребывания в запасе. Освобождение граждан от исполнения воинской обязанности происходит только по основаниям, предусмотренным данным Федеральным законом.

В ст. 5.1. «Медицинское освидетельствование и медицинское обследование граждан в связи с исполнением воинской обязанности, поступлением на военную службу по контракту или поступлением в мобилизационный людской резерв» Федерального закона № 53-ФЗ определен перечень категорий граждан, подлежащих медицинскому освидетельствованию; перечень врачей-специалистов, проводящих освидетельствование; установлена роль врача, руководящего работой по медицинскому освидетельствованию, формирующему заключение о категории годности гражданина к военной службе по результатам медицинского освидетельствования врачами-специалистами; установлены категории годности, по которым дается заключение; предусмотрена возможность направления граждан на медицинское обследование в медицинскую организацию в случае невозможности вынесения медицинского заключения о годности к военной службе.

Согласно положениям ст. 11 Федерального закона № 53-ФЗ обязательная подготовка гражданина к военной службе предусматривает: медицинское освидетельствование, медицинское обследование и проведение лечебно-оздоровительных мероприятий. В соответствии с этим разработана система медицинского обеспечения подготовки граждан РФ к военной службе, которая включает в себя не только мероприятия, проводимые в период работы комиссий при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу, но и мероприятия, проводимые во вне комиссионный период.

В действующих Федеральных законах «Об обороне», «О статусе военнослужащих» и других нормативных актах, также нашли отражение вопросы ВВЭ.

Принципы медицинского обеспечения призыва реализованы в совместном приказе Минобороны РФ и Минздрава РФ от 23 мая 2001 г. № 240/168 «Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе». Для оптимальной организации системы медицинского обеспечения подготовки граждан РФ к военной службе в приказе содержится: 1) инструкция о порядке медицинского обеспечения граждан РФ до их первоначальной постановки на воинский учет (с приложением № 1); 2) инструкция о порядке проведения медицинского освидетельствования, обследования (лечения) граждан Российской Федерации при первоначальной постановке на

воинский учет и лечебно-оздоровительных мероприятий среди граждан, поставленных на воинский учет (с приложением № 2); 3) инструкция о порядке проведения медицинского освидетельствования, обследования (лечения) граждан РФ при призыве на военную службу и лечебно-оздоровительных мероприятий среди граждан РФ, получивших отсрочки от призыва на военную службу по состоянию здоровья (с приложением № 3).

В постановлении Правительства РФ от 04.07.2013 г. № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» уточнено, что прежде всего «военно-врачебная экспертиза предусматривает проведение обследования и освидетельствования». Определено, что «при обследовании проводится комплекс диагностических мероприятий, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб гражданина, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, морфологических и иных исследований, предшествующих освидетельствованию в целях, указанных в п. 1 «Положения о военно-врачебной экспертизе». При освидетельствовании проводятся изучение и оценка состояния здоровья и физического развития граждан на момент проведения экспертизы в целях определения их годности к военной службе с учетом результатов ранее проведенного обследования и с вынесением письменного заключения. Важным является то, что в «Положении о военно-врачебной экспертизе» дана последовательность событий в целях четкого урегулирования множества взаимосвязей с нормативными правовыми актами, касающимися вопросов организации исполнения гражданами воинской обязанности, определения источников финансирования обследования и освидетельствования граждан и т.д. Следует подчеркнуть, что расписание болезней (приложение к Положению о ВВЭ) составлено так, чтобы минимизировать возможный риск нанесению ущерба состоянию здоровья гражданина при исполнении им обязанностей военной службы.

Дополнительные требования к состоянию здоровья граждан, подлежащих призыву на военную службу, и военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, граждан пребывающих в запасе Вооруженных Сил РФ (в том числе поступающих в мобилизационный людской резерв), учитывающие специфику военной службы в виде, роде войск Вооруженных Сил, по отдельным военно-учетным специальностям, устанавливаются также через «По-

ложение о военно-врачебной экспертизе» и содержатся в приложении к Положению.

Методика осуществления ВВЭ разработана и разъяснена в совместном приказе Министра обороны РФ № 240, Минздрава РФ № 168 от 23.05.2001 г. «Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе», приказе Министра обороны РФ от 16.09.2015 г. № 533 «Об определении форм документов, заполняемых врачами-специалистами, врачами, руководящими работой по медицинскому освидетельствованию граждан, при первоначальной постановке граждан на воинский учет, при призыве граждан на военную службу, при медицинском осмотре граждан, не пребывающих в запасе, призванных на военную службу, перед направлением их к месту прохождения военной службы, при контрольном медицинском освидетельствовании граждан, получивших отсрочку или освобождение от призыва на военную службу по состоянию здоровья, и граждан, заявивших о несогласии с заключением об их годности к военной службе по результатам медицинского освидетельствования, и правил их заполнения», приказе Министра обороны РФ от 14.10.2015 г. № 615 «Об определении форм документации (кроме унифицированных форм медицинской документации), необходимых для деятельности военно-врачебных комиссий, созданных в Вооруженных Силах Российской Федерации». В частности, установлено, что в случае невозможности вынесения медицинского заключения о годности гражданина к военной службе по состоянию здоровья в ходе освидетельствования, гражданин на основании решения призывной комиссии или начальника отдела военного комиссариата, принятого по заключению врачей-специалистов, направляется в медицинскую организацию государственной или муниципальной систем здравоохранения на обследование в амбулаторных или стационарных условиях для уточнения диагноза заболевания.

Проведенный анализ законодательных актов показал, что действующие нормативные и правовые документы направлены на обеспечение организации и деятельности ВВЭ, в том числе на определение годности граждан к военной службе, и на установление причинной связи увечий (ранений, травм, контузий) и заболеваний с прохождением военной службы.

## КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ УРОВНЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГРАЖДАН, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Е.М. Старобина

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия*

Трудоспособность — социально-правовая категория, отражающая способность человека к труду, определяемая уровнем его физического и духовного развития, а также состоянием здоровья, профессиональными знаниями, умением и опытом, возможностями к выполнению своих профессиональных обязанностей (работы определенного объема и качества).

Нарушение трудоспособности обусловлено биологическими, медицинскими, социальными, личностными и внешними факторами.

В соответствии с биопсихосоциальной моделью инвалидности необходимо определять личностные, медицинские/клинико-функциональные (нарушения функций) и социальные (активность по сферам жизнедеятельности/ограничениям жизнедеятельности) критерии, а также внешние факторы (условия трудовой деятельности) с учетом МКФ. На основе этого определяется ограничение способности к труду и потребность в создании специальных условий труда, предоставлении необходимых социальных услуг для преодоления имеющихся барьеров при осуществлении трудовой деятельности.

Таким образом, можно сформулировать следующие критерии оценки трудоспособности:

- личностные: возраст, место проживания, образование, наличие трудового опыта/стажа, мотивированность на трудоустройство;
- медицинские: нарушение функций организма и степень их выраженности, наличие противопоказаний для трудовой деятельности;
- социально-трудовые: дееспособность, группа инвалидности, ограничения жизнедеятельности (способность к самообслуживанию, к передвижению, к ориентации, к общению, к обучению, к трудовой деятельности, к контролю за своим поведением);

– окружающей среды: необходимость создания специализированного рабочего места, специальных условий труда, потребность в сопровождении при трудоустройстве и выполнении трудовых функций.

Для граждан, страдающих психическими расстройствами, в том числе с умственной отсталостью, для возможности трудиться в наибольшей степени актуально сопровождение в процессе трудоустройства и трудовой деятельности.

На основании анализа опыта трудоустройства данной категории инвалидов нами выделены следующие варианты их сопровождения в процессе трудоустройства и трудовой деятельности:

а) периодическое сопровождение — трудоустройство на открытом рынке труда с периодическим сопровождением (сопровождаемая занятость) для инвалидов с умеренной умственной отсталостью; для инвалидов с легкой умственной отсталостью с сочетанными нарушениями, в том числе психическими (с устойчивостью эмоциональной сферы, уравновешенность нервных процессов, отсутствием стойких соматоневрологических нарушений, относительной сохранностью внимания, хорошей вработываемостью), которые могут выполнять рабочие инструкции, соблюдать трудовую дисциплину, соблюдать правила безопасного труда с периодическими напоминанием, работать с периодическим контролем и помощью наставника. Возможна нуждаемость в помощи в передвижении до места работы и обратно, по территории работодателя.

б) регулярное сопровождение — трудоустройство на открытом рынке труда с регулярным сопровождением (сопровождаемая занятость) для инвалидов с умеренной умственной отсталостью с сочетанными нарушениями (астенический — с эмоционально-волевыми нарушениями — психопатоподобный вариант типа дефекта психики), которые могут выполнять рабочие инструкции, соблюдать трудовую дисциплину, соблюдать правила безопасного труда с напоминанием, работать под регулярным контролем и с регулярной помощью наставника. Необходима помощь в передвижении до места работы и обратно и по территории работодателя;

в) постоянное сопровождение — включение в трудовую деятельность на базе интеграционных или лечебно-производственных мастерских — для инвалидов с тяжелыми множественными нарушениями в сочетании с умеренной умственной отсталостью (сложный тип дефекта психики); для инвалидов с тяжелой умственной

отсталостью, ежедневно нуждающимся в постоянном контроле за трудовой деятельностью, частичным выполнением простых видов труда, при невозможности решения проблем, принятия решений в процессе выполнения трудовой деятельности;

г) невозможность выполнять трудовую деятельность — для инвалидов с тяжелыми множественными нарушениями, в том числе с тяжелой/глубокой умственной отсталостью, ежедневно нуждающимся в постоянном присмотре, помощи и уходе.

В качестве примера приведем данные о трудоустройстве проживающих в психоневрологическом интернате №10 Санкт-Петербурга (Чернышова Т.Н., 2019). За три года трудоустроено с различным уровнем сопровождения на штатные единицы города — 72 человека; на штатные единицы учреждения (с регулярным сопровождением) — 290 человек; трудоустроено в лечебно-трудовое отделение (постоянное сопровождение) — 80 человек.

Решение о том или ином варианте трудоустройства принимается на основании оценки следующих компетенций:

- выполнение рабочих инструкций, трудовых обязанностей;
- выполнение трудовой дисциплины;
- соблюдение правил безопасного труда;
- самоконтроль в выполнении трудовых функций;
- планирование своей работы;
- организация рабочего места и порядок на нем;
- умение увидеть свои ошибки и исправить их;
- решение возникающих проблем;
- принятие решений в процессе трудовой деятельности в соответствии со своими обязанностями;
- работоспособность;
- выполнение нормы;
- социальное взаимодействие;
- ведение телефонных переговоров;
- участие в беседах, посещение предприятий и ведение переговоров с работодателями;
- посещение ярмарок-вакансий рабочих и учебных мест;
- принятие решения по трудоустройству;
- сбор и оформление документов для регистрации в службе занятости и для трудоустройства;
- самоконтроль;
- способность добраться до работы.

При сопровождаемой занятости общественной/реабилитационной организацией может быть оказана следующая помощь в процессе трудоустройства: в ведении телефонных переговоров с работодателями при поиске работы, в участии в собеседованиях, посещении предприятий и ведении переговоров с работодателями, в посещении ярмарок-вакансий рабочих и учебных мест, в принятии решения по трудоустройству, в сборе и оформлении документов для регистрации в службе занятости; в сборе и оформлении документов для трудоустройства; в адаптации маршрута передвижения инвалида до места работы и по территории организации с учетом его потребности; в содействии (при необходимости) профессиональному обучению и дополнительному профессиональному образованию; в содействии обеспечению доступности для инвалида необходимых служебных помещений и информации; в оснащении (оборудовании) рабочего места, в том числе специального; в определении трудовых обязанностей и особенностей распорядка рабочего дня инвалида с учетом норм трудового законодательства; в инструктировании специалистов организации-работодателя, работающих с инвалидом, по вопросам оказания помощи в преодолении барьеров, мешающих исполнению им трудовых обязанностей; в исполнении инвалидами должностных обязанностей на рабочем месте; в передвижении до места работы и обратно и по территории работодателя.

Наставник на рабочем месте может оказывать инвалиду следующую помощь: разъяснение обязанностей по должности, на рабочем месте, контроль за выполнением трудовых обязанностей, рабочих инструкций, соблюдением трудовой дисциплины, правил безопасного труда; внесение работодателю предложений по вопросам, связанным с созданием инвалиду условий доступности к рабочему месту и его дополнительному оснащению с учетом имеющихся у инвалида ограничений жизнедеятельности; содействие формированию толерантного отношения к инвалиду со стороны других взаимодействующих с ним работников; содействие созданию необходимых условий труда для инвалида, оборудованию рабочего места (в том числе специального), в соответствии с ИПРА.

Приведенные критерии позволяют проводить оценку способности лиц с психическими нарушениями к трудоустройству, решать вопрос о возможности их самостоятельного проживания и жизне-

обеспечения, реализуя принцип нормализации жизни, содействуя разукрупнению стационарных учреждений, таких как психоневрологические интернаты.

## МЕСТО ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В ОБЩЕЙ СТРУКТУРЕ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

А.Ю. Апресян

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,  
Санкт-Петербург, Россия*

В последние годы на общегосударственном уровне уделяется особое внимание организации медицинской помощи при заболеваниях системы кровообращения. Данная патология остается одной из ведущих в структуре заболеваемости (15,2%) и смертности (46,8%) населения России. Основные усилия по совершенствованию оказания медицинской помощи при заболеваниях системы кровообращения направлены на обеспечение своевременной помощи пациентам при жизнеугрожающих состояниях. Важность процесса динамического диспансерного наблюдения пациентов, страдающих данной патологией, также подчеркивается, однако отечественные специалисты считают, что он не обеспечивается на должном уровне, в том числе для пациентов, страдающих заболеваниями, являющимися основными причинами смерти.

Заболевания периферических артерий можно рассматривать как одну из патологий, качественное и своевременное оказание профилактической медицинской помощи при которой, позволяет избежать возникновения жизнеугрожающих состояний, последующей инвалидизации пациентов, снизить нагрузку на систему здравоохранения и социального страхования, обусловленную оказанием медицинской и социальной помощи.

В Санкт-Петербурге по данным медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, за 2019 год только эндартериитом и облитерирующим тромбангиотом страдает 21 282 пациента, что составляет 1,2% в общей структуре заболеваемости болезнями системы кровообращения. Вместе

с тем, в структуре случаев оказания медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге пациентам с заболеваниями системы кровообращения группа заболеваний артерий, артериол и капилляров в целом занимает 2,3%.

В целом в группе пациентов с заболеваниями системы кровообращения по данным медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в 2019 году состояли под диспансерным наблюдением 57,0% пациентов. Наибольшая доля пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, выявлена при хронических ревматических болезнях сердца (77,4%), при ишемической болезни сердца (67,6%), при болезнях, характеризующихся повышенным кровяным давлением (64,9%). При эндартериите и облитерирующем тромбангите данный показатель оказался одним из наименьших и составил только 36,4%.

Порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми утвержден в Российской Федерации приказом Минздрава от 29.03.2019г. № 173н. Согласно данному документу, диспансерное наблюдение устанавливается за пациентами, страдающими отдельными хроническими заболеваниями, имеющими высокий риск их развития, лицами, находящиеся в восстановительном периоде после перенесенных заболеваний. Наличие показаний для проведения диспансерного наблюдения, его периодичность, длительность и объем определяются лечащим врачом. При этом, документ содержит только конкретный перечень заболеваний, при которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением врачом-терапевтом. В указанный перечень вошел целый ряд заболеваний системы кровообращения, который не содержит заболеваний периферических артерий.

Сложившаяся ситуация, учитывая отсутствие в большинстве медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, штатных должностей сердечно-сосудистых хирургов и отсутствие уточненного порядка диспансерного наблюдения за пациентами, страдающими заболеваниями периферических артерий, делает своевременное оказание профилактической медицинской помощи данной категории больных весьма проблематичным. Требуется разработка и внедрение неотложных мер, направленных на оптимизацию маршрутизации пациентов, страдающих заболеваниями периферических артерий, контроль оказания им медицинской помощи на всех её этапах.

## Проблемы комплексной реабилитации и абилитации, санаторно-курортной помощи

---

### ПРОБЛЕМЫ СТАТИСТИЧЕСКОГО УЧЕТА МЕЖДУНАРОДНЫХ ПАРАМЕТРОВ ИНВАЛИДНОСТИ В РОССИИ

<sup>1</sup>Г.Н. Пономаренко, <sup>1,2</sup>О.Н. Владимирова, <sup>1</sup>А.В. Шошмин,  
<sup>1</sup>К.Н. Рожко

<sup>1</sup>*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов  
им Г.А. Альбрехта» Минтруда и соцзащиты России,  
Санкт-Петербург, Россия*

<sup>2</sup>*ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский  
университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России  
(Сеченовский Университет), Москва, Россия*

**Введение.** По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) на 2018 год в мире проживает более 1 млрд. инвалидов, что составляет 15% от всего населения планеты. Из них (по последним данным ВОЗ от 2013 года) от 110 до 190 миллионов взрослых людей имеют значительные трудности жизнедеятельности. В том числе около 95 миллионов — дети-инвалиды (5,1%). Значительный рост людей с инвалидностью в мире связан с ростом продолжительности жизни людей, ростом распространенности хронических заболеваний и непреднамеренных травм.

В документах Организации Объединенных Наций (ООН) подчеркивается, что во всем мире были существенно расширены программы социальной защиты, но при этом у инвалидов вероятность возникновения чрезвычайно высоких расходов на медицинское обслуживание в пять раз выше средней. Проблема неравенства до сих пор сохраняется: наблюдаются большие различия в уровне доступа к медицинским и образовательным услугам, а также к иным производственным активам. Международные организации мирового уровня непрерывно совершенствуют стратегию снижения уровня инвалидности в мире и улучшения жизненных условий инвалидов в целом. Для контроля развития систем комплексной ре-

абилитации и реабилитации инвалидов и детей-инвалидов в странах в соответствии с мировыми предложенными стратегиями и стандартами необходимо иметь универсальные показатели, которые можно было бы сравнить как на уровне региональном внутри одной страны, так и на международном — среди государств. Целью данной работы является выявление проблемы контроля развития системы комплексной реабилитации в России путем использования статистических показателей.

**Методы и материалы.** В 2015 году Организацией Объединенных Наций была принята Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, в которой предусмотрено 17 Целей Устойчивого Развития (ЦУР), которые состоят из 169 задач. В течение следующих 15 лет государства будут предпринимать усилия, направленные в том числе на борьбу с неравенством и «обеспечением того, чтобы никто не был забыт».

**Результаты.** Практически во всех 17 целях можно найти отсылку и к сфере инвалидности, но только 8 целей могут быть применимы в отношении решения основных задач комплексной реабилитации и абилитации инвалидов:

- организация социальной защиты на уровне страны — ЦУР 1 «Повсеместная ликвидация нищеты во всех ее формах»;
- соблюдение прав инвалидов — ЦУР 10 «Сокращение неравенства внутри стран и между ними»;
- создание системы реабилитации — ЦУР 17 «Укрепление средств осуществления и активизация работы в рамках Глобального партнерства в интересах устойчивого развития»;
- медицинская реабилитация и профилактика инвалидности — ЦУР 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте»;
- инклюзивное образование — ЦУР 4 «Обеспечение всеохватного и справедливого качественного образования и поощрение возможности обучения на протяжении всей жизни для всех»;
- занятость — ЦУР 8 «Содействие поступательному, всеохватному и устойчивому экономическому росту, полной и производительной занятости и достойной работе для всех»;
- доступная среда жизнедеятельности для маломобильных групп населения — ЦУР 11 «Обеспечение открытости, безопасности, жизнестойкости и экологической устойчивости городов и населенных пунктов»;

– реабилитация инвалидов в государственных учреждениях — ЦУР 16 «Содействие построению миролюбивого и открытого общества в интересах устойчивого развития, обеспечение доступа к правосудию для всех и создание эффективных, подотчетных и основанных на широком участии учреждений на всех уровнях».

В 2016 году Экономический и Социальный Совет ООН опубликовал «Доклад Межучрежденческой группы экспертов по показателям достижения целей в области устойчивого развития» (документация — E/CN.3/2016/2/Rev.1), в котором Межучрежденческая группа экспертов предоставила Перечень предлагаемых показателей достижения целей в области устойчивого развития. Данные показатели подтверждают, что представленные выше 8 ЦУР могут отвечать за развитие комплексной реабилитации инвалидов, поскольку в эти показатели включены и данные по инвалидности.

Документы ООН предлагают новый принцип сбора данных в области устойчивого развития — принцип дезагрегированных данных: «чтобы никто не был забыт». Показатели должны приводиться, когда это уместно, в разбивке по уровню дохода, полу, возрасту, расе, этнической принадлежности, миграционному статусу, инвалидности, месту проживания и другим признакам в соответствии с основополагающими принципами официальной статистики (резолюция 68/261 Генеральной Ассамблеи ООН). Согласно Резолюции, принятой Генеральной Ассамблеей 25 сентября 2015 года (A/70/L.1) «Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года» государства-участники обязуются внедрить показатели ЦУР в свою стратегию развития страны во всех сферах, в том числе и в сфере инвалидности, что должно привести к усовершенствованию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

В Российской Федерации разработкой показателей на базе ЦУР занимается Федеральная служба государственной статистики (Росстат). На сайте Росстата представлен статус разработки показателей ЦУР и проект перечня национальных показателей достижения ЦУР. В проекте перечня только в четыре ЦУР включены понятия из сферы инвалидности и комплексной реабилитации инвалидов в то время, как выше мы выделили 8 ЦУР, которые описывают инвалидность. Проект перечня национальных показателей задействует только сферу образования, занятости, соблюдения

прав инвалидов и создания доступной среды. Некоторые показатели для проекта были взяты из Государственной программы «Доступная среда». По всем планируемым показателям уже имеются данные, поскольку учет этих показателей уже ведется. Отсутствуют данные только по показателю «Доля дорожной сети городских агломераций, находящаяся в нормативном состоянии» к задаче 11.2: «к 2030 году обеспечить, чтобы все могли пользоваться безопасными, недорогими, доступными и экологически устойчивыми транспортными системами, на основе повышения безопасности дорожного движения, в частности расширения использования общественного транспорта, уделяя особое внимание нуждам тех, кто находится в уязвимом положении, женщин, детей, инвалидов и пожилых лиц» — расчет показателя предусмотрен с апреля 2020 года.

**Вывод.** Стоит отметить, что ЦУР были учтены в стратегии развития страны и, в частности, в отношении инвалидов, но в недостаточном объеме. Проект перечня национальных показателей использует в отношении развития комплексной реабилитации и абилитации инвалидов только уже существующие показатели без разработки новых. Следует включить все рекомендованные Межучрежденческой группой экспертов ООН показатели.

## **ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2015–2019 гг.**

Е.В. Кароль, Н.В. Попова, Ю.И. Кузнецова, Е.А. Белавина,  
М.А. Мальцева

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы  
по г. Санкт-Петербургу» Минтруда и соцзащиты России,  
Санкт-Петербург, Россия*

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский  
университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ,  
Санкт-Петербург, Россия*

**Цель работы.** Изучение динамики распространенности и структуры первичной инвалидности взрослого населения Санкт-

Петербурга по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы в 2015–2019 гг., анализ структуры инвалидности в зависимости от возраста, пола, основных видов заболеваний.

**Материалы и методы.** Данные формы государственной статистической отчетности (формы 7-собес) о результатах первичного освидетельствования граждан старше 18 лет в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) Санкт-Петербурга (СПб). Методы исследования: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез.

**Результаты и обсуждение.** Санкт-Петербург является вторым по величине городом Российской Федерации. По данным Петростата, на 01.01.2019 г. взрослое население СПб составило 4 459 846 чел., в том числе: 44% мужчины; 56% женщины. Трудоспособное население города составляет 2 992 374 чел. (из них: в возрасте от 18 до 44 лет — 2 137 898 чел.; в возрасте от 45 лет и до пенсионного возраста — 854 476 чел.). Граждан пенсионного возраста — 1 467 472, что составляет 32,9% в структуре взрослого населения Санкт-Петербурга и 27,3% в общей численности населения.

Исследование деятельности бюро МСЭ по освидетельствованию взрослого населения в 2015–2019 гг. в Санкт-Петербурге показывает тенденцию к снижению как общей численности первично освидетельствованных граждан старше 18 лет, так и впервые признанных инвалидами (ВПИ). Среди впервые освидетельствованных по вопросу определения инвалидности отмечается снижение удельного веса лиц, которые по результатам медико-социальной экспертизы не были признаны инвалидами (таблица 1).

Таблица 1

**Деятельности бюро МСЭ по освидетельствованию  
взрослого населения в Санкт-Петербурге в 2015–2019 гг.**

Год	Освидетельствовано взрослых граждан для определения инвалидности	Из них призна- но инвалидами		Из них не при- знано инвали- дами	
		Численность	Процент	Численность	Процент
2015	25045	21614	86,3	3431	13,7
2016	23124	20261	87,6	2863	12,4
2017	23221	20924	90,1	2297	9,9
2018	22624	20407	90,2	2217	9,8
2019	21336	19110	89,6	2226	10,4

Показатель первичной инвалидности (ПИ) является одним из важнейших показателей здоровья населения города. В период

2015–2019 гг. выявлено снижение интенсивного показателя (ИП) ПИ у взрослого населения (в динамике за 5 лет на 12%), причем как в трудоспособном (на 16%), так и в пенсионном (на 13%) возрасте (рисунок 1).



Рис. 1. Интенсивные показатели первичной инвалидности взрослого населения Санкт-Петербурга в 2015–2019 гг.

В результате проведенного анализа установлено, что в течение 5 лет среди ВПИ преобладают мужчины (рисунок 2).



Рис. 2. Структура впервые признанных инвалидами среди взрослого населения Санкт-Петербурга в 2015–2019 гг. по полу (%)

Анализ структуры ПИ взрослого населения Санкт-Петербурга по возрастным интервалам показывает преобладание в течение 5 лет лиц пенсионного возраста (3 возраст) с тенденцией к росту их удельного веса; доля лиц молодого возраста (1 возраст — женщины и мужчины от 18 до 44 лет) и средней возрастной группа (2 возраст — женщины 45–54 лет, мужчины 50–59 лет) в течение 5 лет несколько снизилась (рисунок 3).

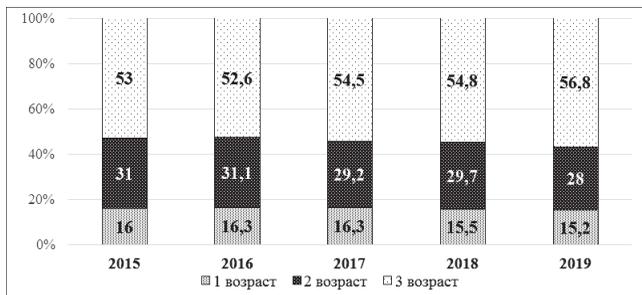


Рис. 3. Структура впервые признанных инвалидами среди взрослого населения Санкт-Петербурга в 2015–2019 гг. по возрасту (%)

В структуре ПИ по группам в течение 5 лет преобладает доля III группы инвалидности; второе ранговое место занимает II группа инвалидности, однако её удельный вес снизился; при этом возрос удельный вес I группы инвалидности (рисунок 4).

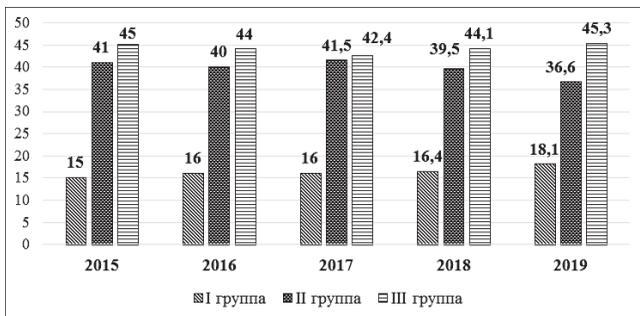


Рис. 4. Структура первичной инвалидности взрослого населения Санкт-Петербурга в 2015–2019 гг. по группам инвалидности

Проанализирована структура ПИ в зависимости от форм заболеваний. На протяжении 2015–2019 гг. среди причин первичной инвалидности взрослого населения в Санкт-Петербурге преобладают следующие заболевания: болезни системы кровообращения (БСК); злокачественные новообразования (ЗНО); заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани (КМС); болезни нервной системы; психические болезни; травмы всех локализаций. В течение 5 лет отмечен рост удельного веса первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований и снижение в её структуре удельного веса болезней системы кровообращения (рисунок 5).

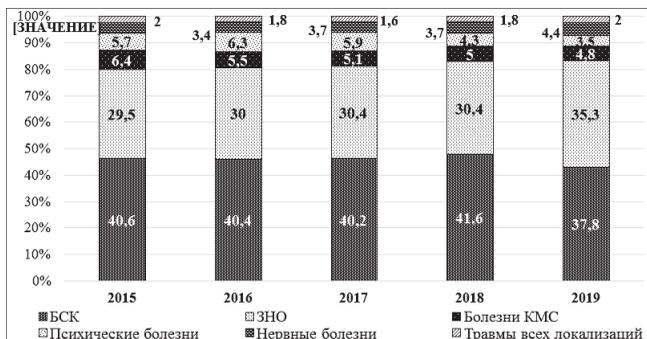


Рис. 3. Структура первичной инвалидности взрослого населения Санкт-Петербурга в 2015–2019 гг. по формам заболеваний

Интенсивные показатели ВПИ среди взрослого населения Санкт-Петербурга при основных формах болезней на 10 тыс. взрослого населения за 2015–2019 гг. в течение 5 лет имели следующие тенденции: возрастание уровня ПИ вследствие ЗНО с 14,4 до 15; и снижение уровня ПИ вследствие БСК с 20 до 16,2; ПИ вследствие психических заболеваний с 2,8 до 1,5.

#### Выводы.

1. В 2015–2019 гг. интенсивный показатель первичной инвалидности взрослого населения Санкт-Петербурга снизился как в трудоспособном, так и в пенсионном возрасте. Отмечается повышение уровней первичной инвалидности при злокачественных новообразованиях и их снижение при болезнях системы кровообращения и психических заболеваниях.

2. Среди впервые признанных инвалидами преобладают мужчины и лица пенсионного возраста.

3. В структуре первичной инвалидности взрослого населения Санкт-Петербурга преобладают инвалиды III группы; в динамике за 5 лет отмечается рост удельного веса I группы инвалидности; существенно преобладает инвалидность вследствие болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований с тенденцией к росту последней.

## АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

<sup>1</sup>О.Н. Владимирова, <sup>1</sup>В.П. Шестаков, <sup>1,2</sup>А.А. Свинцов,

<sup>1,2</sup>Т.С. Чернякина, <sup>1</sup>О.Е. Коллюка

<sup>1</sup>ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов  
им Г.А. Альбрехта» Минтруда и соцзащиты России,  
Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский  
университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ,  
Санкт-Петербург, Россия

**Аннотация.** Проведен мониторинг распространенности и динамики инвалидности в Российской Федерации для установления закономерностей и выявления потребностей инвалидов в услугах здравоохранения.

**Ключевые слова:** инвалидность, реабилитация, абилитация, мониторинг.

**Актуальность** исследования определялась необходимостью мониторинга распространенности и динамики инвалидности в Российской Федерации с целью установления закономерностей и выявления потребностей инвалидов в развитии услуг в сфере здравоохранения (учитывая гендерную специфику), включая абилитацию и реабилитацию по состоянию здоровья.

**Цель** — оценка уровня и структуры инвалидности населения Российской Федерации, разработка предложений по ее снижению.

**Материал и методы.** Анализ показателей, характеризующих общую численность инвалидов, состоящих на учете в Пенсионном фонде Российской Федерации, осуществлен на основе формы 94-пенсия «Сведения о численности пенсионеров и суммах назначенных им пенсий», данных с сайта Росстата, данных Федерального регистра лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи за 6-летний период (2012–2018 гг.). В работе применен метод сравнительного статистического исследования. Расчеты показателей выполнены в программе Microsoft Excel.

**Результаты исследования.** В Российской Федерации в 2018 г., по сравнению с 2012 г., произошло снижение общей численности инвалидов на 8,18%: с 13,19 до 12,11 млн. человек, при росте чис-

ленности населения за тот же период с 143,3 до 146,3 млн. человек. Общая численность инвалидов, приходящаяся на 1000 человек населения, также снизилась с 92,2 в 2012 г. до 82,5 в 2018 г. В 2019 г. общая численность инвалидов уменьшилась еще на 1,98 на 1000 человек, и по состоянию на 1 января 2020 г. в Федеральном реестре инвалидов было зарегистрировано 11,87 млн. инвалидов, уровень общей инвалидности снизился до 80,97‰.

Выявлено значительное увеличение численности детей-инвалидов — с 0,56 млн. человек в 2012 г. до 0,65 млн. человек в 2018 г. Темп прироста за 6 лет составил 16,07%. В 2019 г. численность детей-инвалидов увеличилась еще на 6,15% и составила 0,69 млн. человек. За весь анализируемый период численность детей-инвалидов увеличилась на 23,21%.

Численность инвалидов I и II групп в динамике за 2012–2018 гг. имеет тенденцию к уменьшению: I группы — с 1,52 до 1,47 млн. человек, II групп — с 7,08 до 5,55 млн. человек, при том, что увеличилась численность инвалидов III группы — с 4,04 до 4,44 млн. человек. В 2019 г. сохраняется тенденция уменьшения численности инвалидов I группы — на 3,4% (до 1,42 млн. человек), инвалидов II группы — на 6,13% (до 5,21 млн. человек), а инвалидов III группы, напротив, — увеличение на 2,7% (до 4,56 млн. человек).

В структуре общей численности инвалидов инвалиды I группы составили 10,44% в 2012 г. и 10,01% в 2018 г., инвалиды II группы — 49,46% и 37,91%, а инвалиды III группы — 28,23% и 30,33% соответственно. В структуре общей численности инвалидов дети-инвалиды составили в 2012 г. — 3,91%, а в 2018 г. — 4,83%.

Доля женщин-инвалидов в общей численности инвалидов стабильна и составляла в 2012 и 2018 гг. 57,8% и 57,0%, соответственно. В возрастной структуре общей численности инвалидов преобладают лица старше трудоспособного возраста; их доля в 2012 и 2018 гг. составила 65,1% и 62,2% соответственно. Обращает на себя внимание и то, что доля женщин-инвалидов в различных возрастных группах существенным образом отличается. Так, если в возрастной группе лиц трудоспособного возраста доля женщин составляет как в 2012 г., так и в 2018 г. 37,3%, то в возрастной группе лиц старше трудоспособного возраста доля женщин значительно больше: в 2012 г. — 68,4%, в 2018 г. — 67,0%. Доля девочек-инвалидов составляла в 2012 и 2018 гг. 43,1% и 43,2% соответственно.

Наиболее высокий уровень инвалидности выявлен в Северо-Западном, Центральном и Северо-Кавказском федеральных округах. Наибольший рост инвалидности отмечается в Ивановской, Курской, Курганской областях, Республике Калмыкии, Республике Дагестан, Республике Ингушетии, Республике Тыва.

Доля детей-инвалидов выросла на 1,12% (с 4,25% до 5,37%). Доля детей-инвалидов в возрасте до 18 лет в общей численности детей в возрасте до 18 лет увеличилась с 1 января 2012 г. по 01 января 2018 г. с 2,11% до 2,15%. Анализ распределения детей-инвалидов по полу и возрасту показал, что доля детей в возрасте 8–17 лет в 1,8–2 раза больше доли детей в возрасте 0–7 лет, при этом во все годы доля мужчин превышает долю женщин как в целом (на 13,74–15,70%), так и в обеих возрастных группах (на 11,42–12,32% и 15,07–14,36% соответственно).

При росте общей численности детей-инвалидов в ряде регионов отмечается ее снижение: в 2014 г. — Владимирская, Рязанская, Тульская, Нижегородская, Ульяновская области, Республика Коми, Республика Адыгея, Республика Калмыкия, Республика Мордовия, Чувашская Республика; в 2015 г. — Владимирская, Ивановская, Калининская, Орловская, Смоленская, Тверская, Тульская, Вологодская, Астраханская, Кировская, Пензенская, Иркутская, Омская области, г. Санкт-Петербург, Республики Мордовия и Татарстан, Чувашская Республика, Алтайский и Красноярский края.

Анализ численности детей-инвалидов по полу и возрасту в Российской Федерации показал, что в общей численности детей-инвалидов в возрасте до 18 лет как в целом, так и в отдельных возрастных группах, преобладают мальчики — более 56%. Наибольшую долю — 60% и более — составляют дети-инвалиды в возрасте от 8 до 18 лет. Дети до трех лет в структуре детской инвалидности составляют в среднем 43%. За последние 5 лет количество детей-инвалидов в России увеличилось и составило около 2,4% детского населения. Доля детей-инвалидов в общей численности инвалидов составила в 2012 г. — 4,54%, в 2018 г. — 5,1%. Рост абсолютно-го числа инвалидов среди детей связан с увеличением числа детей в стране. Доля детей-инвалидов среди всех детей сохраняется на прежнем уровне. В России за последние годы стали более объективно подходить к установлению инвалидности, также с 2012 года заработал специальный проект по выхаживанию маловесных детей, что также может влиять на показатели инвалидности детей.

Общая численность женщин-инвалидов за 2014–2017 гг. уменьшилась на 355 тыс. человек (на 4,52%). В динамике уровня инвалидности женщин отмечается снижение с 51,54‰ на 01 января 2012 г. до 48,02‰ на 01 января 2018 г. Доля женщин в общей численности инвалидов уменьшилась в исследуемые годы на 0,55% (с 57,8% до 57,25%). В возрастной структуре преобладают женщины-инвалиды старше пенсионного возраста — 77,89–77,01%, второе место по численности занимают женщины-инвалиды в трудоспособном возрасте — 19,31–19,62%, в числе которых около 83% женщины-инвалиды в возрасте 31–54 лет. Принимаемые в Российской Федерации государственные и другие меры позволили снизить уровень инвалидности среди женщин за 2013–2016 гг. на 3,07%.

**Заключение.** Мониторинг динамики уровня и структуры инвалидности показал, что за 6 лет (с 2012 по 2018 г.) отмечено как абсолютное, так и относительное снижение общей численности инвалидов в Российской Федерации при росте численности населения страны, а также увеличение общей численности детей-инвалидов, и женщин-инвалидов; перераспределение инвалидов по группам инвалидности: уменьшение численности инвалидов I и II групп и увеличение численности III группы.

Анализ статистических материалов свидетельствует и о том, что в открытых источниках государственной статистики Российской Федерации отсутствует отдельная информация по женщинам-инвалидам по вопросам получения ими услуг и программ по охране здоровья в области сексуального и репродуктивного здоровья.

В целях приближения квалифицированной реабилитационной помощи и предотвращения утяжеления инвалидности необходимо внедрять и развивать во всех субъектах Российской Федерации современные технологии ранней реабилитационной помощи, причем не явочным порядком родителей, а по заключениям и направлениям неонатологов, педиатров и детских психологов, которые первыми устанавливают факт наличия тех или иных нарушений функций организма; комплексной реабилитации с использованием инновационных технологий тренировочных систем биологической обратной связи на основе определения ограничений жизнедеятельности и реабилитационного потенциала лиц с инвалидностью.

Преобладание болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований и болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, рост пороков развития свидетельствует о необходимости разработки программ изучения причин на уровне генома человека, механизмов развития, инновационных методов лечения и предупреждения возникновения данных заболеваний и врожденных нарушений.

## ПЕРВИЧНАЯ И ПОВТОРНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ, РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

<sup>1</sup>О.Е. Колюка, <sup>1</sup>О.Н. Владимирова, <sup>1,2</sup>Р.К. Кантемирова,  
<sup>1</sup>З.Д. Фидарова, <sup>3</sup>В.В. Жукова, <sup>3</sup>Е.А. Богданов

<sup>1</sup>ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов  
им Г.А. Альбрехта» Минтруда и соцзащиты России,  
Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский  
университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ,  
Санкт-Петербург, Россия

<sup>3</sup>ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы  
по г. Санкт-Петербургу» Минтруда и соцзащиты России,  
Санкт-Петербург, Россия

**Аннотация.** Характеристика первичной и повторной инвалидности в Российской Федерации, результаты медицинской реабилитации инвалидов для оценки выполнения статьи 26 Конвенции о правах инвалидов.

**Ключевые слова:** медицинская реабилитация, первичная и повторная инвалидность, эффективность реабилитации

**Актуальность исследования** определялась необходимостью мониторинга выполнения положений статьи 26 «Абилитация и реабилитация» Конвенции о правах инвалидов (далее Конвенция), согласно которой Российская Федерация приняла обязательства по выполнению всех надлежащих мер, способствующих вовлечению и включению инвалидов в местное сообщество и во все сферы жизни общества. С этой целью в Российской Федерации осущест-

вляется организация, укрепление и расширение комплексных реабилитационных и реабилитационных услуг и программ, особенно в сфере здравоохранения, таким образом, чтобы эти услуги начинали реализовываться как можно раньше и были доступны для инвалидов как можно ближе к местам их непосредственного проживания, в том числе в сельских районах.

**Цель исследования** оценить динамику уровня и структуры показателей первичной и повторной инвалидности, результатов медицинской реабилитации инвалидов и разработать предложения по повышению эффективности индивидуальных программ реабилитации.

**Материал и методы.** Оценка показателей, характеризующих выполнение статьи 26 «Абилитация и реабилитация», проведена за шестилетний период реализации Конвенции в Российской Федерации (2012–2018 гг.). Первичная и повторная инвалидность лиц в возрасте 18 лет и старше изучена на основании сведений статистических форм наблюдения (форма № 7-собес). В работе применен метод сравнительного анализа статистических показателей. Расчеты показателей выполнены в программе Microsoft Excel.

**Результаты.** Анализ первичной инвалидности убедительно показывает абсолютное и относительное снижение первичной инвалидности лиц в возрасте 18 лет и старше в период с 2012–2018 гг. на 17,3%. При снижении уровня первичной инвалидности лиц старше 18 лет со второй группой, отмечается некоторый рост инвалидности лиц с первой и третьей группами инвалидности. Обращает на себя внимание и то, что при абсолютном снижении численности инвалидов трудоспособного возраста, снижение доли данной возрастной группы в общей численности достигло 47% к 2018 году.

В структуре первичной инвалидности лиц старше 18 лет преобладают болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Отмечен продолжающийся рост с 2012 г. числа случаев первичной инвалидности по причине злокачественных новообразований и снижение числа случаев первичной инвалидности по причине болезней системы кровообращения почти в 2 раза.

За период с 2012 г. по 2018 г. абсолютная численность инвалидов в трудоспособном возрасте уменьшилась в целом по Российской Федерации на 93 495 человек (23,63%), как в городских поселениях — на 56 576 человек (20,58%), так и в сельских поселениях —

на 33 919 человек (28,90%). Доля инвалидов в трудоспособном возрасте впервые признанных инвалидами в общей численности лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, уменьшилась с 2012 г. на 8,12% по всем группам инвалидности, составив в 2018 г. в целом по Российской Федерации 78,58%.

Анализ распределения впервые признанных инвалидами лиц в трудоспособном возрасте по классам болезней свидетельствует об увеличении в 2018 г. по сравнению с 2012 г. доли болезней, вызванных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) в 2,6 раза, болезней злокачественными новообразованиями — на 3,65%, болезней уха и сосцевидного отростка — на 0,34%, психических расстройств и расстройства поведения — на 0,49%, болезней мочеполовой системы — на 0,26%, прочих болезней — на 0,35%.

Численность женщин старше 18 лет, впервые признанных инвалидами, ежегодно уменьшалась с 398,6 тыс. человек в 2012 г., до 310,0 тыс. человек в 2018 году. Темп убыли составил 22,23%. Уровень инвалидности на 1000 человек населения старше 18 лет, напротив, несколько увеличился с 1,79‰ до 2,11‰. Доля женщин старше 18 лет, впервые признанных инвалидами в общей численности лиц, впервые признанных инвалидами, уменьшилась в исследуемые годы с 49,81% до 46,55%. Из всей численности женщин, впервые признанных инвалидами, 1/3 (36,32% и 35,69%) приходится на трудоспособный возраст, а наиболее значительную часть составили женщины пенсионного возраста — 63,68% в 2012 г. и 64,31% в 2018 г.

Численность переосвидетельствованных в возрасте 18 лет и старше уменьшилась в 2018 г. по сравнению с 2012 г. на 516 071 человек (23,53%), уменьшилась также численность повторно признанных инвалидами на 368 940 человек (21,92%), из них женщин на 136 611 человек (18,29%) и инвалидов с детства на 35 639 человек (27,66%).

В динамике за 6 лет отмечено увеличение численности болезней, вызванных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) на 5 156 человек (131,03%), болезней злокачественными новообразованиями на 80 158 человек (33,9%), болезней уха и сосцевидного отростка на 2 178 человек (1,26%), болезней мочеполовой системы на 649 человек (3,08%), прочих болезней на 913 человек (2,71%) при уменьшении общей численности инвалидов, повторно освидетельствованных.

Численность женщин, повторно признанных инвалидами, в последние годы уменьшилась на 136,6 тыс. человек — с 746,9 тыс. человек в 2012 г. до 610,3 тыс. человек (на 18,29%). В динамике уровня инвалидности женщин так же отмечается снижение с 4,94‰ в 2012 г. до 4,32‰ в 2018 г. В общей численности лиц, повторно признанных инвалидами, доля женщин увеличилась в исследуемые годы с 44,73% до 46,38%. Из всей численности женщин, повторно признанных инвалидами, почти половина (51,30% в 2012 г. и 46,09% в 2018 г.) приходится на трудоспособный возраст, а доля женщин-инвалидов в группе пенсионного возраста увеличилась с 48,7% в 2013 г до 53,91% в 2018 г. Анализ причин инвалидности женщин провести не представляется возможным в связи с отсутствием в отчетной форме № 7 (собес) сведений отдельно по женщинам, признанными инвалидами. По данным Минздрава России в 2015 году зарегистрировано 319,3 тыс. случаев заболеваний женщин злокачественными новообразованиями, из них 20,9% — раком молочной железы. За последние 10 лет численность женщин с диагностированным раком молочной железы увеличилась на 32,5%. В 2015 году от этого заболевания умерли 22 тыс. женщин. Статистические материалы свидетельствуют о том, что в открытых источниках государственной статистики Российской Федерации отсутствует отдельная информация по женщинам-инвалидам по вопросам получения ими услуг и программ по охране здоровья в области сексуального и репродуктивного здоровья.

Для каждого впервые и повторно признанных инвалидами разрабатывается индивидуальная программа реабилитации, включающая рекомендации по медицинской, социальной, культурной и профессиональной реабилитации, однако не все программы принимаются инвалидами и не все выполняются. Анализ показал, что доля заключений о выполнении индивидуальных программ реабилитации инвалида от численности выданных индивидуальных программ реабилитации инвалидам в 2012 г. составила 57,53%, в 2018 г. — до 61,33%. Указания на причины невыполнения программ реабилитации инвалидами в отчетной форме № 7-собес отсутствуют. В 2012 доля инвалидов с положительными результатами составила 45,10%, в 2018 г. этот показатель увеличился до 50,10%, в том числе преимущественно в частичном восстановлении или компенсации нарушенных функций организма.

Доля заключений о выполнении индивидуальных программ реабилитации инвалида от численности, выданных индивидуальных программ реабилитации детям-инвалидам, в 2012 г. составила 69,3%, а в 2018 г. уменьшилась и составил 67,12%. Указания на причины невыполнения программ реабилитации детьми-инвалидами в отчетной форме 7д также отсутствуют.

В 2012 г. каждый второй (55,62%) из них имел положительные результаты, в 2018 г. этот показатель увеличился до 65,81%, в том числе преимущественно в восстановлении или компенсации нарушенных функций организма.

**Заключение.** Проведенный анализ показал, что в отчетных документах государственной статистики Российской Федерации (форма № 7-собес и форма № 7д-собес.) отсутствует отдельная информация по причинам инвалидности женщин, что не позволяет планировать конкретные организационные меры и профилактические мероприятия по охране и повышению уровня здоровья женщин-инвалидов, включая область репродуктивного здоровья, и начинать их как можно раньше. Отсутствие указания причин невыполнения программ реабилитации инвалидами не позволяет разрабатывать территориальные программы доступности и комплексности услуг реабилитации, повышения результативности и эффективности разрабатываемых индивидуальных программ реабилитации.

Преобладание болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований и болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани свидетельствует о необходимости включения в индивидуальные программы реабилитации инвалидов мероприятий по повышению индивидуальной устойчивости к стрессу: разработка индивидуальных программ повседневной двигательной активности с учетом имеющихся нарушенных функций организма, рационов питания антиоксидантной направленности, обучения методам психологической разгрузки и защиты (саморегуляции), развития мотивации на образование, саморазвитие и самореализации.

## МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ИНВАЛИДАМ: АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ

<sup>1</sup>Я.С. Рочева, <sup>1</sup>О.Н. Владимирова, <sup>1,2</sup>Р.К. Кантемирова,  
<sup>1,3</sup>Т.С. Чернякина, <sup>1</sup>О.Е. Колюка, <sup>1</sup>З.Д. Фидарова

<sup>1</sup>*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов  
им. Г.А. Альбрехта» Минтруда и соцзащиты России,  
Санкт-Петербург, Россия*

<sup>2</sup>*ФГБУ ВО «Санкт-Петербургский государственный  
университет»*

<sup>3</sup>*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский  
университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ,  
Санкт-Петербург, Россия*

**Аннотация.** В статье дан анализ материалов государственного статистического наблюдения в сфере здравоохранения. Данные сведения позволяют получить характеристику обеспеченности инвалидов ключевыми услугами, их доступности для инвалидов и определить перечень значимых проблем с учетом потребностей для инвалидов и системы организации сбора данных.

**Ключевые слова:** медицинская помощь, доступность медицинских услуг, Конвенция о правах инвалидов.

**Актуальность исследования** определялась необходимостью мониторинга выполнения положений статьи 25 Конвенции о правах инвалидов, согласно которой Российская Федерация принимает обязательства по выполнению всех надлежащих мер для обеспечения доступа инвалидов к услугам в сфере здравоохранения (учитывая гендерную специфику); обеспечивает инвалидам тот же набор, качество и уровень бесплатных или недорогих услуг и программ по охране здоровья, что и другим лицам; организует эти услуги в сфере здравоохранения как можно ближе к местам непосредственного проживания этих людей, в том числе в сельских районах.

**Материал и методы.** Анализ административных данных, сплошных и выборочных обследований мнения инвалидов проведен за 6-летний период реализации Конвенции в Российской Федерации (2012–2018 гг.). Анализ показателей потребности и удовлетворенности потребности инвалидов в оказании медицинской

помощи, характеризующих выполнение статьи 25 Конвенции «Здоровье», проведен по данным комплексного наблюдения условий жизни населения, проводимого один раз в два года, и представленным на сайте Росстата (последнее проведено и опубликовано в 2016 г.). В работе применен метод сравнительного анализа социологических показателей. Расчеты показателей выполнены в программе Microsoft Excel.

**Результаты.** Анализ результатов комплексного наблюдения, целью которого являлась оценка потребности в **специализированной медицинской помощи** инвалидов в возрасте 15 лет и более свидетельствуют о том, что инвалиды, вне зависимости от возраста и места проживания (город и село), нуждаются в специализированной медицинской помощи в 67,3% случаев. Для сравнения — все остальные респонденты (не инвалиды) отметили такую необходимость в 24,3% случаев. Инвалиды отметили, что есть потребность в получении направления на лечение или обследование — 61,5%, в территориальную поликлинику (стационар) — 36,4%. Данные потребности отмечены среди инвалидов, вне зависимости от места проживания. С возрастом потребность в лечении или обследовании немного возрастает. Из тех инвалидов, которые получили направление на лечение, его прошли 76,1% респондентов. Среди опрошенных есть те, которые не прошли назначенный курс лечения — 6,6%, либо прошли его частично — 17,3%.

Главными причинами такой ситуации остаются очереди — 40,6% и предложение пройти платное лечение, на которое нет средств — 25,5%, другие причины — 2,3%. Отметим, что все остальные опрошенные (не инвалиды) отмечают такие же причины невозможности пройти лечение, что говорит об одинаковом уровне возможностей и ограничений в оказании специализированной медицинской помощи.

Данные комплексного наблюдения условий жизни населения иллюстрируют получение **амбулаторно-поликлинической помощи** инвалидами в возрасте 15 лет и более. Большая часть инвалидов — 77,6% — обращались за амбулаторно-поликлинической помощью. Чаще всего такая возможность была у городских жителей (81,0%), у сельских — в 69,1%. С возрастом количество обращений становится больше. Инвалиды старше трудоспособного возраста отметили обращения в 81,3% случаев, лица в трудоспособном возрасте — в 69,1% случаев. Для сравнения — респонденты, не являющиеся

инвалидами, — менее чем в половине случаев (44,1%) обращались за амбулаторно-поликлинической помощью. Количество не обратившихся за такой помощью среди инвалидов составляет 12,9%. Среди лиц, не являющихся инвалидами, такой показатель выше и составляет 20,1%.

Частота обращений в медицинские организации у всех исследуемых групп населения составляет от 2–5 раз в год у инвалидов 55,6%, у всех остальных респондентов — 55,1%. Более 5 раз обратились за амбулаторно-поликлинической помощью 27,7% инвалидов, среди всех остальных опрошенных респондентов таковых 12,2%. Из них 97% получили медицинскую помощь в случае обращения.

Затраты времени на ожидание приема врача у опрошенных составили менее 30 минут у 81,8–85,0% респондентов, вне зависимости от возраста, места проживания, наличия инвалидности. Ожидание приема врача по времени составило менее 30 минут у 44,1% опрошенных, от 30 минут до 1 часа — у 43,8% опрошенных, более одного часа — у 12% опрошенных.

Средние затраты времени на запись на прием к врачу у инвалидов составили 17,69 минут, на ожидание приема или осмотра врача — 38,35 минут.

Опрошенными были отмечены случаи неполучения медицинской помощи. Для всех групп, опрошенных, вне зависимости от наличия инвалидности, возраста и места проживания, главными причинами были названы: «не было нужного специалиста» — 30,9%, «необходимое лечение предлагалось на платной основе» — 24,3%.

По результатам исследования выявлено, что инвалиды в 3 раза чаще вызывают скорую медицинскую помощь (32%), чем все население (9,3%). Чаще такая помощь требуется инвалидам старше трудоспособного возраста — 38,7%, чем инвалидам в возрасте 15–29 лет (13,3%). По частоте вызовов две трети опрошенных инвалидов отметили, что вызывают скорую медицинскую помощь нечасто — «один или несколько раз в год» — 76%. Время вызова скорой помощи составляет 20 минут и менее — 63,2%, вне зависимости от возраста и наличия инвалидности. Данный показатель в сельской местности — 56,1%. Средние затраты времени на ожидание скорой медицинской помощи для инвалидов — 24,23 минуты, для всего остального населения — 24,91 минуты, что говорит о равном доступе к услугам скорой медицинской помощи.

Стационарная медицинская помощь для трети инвалидов (30,2%) имеет место быть в ситуации, когда инвалиды имели до этого факт госпитализации. Для сравнения — все остальные респонденты отмечают такую же ситуацию в 7,7% случаев. Количество случаев госпитализации в 2016 году составило: «1 раз» — 64,1%, «2 раза» — 26%. Для сравнения — все остальное население отмечает факты повторной госпитализации реже. Для них количество случаев госпитализации в 2016 году составило: «1 раз» — 75,2%, «2 раза» — 18,6%.

Количество дней пребывания в стационарных учреждениях для инвалидов преимущественно «от 1 до 14 дней» — 52,6%, «от 15 до 21 дня» — 23,5%, «свыше 21 дня» — 23,9%. У всего остального населения количество дней пребывания совпадает с таковым у инвалидов. Это подтверждает среднее количество дней госпитализации у инвалидов — 19,1 дня — и у всего населения — 16,1 дня.

Анализ результатов комплексного наблюдения условий жизни населения показал, что большинство инвалидов в возрасте 15 лет и более (60,5%) не выезжали на **санаторно-курортное лечение**, из них немного меньше таких респондентов среди проживающих в городской местности (56,4%) и лиц старше трудоспособного возраста (54,5%). Из числа опрошенных инвалидов в возрасте 15 лет и более в сельской местности не выезжали на санаторно-курортное лечение 70,9% опрошенных. Для сравнения — из числа всех респондентов в возрасте 15 лет и более не выезжали на санаторно-курортное лечение 79,9% опрошенных. Треть инвалидов отметили, что были на санаторно-курортном лечении (29,9%), немного выше такой показатель у инвалидов старше трудоспособного возраста — 34,8%. Те инвалиды, кто был на санаторно-курортном лечении, отмечали, что посещали его в последний раз более 5 лет назад — 18,9%, от 2 до 5 лет назад — 8,8%.

Результаты комплексного наблюдения условий жизни населения показали, что случаи необращения инвалидов в возрасте старше 15 лет в медицинские организации при наличии потребности в медицинской помощи составили 40,9%. Чаще всего такие случаи отмечают инвалиды старше трудоспособного возраста (43,7%). Для сравнения — среди всего населения такой показатель составил 33%. Случаи необращения за медицинской помощью отмечены эпизодическими для трети инвалидов, вне зависимости от возрас-

та и места проживания. Регулярно не обращается за медицинской помощью каждый десятый инвалид (10,4%).

Причинами необращения за медицинской помощью в медицинские организации при наличии такой потребности, как среди инвалидов, так и среди всего населения, схожи. Главная из них — лечение самостоятельно (41,1% среди инвалидов, и всего населения — 52,9%). Другие причины среди инвалидов — не рассчитывают на эффективное лечение 26,3%, не удовлетворяет работа медорганизации 27,6%. Также опрошенные инвалиды отметили, что необходимое лечение, по их мнению, можно получить только на платной основе — 17,4%, не могут добраться до медорганизации без посторонней помощи — 15,6%, было тяжело добраться до медорганизации — 14,0%. Проблема отсутствия возможности добраться до медорганизации в большей степени значима для инвалидов, чем для всего населения.

**Заключение.** Анализ материалов государственного статистического наблюдения показал, что инвалиды имеют устойчивую потребность и необходимость в услугах в сфере здравоохранения. При этом сталкиваются с тем же перечнем проблем, что и другие группы населения — очереди, предложение пройти платное лечение. Отдельные трудности инвалидов связаны с доступностью объектов (тяжело добраться до медицинской организации, отсутствие выездов на санаторно-курортное лечение, особенно в сельской местности, то есть **ближе к местам непосредственного проживания**). Однако существуют отдельные проблемы отсутствия необходимых данных, позволяющих учитывать гендерную специфику и уровень **бесплатных** или недорогих услуг и программ по охране здоровья.

## ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЛИДОВ В МЕРОПРИЯТИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА)

М.В. Горяйнова, И.В. Горяйнов

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт  
усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда и соцзащиты  
России, Санкт-Петербург, Россия  
ФКУ «Главное бюро по медико-социальной экспертизе по Санкт-  
Петербургу» Минтруда и соцзащиты России,  
Санкт-Петербург, Россия*

Важным направлением реабилитации инвалидов является осуществление мероприятий по профессиональной реабилитации, которые включают в себя профориентацию, профессиональное образование, профессионально-производственную адаптацию и рациональное трудоустройство.

Проведен анализ индивидуальной программы реабилитации и/или абилитации инвалидов (ИПРА), разработанной гражданам Санкт-Петербурга, признанным инвалидами, за период с 2015 г. по 2019 г. (табл. 1).

Таблица 1

**Показатели потребности инвалидов  
в профессиональной реабилитации в Санкт-Петербурге за 2015–2019 гг. (абс., %)**

Год	Всего разработано ИПРА		Потребность в профессиональной реабилитации в целом		Потребность в профессиональной реабилитации инвалидов					
					I группы		II группы		III группы	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2015	70808	100,0	45441	64,0	561	1,2	21950	48,3	22930	50,5
2016	63650	100,0	38173	60,0	341	0,9	18582	48,7	19250	50,4
2017	63606	100,0	40748	64,0	966	2,4	19881	48,8	19901	48,8
2018	60007	100,0	40376	67,3	1376	3,4	19236	47,6	19764	49,0
2019	51610	100,0	36964	71,6	2475	6,7	15222	41,2	19267	52,1
Средн.	61936	100,0	40340	65,4	1143	2,9	18974	46,9	18974	50,2

Выявлено, что в Санкт-Петербурге потребности инвалидов в профессиональной реабилитации выявляются в среднем у 65,4% инвалидов. Отмечается увеличение роста выявленных потребностей с 64,0% в 2015 г. до 71,6% в 2019 г.

Установлено, что потребность в мероприятиях профессиональной реабилитации за данный период у инвалидов I группы составила 2,9%, инвалидов II группы — 46,9%, III группы — 50,2%.

Отмечено, что в 95,2% из всех мероприятий профессиональной реабилитации инвалидов определялась нуждаемость в их трудовом устройстве. Показатель нуждаемости инвалидов в профессиональной ориентации за пятилетний период в Санкт-Петербурге в среднем составлял всего 54,0% (табл. 2).

Таблица 2

**Показатели потребности инвалидов в трудоустройстве и профессиональной ориентации за 2015–2019 гг. (абс., %)**

Год	Потребность в профессиональной реабилитации		В том числе			
			в трудоустройстве		в профориентации	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2015	45441	100,0	45441	100	24980	54,9
2016	38173	100,0	37978	99,5	26266	69,0
2017	40748	100,0	38475	94,4	23923	58,7
2018	40376	100,0	36501	90,4	20325	50,3
2019	36964	100,0	34176	92,5	13189	35,7
Средн.	40340	-	38514	95,2	21736	54,0

Было установлено, что в среднем за пять лет только 3,2% инвалидов нуждались в трудоустройстве с созданием специального рабочего места (таб.3). При этом отмечен высокий показатель выявленной потребности в 2015 г — 12%, который примерно в 8 раз превышает средний показатель.

Безусловно, это связано с изменением законодательной базы, так Федеральным законом от 02.07.2013 г. № 168-ФЗ «О внесении изменений в статьи 4 и 22 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»: были внесены изменения по следующим направлениям: 1) определение основных требований к оснащению (оборудованию) специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов с учетом нарушенных функций

и ограничений их жизнедеятельности; 2) специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов оснащаются (оборудуются) работодателями с учетом нарушенных функций инвалидов и ограничений их жизнедеятельности в соответствии с основными требованиями к такому оснащению (оборудованию) указанных рабочих мест, определенными федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда и социальной защиты населения.

Также и Федеральным законом Российской Федерации от 19.04.1991 г. № 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации» (в ред. от 23.02.2013 года) и Федеральным законом от 23.02.2013 г. № 11-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросу квотирования рабочих мест для инвалидов» были внесены дополнения: создавать или выделять рабочие места для трудоустройства инвалидов и принимать локальные нормативные акты, содержащие сведения о данных рабочих местах.

В 2013–2015 гг. в Санкт-Петербурге реализовывалась программа «Создание доступной среды жизнедеятельности для инвалидов в Санкт-Петербурге», утвержденная распоряжением Правительства Санкт-Петербурга от 23.07.2013 г. № 52-рп. Целью программы являлось формирование к началу 2016 г. в Санкт-Петербурге условий для беспрепятственного доступа к приоритетным объектам социальной инфраструктуры и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов, включая трудоустройство и занятость. В связи с этим, нами проанализированы показатели потребности трудоустройства инвалидов в Санкт-Петербурге с созданием специального рабочего места (таб. 3).

Изучение потребности в трудоустройстве инвалидов с учетом группы инвалидности показало, что потребность в трудоустройстве у инвалидов III группы составляет в среднем 25,8%, у инвалидов II группы 23,3%, у инвалидов I группы 1,2% (таб. 4).

**Показатели потребности трудоустройства инвалидов  
с созданием специального рабочего места  
в Санкт-Петербурге за 2015–2019 гг. (абс., %)**

Год	Потребность в мерах профессиональной реабилитации инвалидов, в том числе			
	в трудоустройстве		с созданием специального рабочего места	
	абс.	%	абс.	%
2015	45441	100	5809	12,8
2016	37978	100	100	0,26
2017	38475	100	117	0,3
2018	36501	100	507	1,4
2019	34176	100	530	1,5
Средн.	38514	-	1412	3,2

Таблица 4

**Показатели потребности трудоустройства инвалидов  
с учетом группы инвалидности в Санкт-Петербурге за 2015–2019 гг. (абс., %)**

Год	Всего разработано ИПРА		Потребность в трудоустройстве					
			I группы		II группы		III группы	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2015	70808	100,0	82	0,1	1029	1,5	1755	2,5
2016	63650	100,0	322	0,5	18494	29,1	19162	30,1
2017	63606	100,0	421	0,7	18845	29,6	19209	30,2
2018	60007	100,0	561	0,9	17403	29,0	18537	30,9
2019	51610	100,0	1847	3,6	14071	27,3	18258	35,4
Средн.	61936	-	646	1,2	13968	23,3	15384	25,8

Таким образом, анализ ИПРА за пять лет показал, что потребность у инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации высокая и в среднем составляет 65,4%, преимущественно выше у инвалидов III группы — 50,2%.

Показатель нуждаемости в мероприятиях профессиональной ориентации составляет 54,0%, потребность в трудоустройстве — 95,2%, в том числе при создании специального рабочего места — 3,2%. Обращает внимание низкая потребность в трудоустройстве у инвалидов I группы — 1,2%.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ  
СИСТЕМЫ С ЦЕЛЬЮ УЧЕТА ПОТРЕБНОСТЕЙ  
В ФИЗИЧЕСКОЙ И ИНФОРМАЦИОННОЙ ДОСТУПНОСТИ  
ЭКСПЕРТНЫХ, РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ И СИТУАЦИОННЫХ  
УСЛУГ ИНВАЛИДОВ**

И.Р. Мясников

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт  
усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда и соцзащиты  
России, Санкт-Петербург, Россия*

В настоящее время специалисты бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) работают с использованием специализированного программного продукта — ЕАВИИАС (Единая автоматизированная вертикально интегрированная информационно аналитическая система). ЕАВИИАС МСЭ является типовой информационной системой, эксплуатируемой во всех федеральных учреждениях МСЭ для обеспечения электронного документооборота при проведении медико-социальной экспертизы, ведении учетно-отчетных форм по проведению МСЭ.

До 2012 года в учреждениях МСЭ не существовало единого унифицированного программного решения, позволяющего фиксировать необходимую информацию о результатах предоставления государственной услуги по медико-социальной экспертизе. В отдельных субъектах Российской Федерации использовались программные решения собственной или заказной разработки. Во многих учреждениях работа велась без использования средств автоматизации, документы-результаты заполнялись врачами от руки.

Согласно ст. 5.1 «Федеральный реестр инвалидов» Федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ с 01.01.2016 г. создан Федеральный реестр инвалидов, который является федеральной государственной информационной системой и ведется в целях учета сведений об инвалидах, в том числе о детях-инвалидах, включая сведения о группе инвалидности, об ограничениях жизнедеятельности, о нарушенных функциях организма и степени утраты профессиональной трудоспособности инвалида, о проводимых реабилитационных или абилитационных мероприятиях, производимых инвалиду денежных выплатах

и об иных мерах социальной защиты, а также в целях использования содержащихся в нем сведений, необходимых для предоставления государственных и муниципальных услуг, и в иных случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

Цели создания и внедрения системы: автоматизация функций учета, управления, сбора, обработки и передачи информации об освидетельствованиях на всех уровнях проведения медико-социальной экспертизы.

Задачи информационного обеспечения реабилитации инвалидов:

1) передача сведений в электронной форме из ЕАВИИАС МСЭ во ФГИС ФРИ (Федеральный реестр инвалидов);

2) совершенствование системы учета структуры, динамики и категорий инвалидности на основе использования и совершенствования Единой вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы МСЭ и учетно-отчетных форм статотчетности;

3) создание физической и информационной доступности экспертных, реабилитационных и ситуационных услуг (сокращение пути инвалида);

4) совершенствование межведомственного взаимодействия с использованием портала Госуслуг;

5) анализ проведенных мероприятий по реализации ИПРА/ПРП;

Система включает следующие функциональные блоки:

– блок предварительной записи (регистрации) на медико-социальную экспертизу;

– блок поддержки процессов проведения освидетельствования, в том числе формирования индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида), программы реабилитации пострадавшего и контроля их выполнения;

– блок поддержки внутреннего делопроизводства бюро медико-социальной экспертизы;

– блок информационного взаимодействия со смежными информационными системами;

– блок подготовки статистической и аналитической отчетности;

– блок ведения нормативно-справочной информации;

– блок администрирования;

– блок обеспечения информационной безопасности системы.

В программе имеются разделы, в том числе о социально-бытовых условиях и профессионально-трудовых навыках гражданина: образование; начало и конец трудовой деятельности, по каким профессиям работал; по какой профессии гражданин работает в настоящее время (если работает); название организации (учреждения), в которой работает гражданин; адрес места работы; телефон места работы (заполнение данного пункта — часто вызывает затруднения, так как на память больные его обычно не помнят, а в производственной характеристике — он не указывается); особенности выполняемой работы; способ перемещения от места жительства к месту работы (общественный транспорт, личный автомобиль, транспорт предприятия, пешком); продолжительность пребывания на больничном листе (за последние 12 мес.).

Имеется раздел жалоб и рекомендации по их правильной трактовке.

Важно, что в программе имеется возможность отслеживать динамику заболевания: уточняются сведения по течению заболевания (и его лечению) за период, истекший с прошлого освидетельствования в бюро МСЭ (обычно за 1 год, если речь идет о 2-й и 3-й группах инвалидности или за 2 года, если речь идет об инвалидах 1-й группы).

Есть разделы по результатам объективного осмотра гражданина.

Завершающий раздел программы — разработка ИПРА (ПРП). В этом разделе уточняется нуждаемость в обеспечении техническими средствами реабилитации (ТСР) и в других реабилитационных мероприятиях.

Мероприятия, рекомендованные специалистами МСЭ, должны быть выгружены на витрину органов исполнительной власти (ОИВ). Это позволяет эффективно организовать обмен данными между органами исполнительной власти и учреждениями МСЭ для исполнения требований ФЗ от 01.12.2014 г. № 419-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Основные задачи базы данных «Витрина»:

- загружать ИПРА в локальную базу данных «Витрина»;
- производить назначения ИПРА исполнителям;
- контролировать сроки исполнения ИПРА;
- загружать отчеты по исполнению мероприятий ИПРА в федеральную базу,

– формировать отчеты; вести справочники, индивидуальные для каждой сферы деятельности ОИВ (здравоохранение, социальная защита, образование, занятость, физкультура и спорт).

На сегодняшний день ЕАВИИАС МСЭ установлена более чем на 5000 рабочих местах специалистов федеральных учреждений медико-социальной экспертизы во всех субъектах Российской Федерации.

Ежегодно в системе фиксируются сведения по 3,5 миллионам проведенных освидетельствований граждан.

ЕАВИИАС МСЭ является единственным источником первичной информации для расчета данных по формам государственного статистического наблюдения «7-собес» деятельности учреждений МСЭ.

Подписано в печать 21.12.2020. Усл. печ. л. 15,5.  
Формат 60×84 1/16. Тираж 500 экз. (первый завод – 50 экз.). Заказ № 199/20.  
197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, 6-8.  
Редакционно-издательский центр ПСПбГМУ