

ISSN 2658-4212
eISSN 2658-4220



MEDICINE AND HEALTH CARE ORGANIZATION

2023, VOLUME 8, N 3

2023, ТОМ 8, № 3

МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

MEDICINE AND HEALTH CARE ORGANIZATION

2023, VOLUME 8, N 3

SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL FOR DOCTORS

Рецензируемый
научно-практический журнал
MEDICINE AND HEALTH
CARE ORGANIZATION
МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Основан в 2016 году
в Санкт-Петербурге

ISSN 2658-4212 eISSN 2658-4220

Выпускается 4 раза в год

Журнал реферируется РЖ ВИНТИ

Журнал входит в Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (Распоряжение № 427-р от 9.12.2020).

Издатели, учредители:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России (адрес: 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2) Фонд НОИ «Здоровые дети — будущее страны» (адрес: 197371, Санкт-Петербург, ул. Парашютная, д. 31, к. 2, кв. 53).

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (РОСКОМНАДЗОР)

ПИ № ФС77-74238 от 02 ноября 2018 г.

Проект-макет: Титова Л.А.

Электронная версия — <http://elibrary.ru>

Титова Л.А. (выпускающий редактор)

Варламова И.Н. (верстка)

Адрес редакции: Литовская ул., 2,
Санкт-Петербург, 194100;
тел./факс: (812) 295-31-55;
e-mail: medorgspb@yandex.ru

Статьи просьба направлять по адресу:
medorgspb@yandex.ru

Address for correspondence:

2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia.
Tel/Fax: +7 (812) 295-31-55.

E-mail: medorgspb@yandex.ru.

Формат 60 × 90/8. Усл.-печ. л. 16.

Тираж 100 экз. Распространяется бесплатно.

Оригинал-макет изготовлен

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Отпечатано ФГБОУ ВО СПбГПМУ

Минздрава России.

Литовская ул., 2, Санкт-Петербург, 194100.

Заказ 138. Дата выхода 14.11.2023.

В оформлении обложки использован фрагмент репродукции картины Ж. Шикто «Интубация» (1904).

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции.

Ссылка на журнал «Медицина и организация здравоохранения / Medicine and health care organization» обязательна.

Редакционная коллегия: Editorial Board:

Главный редактор Head Editor

З.д.н., д.м.н., проф. **В.И. Орел** V.I. Orel, Prof., MD, PhD

Заместитель главного редактора Head Editor-in-Chief

З.д.н., д.м.н., проф. **В.К. Юрьев** V.K. Yur'ev, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **Г.Л. Микиртичан** G.L. Mikirtichan, Prof., MD, PhD

Технический редактор Technical Editor

К.и.н., доц. **Л.Н. Лисенкова** L.N. Lisenkova, PhD in History

Члены редколлегии Members of the Editorial Board

Академик РАН, д.м.н., проф. **С.Ф. Багненко** Academician of the RAS, Prof., MD, PhD

С.Ф. Багненко S.F. Bagnenko

Академик РАН, д.м.н., проф. **И.К. Романович** Academician of the RAS, Prof., MD, PhD

Академик РАН, д.м.н., проф. **Н.В. Полунина** Academician of the RAS, Prof., MD, PhD (Moscow)

Н.В. Полунина (Москва) A.P. Shcherbo, Corresponding Member of the

Член-корр. РАН, д.м.н., проф. **А.П. Щербо** RAS, Prof., MD, PhD

А.П. Щербо Yu.S. Aleksandrovich, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **Ю.С. Александрович** Prof., MD, PhD (Moscow)

З.д.н., д.м.н., проф. **В.Ю. Альбицкий** (Москва) V.Yu. Al'bitskiy, Prof., MD, PhD (Moscow)

Д.м.н., проф. **В.С. Василенко** V.S. Vasilenko, Prof., MD, PhD

З.д.н., д.м.н., проф. **Н.И. Вишняков** N.I. Vishnyakov, Prof., MD, PhD

Д.и.н., проф. **И.В. Зимин** I.V. Zimin, Prof., PhD in History

Д.м.н., проф. **А.Г. Кучер** A.G. Kucher, Prof., MD, PhD

З.д.н., д.м.н., проф. **В.С. Лучкевич** V.S. Luchkevich, Prof., MD, PhD

К.ф.н., доц. **И.И. Могилова** I.I. Mogileva, Associate Prof., PhD

Д.м.н., проф. **Р.А. Насыров** R.A. Nasyrov, Prof., MD, PhD

Д.м.н., доц. **П.В. Павлов** P.V. Pavlov, Prof., MD, PhD

К.м.н., доц. **Ю.В. Петренко** Yu.V. Petrenko, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **А.Н. Редько** (Краснодар) A.N. Red'ko, Prof., MD, PhD (Krasnodar)

Д.м.н., проф. **А.Г. Сердюков** (Астрахань) A.G. Serdyukov, Prof., MD, PhD (Astrakhan)

Д.м.н., проф. **Г.Н. Чумакова** (Архангельск) G.N. Chumakova, Prof., MD, PhD (Arkhangelsk)

Редакционный совет: Editorial Council:

Д.п.н., проф. **В.А. Аверин** V.A. Averin, Prof., PhD

Д.м.н. **В.М. Болотских** V.M. Bolotskiy, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **В.В. Бржеский** V.V. Brzesskiy, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **А.А. Будко** A.A. Budko, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **Жозеф Гласа** (Словакия) Jozef Glasa, Prof., MD, PhD (Slovak Republic)

Д.м.н., проф. **В.И. Гузева** V.I. Guzeva, Prof., MD, PhD

Д.м.н., доцент **С.В. Гречаный** S.V. Grechaniy, MD, PhD

Д.и.н., проф. **Н.Т. Ерегина** (Ярославль) N.T. Eregina, Prof., PhD in History (Yaroslavl)

К.м.н., доц. **Марк Зильберман** (США) M. Zilberman, Prof., MD, PhD (USA)

Д.м.н., проф. **А.А. Имамов** (Казань) A.A. Imamov, Prof., MD, PhD (Kazan)

Д.м.н., проф. **А.В. Ким** A.V. Kim, MD, PhD

Д.м.н., проф. **Л.В. Кочорова** L.V. Kochorova, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **О.И. Кубарь** O.I. Kubar', MD, PhD

Д.м.н., доц. **Гордана Пелчич** (Хорватия) Gordana Pelcic, Prof., MD, PhD (Croatia)

Д.м.н., проф. **К.В. Павелец** K.V. Pavelets, Prof., MD, PhD

К.м.н., доцент **В.Г. Пузырев** V.G. Puzyrev, MD, PhD., Associate Prof.

К.м.н., доц. **В.А. Резник** V.A. Reznik, MD, PhD

Д.м.н., проф. **Роберт Реннебом** (США) Robert Rennebohm, Prof., MD, PhD (USA)

Д.м.н., проф. **В.М. Серeda** V.M. Sereda, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **Г.А. Суслова** G.A. Suslova, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **В.Ю. Тегза** V.Yu. Tegza, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **В.Н. Тимченко** V.N. Timchenko, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. **С.Б. Чолоян** (Оренбург) S.B. Choloyan, Prof., MD, PhD (Orenburg)

Д.м.н., проф. **Ф. Штегер** (Германия) F. Steger, Prof., MD, PhD (Germany)

Д.м.н., проф. **Е.В. Эсауленко** E.V. Esaulenko, Prof., MD, PhD

2023, ТОМ 8, № 3

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

<i>Д.О. Иванов, К.Е. Моисеева, М.Ю. Комиссарова, В.В. Данилова, А.В. Алексеева, В.Г. Пузырев</i>	
Оценка динамики госпитализированной заболеваемости детей первого года жизни	4
<i>В.Т. Корхматов, В.И. Перхов</i>	
Уроки пандемии COVID-19 для проектного управления в здравоохранении	13
<i>М.Н. Салова, Е.В. Шеманаева, Л.А. Жданова, И.Е. Бобoshko</i>	
Подходы к оптимизации работы детской поликлиники в условиях пандемии	26
<i>Г.А. Суслова, Е.В. Соусова, В.В. Тулегенов, Т.А. Алиева</i>	
Опыт исследования социально-психологической готовности студентов первого курса к обучению в медицинском университете.....	35
<i>Н.И. Вишняков, К.И. Шапиро, Л.В. Кочорова, К.С. Ключовкин, М.В. Окулов</i>	
Мнение студентов о качестве преподавания дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение».....	46
<i>А.П. Бизюк, А.Ю. Авилов, С.В. Сапелкин</i>	
Половая идентичность и сексуальное поведение в структуре психической патологии при шизофрении и расстройствах интеллектуального развития	54

ГИГИЕНА

<i>Н.В. Власова, Е.Р. Абдрахманова, Л.М. Масыгутова, Л.М. Карамова, Л.А. Рафикова, А.Р. Музафарова, Н.В. Бояринова</i>	
Влияние условий труда на состояние здоровья и лабораторные показатели работников при выполнении сварочных работ.....	70

ORIGINAL PAPERS

<i>D.O. Ivanov, K.E. Moiseeva, M.Yu. Komissarova, V.V. Danilova, A.V. Alekseeva, V.G. Puzrev</i>	
Assessment of the dynamics of hospitalized morbidity children in the first year of life	4
<i>V.T. Korkhmazov, V.I. Perkhov</i>	
COVID-19 pandemic conclusions relevant for project management in health care	13
<i>M.N. Salova, E.V. Shemanaeva, L.A. Zhdanova, I.E. Boboshko</i>	
Approaches to optimizing the work of a children's polyclinic in the context of pandemic	26
<i>G.A. Suslova, E.V. Sousova, V.V. Tulegenov, T.A. Alieva</i>	
The experience of investigation of the socio- psychological readiness of first-year students to study at a medical university.....	35
<i>N.I. Vishnyakov, K.I. Shapiro, L.V. Kochorova, K.S. Klyukovkin, M.V. Okulov</i>	
Students' opinion on the quality of teaching the subject «Public health and healthcare»	46
<i>A.P. Biziuk, A.Yu. Avilov, S.V. Sapelkin</i>	
Gender identity and sexual behavior in the structure of mental pathology in cases of schizophrenia and mental development disorders	54

HYGIENE

<i>N.V. Vlasova, E.R. Abdrakhmanova, L.M. Masyagutova, L.M. Karamova, L.A. Rafikova, A.R. Muzafarova, N.V. Boyarinova</i>	
Influence of working conditions on the state of health and laboratory indicators of employees when performing welding works.....	70

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

*Г.Л. Микиртичан, Т.В. Каурова,
П.А. Аверченко*

Заболелания кожи в контексте суеверных
представлений в русской народно-бытовой
медицине 79

*Г.Л. Микиртичан, А.З. Ликтшангоф,
Л.Н. Лисенкова, В.И. Макеева,
П.А. Жикорентсева, В.Н. Южанинов*

Архитектура больниц Санкт-Петербурга:
от петровского барокко к хай-теку.
Часть I. Петровское барокко 89

В.А. Бондарь, К.А. Пашков

К истории отечественной стоматологии:
Вторая московская зубо врачебная клиника 102

ОБЗОР

*К.Е. Моисеева, В.А. Глущенко,
А.В. Алексеева, Ш.Д. Харбедия,
Е.Н. Березкина, А.В. Яковлев,
М.И. Леваднева, О.И. Сергиенко,
А.А. Заступова, М.Г. Хведелидзе,
О.В. Симонова, А.А. Гажева*

Организация медицинской помощи
новорожденным в условиях перинатального
центра: состояние, преимущества и проблемы 112

ИНФОРМАЦИЯ

Правила для авторов 124

HISTORY OF MEDICINE

*G.L. Mikirtichan, T.V. Kaurova,
P.A. Averchenko*

Skin diseases in the context
of superstitious ideas in Russian
folk medicine 79

*G.L. Mikirtichan, A.Z. Likhtshangof,
L.N. Lisenkova, V.I. Makeeva,
P.A. Zhikorentseva, V.N. Yuzhaninov*

Architecture of hospitals in St. Petersburg:
from petrovsky baroque to hi-tech.
Part I. Peter's baroque 89

V.A. Bondar', K.A. Pashkov

To the history of domestic dentistry:
the second Moscow dental clinic 102

REVIEWS

*K.E. Moiseeva, V.A. Glushchenko,
A.V. Alekseeva, Sh.D. Harbedia,
E.N. Berezkina, A.V. Yakovlev,
M.I. Levadneva, O.I. Sergienko,
A.A. Zastupova, M.G. Khvedelidze,
O.V. Simonova, A.A. Gazheva*

Organization of medical assistance to newborn
in the conditions of the perinatal center:
state, advantages and problems 112

INFORMATION

Rules for authors 124

УДК 614.2

DOI: 10.56871/MHCO.2023.94.31.001

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

© Дмитрий Олегович Иванов, Карина Евгеньевна Моисеева,
Марина Юрьевна Комиссарова, Виктория Валерьевна Данилова,
Анна Владимировна Алексеева, Виктор Геннадьевич Пузырев

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Контактная информация: Карина Евгеньевна Моисеева — д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: karina-moiseeva@yandex.ru ORCID ID: 0000-0002-3476-5971 SPIN: 9105-6669

Для цитирования: Иванов Д.О., Моисеева К.Е., Комиссарова М.Ю., Данилова В.В., Алексеева А.В., Пузырев В.Г. Оценка динамики госпитализированной заболеваемости детей первого года жизни // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 3. С. 4–12. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.94.31.001>

Поступила: 15.05.2023

Одобрена: 20.06.2023

Принята к печати: 04.09.2023

РЕЗЮМЕ. Для анализа данных госпитализированной заболеваемости детей первого года жизни была проведена оценка показателей частоты госпитализации и средней длительности пребывания больного на койке в зависимости от типа госпитализации, профиля коек и класса болезней по МКБ-10 в динамике за три года. Для анализа данных были использованы сведения, полученные из медицинской информационной системы «Ариадна», путем выборки 3371 ребенка. Критерии включения: постоянное проживание в г. Санкт-Петербурге, госпитализация на первом году жизни в 2020–2022 гг. Установлено, что наиболее высокая частота экстренных госпитализаций наблюдалась в год начала пандемии COVID-19. Пациенты первого года жизни, поступившие экстренно, находились в стационаре менее длительно, чем плановые больные. Наиболее часто пациенты госпитализировались на офтальмологические койки, койки педиатрических и хирургических профилей, на долю которых в исследуемый период приходилось 2/3 всех госпитализаций в детский многопрофильный стационар. Наиболее длительно дети находились на прочих койках, среди которых наибольший вклад внесли реанимационные койки для новорожденных. Высокие показатели средней длительности пребывания прослеживались на психоневрологических, педиатрических и хирургических койках. На первом месте по частоте госпитализаций в стационар были дети с врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями, на втором и третьем местах — с болезнями кожи и подкожной клетчатки и болезнями органов дыхания, которые в течение изучаемого временного интервала росли. Самый низкий показатель частоты госпитализаций и средней длительности пребывания в реанимации наблюдался в год строгих карантинных ограничений, что было связано с преобладанием пациентов из акушерского стационара перинатального центра и экстренно поступивших детей при общем снижении потока больных из медицинских организаций мегаполиса. Таким образом, на показатели госпитализированной заболеваемости оказывали существенное влияние пандемия COVID-19, наличие перинатального центра в структуре детского многопрофильного стационара и выполнение детской больницей функций медицинской организации третьего уровня.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дети первого года жизни; детский многопрофильный стационар; частота госпитализаций; средняя длительность пребывания больного на койке; мегаполис.

ASSESSMENT OF THE DYNAMICS OF HOSPITALIZED MORBIDITY CHILDREN IN THE FIRST YEAR OF LIFE

© Dmitry O. Ivanov, Karina E. Moiseeva, Marina Yu. Komissarova,
Victoria V. Danilova, Anna V. Alekseeva, Viktor G. Puzyrev

Saint Petersburg State Pediatric Medical University. Lithuania 2, Saint Petersburg, Russian Federation, 194100

Contact information: Karina E. Moiseeva — PhD (Medicine), Professor of the Department of Public Health and health care.
E-mail: karina-moiseeva@yandex.ru ORCID ID: 0000-0002-3476-5971 SPIN: 9105-6669

For citation: Ivanov DO, Moiseeva KE, Komissarova MYu, Danilova VV, Alekseeva AV, Puzyrev VG. Assessment of the dynamics of hospitalized morbidity children in the first year of life. Medicine and health care organization (St. Petersburg). 2023;8(3):4-12. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.94.31.001>

Received: 15.05.2023

Revised: 20.06.2023

Accepted: 04.09.2023

ABSTRACT. In order to assess the hospitalized morbidity in children of the first year of life, an assessment of the rates of hospitalization and the average length of stay of a patient in a bed, depending on the type of hospitalization, the profile of beds and the class of diseases according to ICD-10 in dynamics over three years was made. To analyze the data, information obtained from the medical information system “Ariadna” by sampling 3371 children was used. Inclusion criteria: permanent residence in St. Petersburg, hospitalization in the first year of life in 2020–2022. It was found that the highest frequency of emergency hospitalizations was observed in the year of the onset of the COVID-19 pandemic. Patients of the first year of life who were admitted urgently stayed in the hospital for less time than planned patients. Most often, patients were hospitalized in ophthalmic, pediatric and surgical beds, which accounted for 2/3 of all hospitalizations in the children’s multidisciplinary hospital during the study period. The children spent the longest time in other beds, among which the largest contribution was made by resuscitation beds for newborns. High rates of average length of stay were observed in neuropsychiatric, pediatric and surgical beds. Children with congenital anomalies (malformations), deformities and chromosomal abnormalities ranked first in the frequency of admission to the hospital, second and third places — with diseases of the skin and subcutaneous tissue and respiratory diseases, which grew during the studied time interval. The lowest rate of hospitalizations and the average length of stay in intensive care was observed in the year of strict quarantine restrictions, which was associated with the predominance of patients from the obstetric hospital of the perinatal center and emergency children with a general decrease in the flow of patients from medical organizations of the metropolis. Thus, the indicators of hospitalized morbidity were significantly affected by the COVID-19 pandemic, the presence of a perinatal center in the structure of a children’s multidisciplinary hospital, and the children’s hospital performing the functions of a third-level medical organization.

KEY WORDS: children of the first year of life; children’s multidisciplinary hospital; frequency of hospitalizations; average length of stay of a patient in a bed; metropolis.

ВВЕДЕНИЕ

В условиях демографических проблем, когда уровень рождаемости значительно ниже уровня смертности и дальнейшая убыль населения может стать проблемой государственной безопасности, особенно важной становится борьба за жизнь и здоровье каждого вновь родившегося ребенка [2, 3]. Согласно Единому плану по до-

стижению национальных целей развития Российской Федерации, снижение младенческой смертности является ключевым компонентом повышения ожидаемой продолжительности жизни населения [6].

Приоритет охраны здоровья детей — это один из основополагающих принципов отечественного здравоохранения, который гарантирует детям особую защиту [8]. В современных

условиях охрана материнства и детства является приоритетным направлением деятельности системы здравоохранения Российской Федерации [7]. Для повышения показателя детского здоровья на государственном уровне разрабатывается значительное количество программ, среди которых — Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» [9]. В рамках проекта предусмотрено выстраивание соответствующей нормам сегодняшнего дня инфраструктуры организации медицинской помощи детскому населению в детских поликлиниках, детских поликлинических отделениях и строительство (реконструкция) областных, окружных, республиканских и краевых детских больниц. Таким образом, в случае возникновения отклонений в состоянии здоровья в нашей стране детям гарантирован необходимый объем медицинской помощи надлежащего качества и доступности.

Несомненным является тот факт, что первый год жизни — это важнейший этап формирования будущего здоровья человека. В течение первых 12 месяцев происходит стремительное развитие всех органов и систем организма и адаптация ребенка к внешнему миру. Именно поэтому особенно важным является раннее выявление заболеваний и патологических состояний для своевременного оказания ребенку медицинской помощи [5]. Действующая система детского здравоохранения представлена широкой сетью медицинских организаций и в полной мере способна обеспечивать потребности детского населения [11]. Особую роль в системе оказания медицинской помощи детскому населению приобретают больничные учреждения, которые в последние годы в регионах России оснащаются современным оборудованием [1]. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь детям, оказываемая в стационарных условиях детских больниц, является наиболее ресурсоемким сектором детского здравоохранения [10]. При оказании данного вида медицинской помощи активно внедряются в практическое здравоохранение передовые методики и научные разработки [4]. Кроме того, многопрофильные детские стационары обеспечиваются наиболее высококвалифицированными медицинскими кадрами.

Таким образом, учитывая особую значимость первого года жизни ребенка в формировании его будущего здоровья и значение детских больниц в системе оказания специализированной медицинской помощи детскому населению, оценка динамики госпитализирован-

ной заболеваемости детей первого года жизни является актуальной темой для исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить динамику госпитализированной заболеваемости детей первого года жизни в 2020–2022 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Базой настоящего исследования стал многопрофильный детский стационар ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России (СПбГПМУ), относящийся к стационарам третьего уровня. Для анализа данных были использованы сведения, полученные из медицинской информационной системы «Ариадна», путем выборки детей, госпитализация у которых приходилась на первый год жизни в 2020–2022 гг. Критерии включения: госпитализация на первом году жизни в детский многопрофильный стационар СПбГПМУ и постоянное проживание ребенка в г. Санкт-Петербурге. Таким образом, для исследования были отобраны 3371 ребенок, из них: 1124 ребенка в 2020 г., 1119 детей — в 2021 г., 1128 детей — в 2022 г. Средний возраст госпитализированного пациента был $5,35 \pm 0,10$ месяцев, распределение по полу: мальчики — 57,3%, девочки — 42,7%.

Оценка госпитализированной заболеваемости проводилась путем анализа частоты госпитализации и средней длительности пребывания больного на койке в зависимости от типа госпитализации, профиля коек, классов болезней по МКБ-10 и пребывания в реанимации. С этой целью были рассчитаны экстенсивные и интенсивные показатели, средняя арифметическая взвешенная и ее ошибка. Оценка достоверности различий у показателей проводилась при помощи критерия Стьюдента. Различия считали значимыми при $p < 0,05$. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программного обеспечения MS Office 2016 и STATISTICA 10.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенная оценка частоты госпитализации в зависимости от ее типа показала (табл. 1), что если в год начала пандемии COVID-19 на каждую 1000 выбывших детей первого года жизни экстренно госпитализировались 654,80 детей, то, начиная с 2021 г., медицинские организации полностью адаптировались к но-

Таблица 1

Частота госпитализации и средняя длительность пребывания больного на койке
в зависимости от типа госпитализации в 2020–2022 гг. (в ‰ (абс.) и $M \pm m$)

Table 1

The frequency of hospitalization and the average length of stay of a patient in a bed, depending
on the type of hospitalization in 2020–2022 (in ‰ (abs.) and $M \pm m$)

Тип госпи- тализации / Type of hospitalization	2020 год / year		2021 год / year		2022 год / year		Динамика / Dynamics	
	Частота / Frequency	Средняя длитель- ность / Average duration	Частота / Frequency	Средняя длитель- ность / Average duration	Частота / Frequency	Средняя длитель- ность / Average duration	Частота / Frequency	Средняя длитель- ность / Average duration
Экстренная / Emergency	654,80 (736)	5,81 $\pm$ 0,57	467,38 (523)	8,16 $\pm$ 1,17	464,54 (524)	4,71 $\pm$ 0,30	–29,1	–18,9
Плановая / Planned	345,20 (388)	6,86 $\pm$ 0,52	532,62 (596)	8,39 $\pm$ 0,48	535,46 (505)	8,08 $\pm$ 0,56	+35,5	+15,1

* Статистически значимая разница между показателями 2020 и 2022 гг. ($p < 0,05$).

вым условиям и стали преобладать дети, поступившие планово. В 2021 г. уровень плановой госпитализации по сравнению с годом ранее вырос на 28,6%, а в 2022 г. он незначительно снизился — на 0,6%. В целом за три года снижение потока экстренных пациентов составило 29,1%. Оценка средней длительности пребывания больного на койке в зависимости от типа госпитализации выявила, что пациенты, поступившие планово, находились в стационаре более длительно. Наибольшая разница между средними сроками пребывания детей первого года жизни в стационаре наблюдалась в 2022 г., когда она в 2 раза стала превышать сроки экстренной госпитализации ($p < 0,05$). При этом, если длительность плановой госпитализации выросла за период 2020–2022 гг. на 15,1%, то экстренной — снизилась на 18,9%. Несмотря на отмеченную разницу, в 2021 г. средняя длительность пребывания больных на койке, поступивших по экстренной госпитализации, практически сравнялась с плановой.

Наиболее часто пациенты госпитализировались на офтальмологические койки, койки педиатрических и хирургических профилей (табл. 2), на которые приходилось 2/3 всех госпитализаций в детский многопрофильный стационар в 2020–2022 гг. За три года уровень госпитализаций детей на данные койки снижался, наряду с психоневрологическими и прочими койками, что было обусловлено увеличением частоты госпитализаций на койки инфекционного профиля, а также дерматологические и отоларингологические койки. Оценка средней длительности пребывания больных на койке в зависимости от их профиля выявила, что в исследуемый период наибо-

лее длительно дети находились на прочих койках, среди которых наибольший вклад внесли реанимационные койки для новорожденных. В 2020 г. самые высокие показатели средней длительности пребывания больных были на психоневрологических (9,75 $\pm$ 1,75 дня) и педиатрических (9,63 $\pm$ 2,21 дня) койках. Оценка динамики показателей выявила, что по сравнению с 2020 г., в 2022 г. наиболее значительно выросла средняя длительность пребывания на койках педиатрического профиля (+41,2%), на отоларингологических (+34,6%) и офтальмологических (+15,7%). В то же время менее длительно дети стали находиться в стационаре на койках инфекционного (–38,1%) и хирургического (–23,4%) профилей и дерматологических койках (–26,9%).

В ходе исследования были изучены показатели частоты госпитализации и средней длительности пребывания детей первого года жизни на койках в зависимости от класса болезней по МКБ-10 (табл. 3). Установлено, что во все изучаемые годы на первом месте по частоте госпитализаций в стационар были дети с врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями, на втором и третьем местах — с болезнями кожи и подкожной клетчатки и болезнями органов дыхания, которые в течение 2020–2022 гг. росли. Наряду с ними в изучаемый период значительно вырос уровень госпитализации пациентов с отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде (+42,3%) и болезнями кожи и подкожной клетчатки (+22,3%). При этом наиболее выражено снизилась частота госпитализаций детей с болезнями эндокринной системы и болезнями глаза и его придаточного аппарата

Таблица 2

Частота госпитализации и средняя длительность пребывания больного на койке
в зависимости от типа профиля коек в 2020–2022 гг. (в ‰ (абс.) и $M \pm m$)

Table 2

The frequency of hospitalization and the average length of stay of a patient in bed depending
on the type of bed profile in 2020–2022 (in ‰ (abs.) and $M \pm m$)

Профиль коек / Bed profile	2020 год / year		2021 год / year		2022 год / year		Динамика / Dynamics	
	Частота / Frequency	Средняя длитель- ность / Average duration	Частота / Frequency	Средняя длитель- ность / Average duration	Частота / Frequency	Средняя длитель- ность / Average duration	Частота / Frequency	Средняя длитель- ность / Average duration
Педиатрические / Pediatric	205,52 (231)	5,66±1,63	207,33 (232)	10,53±2,50	198,58 (221)	9,63±2,21	–3,4	+41,2
Хирургические / Surgical	243,78 (278)	10,10±4,03	197,51 (78)	15,64±5,97	172,87 (213)	7,74±2,12	–29,1	–23,4
Инфекционные / Infectious	88,97 (100)	10,40±3,80	171,58 (192)	9,69±0,20	153,37 (173)	6,44±1,62	+42,0	–38,1
Психонев- рологические / Psychoneurological	19,58 (22)	8,82±1,62	9,83 (11)	9,10±1,92	6,2 (7)	9,75±1,75	–68,3	+9,5
Дерматоло- гические / Dermatological	51,60 (58)	7,13±0,45*	61,66 (69)	5,58±0,37	85,11 (96)	5,21±0,39*	+39,4	–26,9
Отоларинголо- гические / Otolaryngological	31,14 (35)	2,80±0,52	33,96 (35)	3,42±0,74	46,99 (53)	4,28±0,67	+33,7	+34,6
Офтальмоло- гические / Ophthalmic	245,55 (276)	1,72±0,13	198,39 (222)	2,21±0,19	198,58 (224)	2,04±0,19	–19,1	+15,7
Прочие / Other	110,32 (124)	14,05±6,96	119,75 (134)	19,63±7,13	98,4 (111)	14,20±2,58	–10,8	+1,1

* Статистически значимая разница между показателями 2020 и 2022 гг. ($p < 0,05$).

(в 4,2 раза). Кроме того, наблюдалось уменьшение госпитализаций пациентов с болезнями мочеполовой системы — в 1,4 раза, с болезнями органов пищеварения — в 1,3 раза и болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм, — в 1,7 раза.

Как указывалось ранее, наиболее длительно дети первого года жизни находились в стационаре на реанимационных койках для новорожденных (рис. 2), что обусловлено наличием перинатального центра в структуре детского многопрофильного стационара и госпитализацией, в том числе при медицинской эвакуации, тяжелобольных первого месяца жизни в детскую больницу третьего уровня. Проведенная оценка частоты госпитализаций детей в реанимацию в 2020–2022 гг. выявила, что самое высокое значение показателей наблюдалось в 2021 г., когда уровень госпитализации достиг 66,13 на 1000

госпитализированных детей в возрасте до года (рис. 1). Самый низкий показатель госпитализаций в реанимацию был в год строгих карантинных ограничений, что было связано с преобладанием пациентов из акушерского стационара и со снижением потока больных из медицинских организаций города Санкт-Петербурга. В целом за три года частота госпитализаций в реанимацию снизилась на 16,3%.

Оценка средней длительности пребывания детей на койках в реанимации показала, что в изучаемый временной интервал также прослеживается влияние пандемии на данные показатели. В 2020 г. дети, поступавшие в основном из акушерского стационара перинатального центра, находились на реанимационных койках менее длительно, чем в последующие исследуемые годы ($12,33 \pm 2,32$ дня). В 2021 г., с увеличением госпитализаций тяжелобольных из медицинских организаций мегаполиса

Таблица 3

Частота госпитализации и средняя длительность пребывания больного на койке в зависимости от класса болезней по МКБ-10 в 2020–2022 гг. (в % (абс.) и М±m)

Table 3

The frequency of hospitalization and the average length of stay of a patient in a bed, depending on the class of diseases according to ICD-10 in 2020–2022 (in % (abs.) and M±m)

Класс болезней по МКБ-10 / Class of diseases according to ICD-10	2020 год / year		2021 год / year		2022 год / year		Динамика / Dynamics	
	Частота / Frequency	Средняя длительность / Average duration	Частота / Frequency	Средняя длительность / Average duration	Частота / Frequency	Средняя длительность / Average duration	Частота / Frequency	Средняя длительность / Average duration
I Некоторые инфекционные и паразитарные болезни / Certain infectious and parasitic diseases (A00–B99)	21,35 (24)	5,63±1,19*	17,87 (20)	8,25±1,77	22,16 (25)	11,40±5,32*	+3,7	+50,6
III Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм / Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism (D50–D89)	74,73 (84)	13,33±11,34	44,68 (50)	8,60±1,81	44,33 (50)	16,33±8,31	–40,7	+78,1
IV Болезни эндокринной системы / Endocrine, nutritional and metabolic diseases (E00–E90)	25,80 (29)	6,31±2,53*	10,72 (12)	14,42±2,28	6,21 (7)	11,28±6,65*	–75,9	–15,4
VII Болезни глаза и его придаточного аппарата / Diseases of the eye and adnexa (H00–H59)	99,64 (112)	1,93±0,23*	17,87 (20)	4,55±1,03	23,94 (27)	5,89±0,94*	–76,0	+67,2
X Болезни органов дыхания / Diseases of the respiratory system (J00–J99)	117,44 (132)	6,51±0,64	147,45 (165)	9,05±2,70	122,34 (138)	6,49±0,53	+4,0	–0,3
XI Болезни органов пищеварения / Diseases of the digestive system (K00–K93)	105,87 (119)	4,26±0,83	95,62 (107)	5,07±0,95	79,79 (90)	6,61±1,74	–24,6	+35,6
XII Болезни кожи и подкожной клетчатки / Diseases of the skin and subcutaneous tissue (L00–L99)	97,86 (110)	4,65±0,40	105,45 (118)	4,37±0,29	125,89 (142)	4,01±0,31	+22,3	–13,8
XIV Болезни мочеполовой системы / Diseases of the genitourinary system (N00–N99)	85,41 (96)	10,31±0,83	80,43 (90)	12,74±1,54	62,06 (70)	10,80±0,82	–27,3	+85,5
XVI Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде / Certain conditions originating in the perinatal period (P00–P96)	44,48 (50)	13,72±3,15*	64,34 (72)	10,06±1,18	77,13 (87)	9,69±1,94*	+42,3	–29,3
XVII Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения / Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities (Q00–Q99)	238,43 (268)	6,54±0,78*	292,23 (327)	7,43±0,71	287,23 (324)	4,67±0,35*	+17,0	–28,6
Прочие / Other	6,23 (7)	9,13±2,96	6,26 (7)	13,8±15,66	3,55 (4)	10,13±3,00	–43,0	+9,9

* Статистически значимая разница между показателями 2020 и 2022 гг. (p < 0,05).

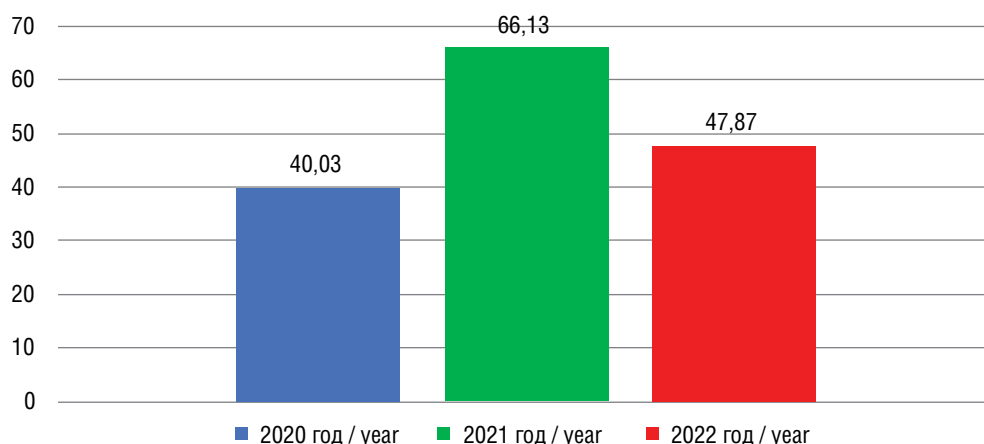


Рис. 1. Частота госпитализаций в реанимацию в 2020–2022 гг. (в ‰)

Fig. 1. The frequency of hospitalizations in intensive care in 2020–2022 (in ‰)

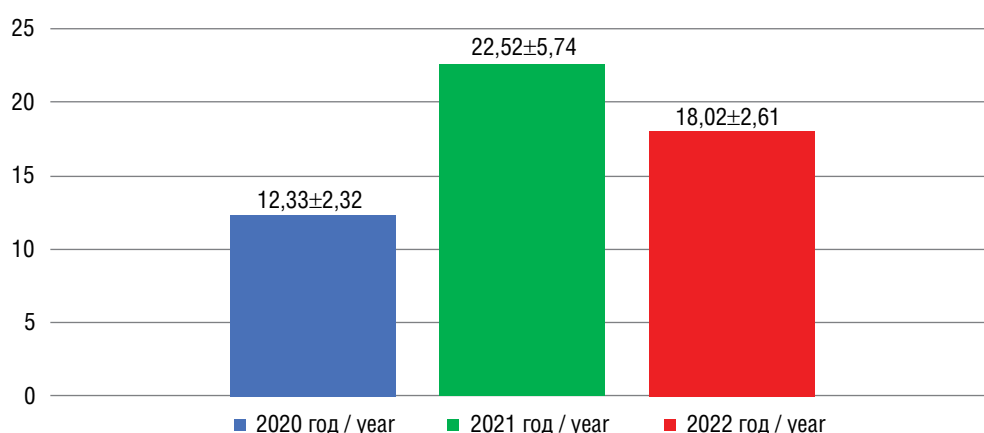


Рис. 2. Средняя длительность пребывания на реанимационных койках в 2020–2022 гг. (в ‰)

Fig. 2. Average length of stay on a bed in intensive care in 2020–2022 (M±m)

и доставленных экстренно в детскую больницу скорой (неотложной) медицинской помощью, среднее время пребывания пациента в возрасте до года в реанимации выросло к уровню 2020 г. на 45,5%, а в 2022 г. — на 31,6%.

Таким образом, проведенная оценка показателей госпитализированной заболеваемости выявила, что на частоту и длительность пребывания детей первого года жизни на больничных койках повлияли пандемия COVID-19, наличие в структуре детского многопрофильного стационара перинатального центра, а также уровень стационара и связанные с этим функциональные особенности медицинской организации.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее высокая частота экстренных госпитализаций наблюдалась в год начала пандемии COVID-19. Начиная с 2021 г. стала преоб-

ладать плановая госпитализация, и в целом за три года снижение потока экстренных пациентов составило 29,1%. Пациенты, поступившие планово, находились в стационаре более длительно, чем госпитализированные по экстренным показаниям. Средняя длительность плановой госпитализации за период 2020–2022 гг. выросла на 15,1%, а экстренной — снизилась на 18,9%.

2. Наиболее часто пациенты госпитализировались на офтальмологические койки, койки педиатрических и хирургических профилей, на долю которых в исследуемый период приходилось 2/3 всех госпитализаций в детский многопрофильный стационар. За три года уровень госпитализаций детей на данные койки снижался, что было обусловлено значительным увеличением частоты госпитализаций на инфекционные, дерматологические и отоларингологические койки. Наиболее длительно дети

находились на прочих койках, среди которых наибольший вклад внесли реанимационные койки для новорожденных. Высокие показатели средней длительности также прослеживались на психоневрологических, педиатрических и хирургических койках. За три года значительно выросла средняя длительность пребывания на педиатрических, отоларингологических и офтальмологических койках, а снизилась — на инфекционных, хирургических и дерматологических койках.

3. На первом месте по частоте госпитализаций в стационар были дети с врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями, на втором и третьем местах — с болезнями кожи и подкожной клетчатки и болезнями органов дыхания, которые в течение изучаемого временного интервала росли. При этом в 4,2 раза снизилась частота госпитализаций детей с болезнями эндокринной системы и болезнями глаза и его придаточного аппарата.

4. Самый низкий показатель частоты госпитализаций и средней длительности пребывания в реанимации наблюдался в год строгих карантинных ограничений, что было связано с преобладанием пациентов из акушерского стационара перинатального центра и экстренно поступивших детей при общем снижении потока больных из медицинских организаций Санкт-Петербурга. За три года частота госпитализаций и средняя длительность пребывания в реанимации снизилась на 16,3 и 31,6% соответственно.

Таким образом, проведенное исследование показателей госпитализированной заболеваемости показало влияние на них пандемии COVID-19, наличия перинатального центра в структуре детского многопрофильного стационара и выполнение детской больницей функций медицинской организации третьего уровня.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимова И.Л., Каландия М.Р., Стунжас О.С., Горбачук И.Б. Анализ динамики рождаемости, преждевременных родов и перинатальных исходов за 2012–2015 гг. в Смоленской области. Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2016; 4: 51–7.
2. Беженарь В.Ф., Иванова Л.А., Иванов Д.О., Краснотарская О.Л. Факторы риска смерти новорожденных после оперативных вмешательств в раннем неонатальном периоде. Педиатр. 2022; 13(5): 5–21. DOI: <https://doi.org/10.17816/PED1355-21>.
3. Иванов Д.О., Юрьев В.К., Моисеева К.Е. и др. Динамика и прогноз смертности новорожденных в организациях родовспоможения Российской Федерации. Медицина и организация здравоохранения. 2021; 6(3): 4–19.
4. Иванов Д.О., Моисеева К.Е., Алексеева А.В. и др. Оценка организации медицинской помощи новорожденным в условиях федерального Перинатального центра. Социальные аспекты здоровья населения. Социальные аспекты здоровья населения. 2020; 66(2): 9. Доступен по: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1153/30/lang,ru/> (дата обращения: 31.03.2023).
5. Кром И.Л., Еругина М.В., Шигаев Н.Н. и др. Доступность медицинской помощи в контексте социальных предикторов здоровья детского населения. Здоровье и образование в XXI веке. 2017; 19(7): 84–8.
6. Павлов К.В., Степчук М.А., Пинкус Т.М. Оценка динамики и определение перспектив развития медицинской помощи населению региона. Вопросы территориального развития. 2017; 2(37): 1–21.
7. Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Доступен по: <https://base.garant.ru/71937200/> (дата обращения: 31.03.2023).
8. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc (дата обращения: 31.03.2023).
9. Федеральный проект от 01.01.2019 «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной

инфраструктуры оказания медицинской помощи детям». Доступен по: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravookhranenie/detstvo> (дата обращения: 31.03.2023).

10. Фролов С.В., Фролова М.С. Мировые проблемы при выборе медицинского изделия для учреждения здравоохранения. Менеджер здравоохранения. 2013; 11: 50–61.
11. Юрьев В.К., Моисеева К.Е., Глущенко В.А., Харбе-дия Ш.Д. Организация специализированной медицинской помощи в условиях стационара. СПб.: СПбГПМУ; 2019.

REFERENCES

1. Alimova I.L., Kalandiya M.R., Stunzhas O.S., Gorbajuk I.B. Analiz dinamiki rozhdayemosti, prezhevremennykh rodov i perinatal'nykh iskhodov za 2012–2015 gg. v Smolenskoj oblasti. [Analysis of the dynamics of fertility, preterm birth and perinatal outcomes for 2012–2015 in the Smolensk region]. Vestnik Smolenskoj gosudarstvennoy meditsinskoj akademii. 2016; 4: 51–7 (in Russian).
2. Bezhenar' V.F., Ivanova L.A., Ivanov D.O., Krasnogorskaja O.L. Faktory riska smerti novorozhdennykh posle operativnykh vmeshatel'stv v rannem neonatal'nom periode. [Risk factors for death of newborns after surgical interventions in the early neonatal period]. Pediatr. 2022; 13(5): 5–21. DOI: <https://doi.org/10.17816/PED1355-21> (in Russian).
3. Ivanov D.O., Yur'yev V.K., Moiseeva K.Ye. i dr. Dinamika i prognoz smernosti novorozhdennykh v organizatsiyakh rodovspomozheniya Rossiyskoj Federatsii. [Dynamics and prognosis of neonatal mortality in obstetric organizations of the Russian Federation]. Medicine and healthcare organization. 2021; 6(3): 4–19 (in Russian).
4. Ivanov D.O., Moiseeva K.Ye., Alekseyeva A.V. i dr. Otsenka organizatsii meditsinskoj pomoshchi novorozhdennym v usloviyakh federal'nogo Perinatal'nogo tsentra. Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya. [Evaluation of the organization of medical care for newborns in a federal Perinatal Center]. Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya. 2020; 66(2): 9. Available at: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1153/30/lang_ru/ (accessed: 17.03.2023) (in Russian).
5. Krom I.L., Yerugina M.V., Shigayev N.N. i dr. Dostupnost' meditsinskoj pomoshchi v kontekste sotsial'nykh prediktorov zdorov'ya detskogo naseleniya. [Availability of medical care in the context of social predictors of the health of the child population]. Zdorov'ye i obrazovaniye v XXI veke. 2017; 7: 84–8 (in Russian).
6. Pavlov K.V., Stepchuk M.A., Pinkus T.M. Otsenka dinamiki i opredeleniye perspektiv razvitiya meditsinskoj pomoshchi naseleniyu regiona. [Evaluation of the dynamics and determination of the prospects for the development of medical care for the population of the region]. Voprosy territorial'nogo razvitiya. 2017; 2(37): 1–21 (in Russian).
7. Ukaz Prezidenta RF ot 07.05.2018 № 204 “O natsional'nykh tselyakh i strategicheskikh zadachakh razvitiya Rossiyskoj Federatsii na period do 2024 goda”. [On the national goals and strategic objectives of the development of the Russian Federation for the period up to 2024]. Available at: <https://base.garant.ru/71937200/> (accessed: 31.03.2023) (in Russian).
8. Federal'nyj zakon Rossijskoj Federatsii ot 21.11.2011 № 323-FZ “Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoj Federatsii”. [About the basics of public health protection in the Russian Federation]. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (accessed: 31.03.2023) (in Russian).
9. Federal'nyj proyekt ot 01.01.2019 “Razvitiye detskogo zdavookhraneniya, vkluchaya sozdaniye sovremennoy infrastruktury okazaniya meditsinskoj pomoshchi detyam”. [Development of children's health care, including the creation of a modern infrastructure for the provision of medical care to children]. Available at: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravookhranenie/detstvo> (accessed: 31.03.2023) (in Russian).
10. Frolov S.V., Frolova M.S. Mirovyje problemy pri vybore meditsinskogo izdeliya dlya uchrezhdeniya zdavookhraneniya. [World problems in choosing a medical device for a healthcare institution]. Menedzher zdavookhraneniya. 2013; 11: 50–61 (in Russian).
11. Yur'yev V.K., Moiseeva K.Ye., Glushchenko V.A., Harbedia Sh.D. Organizatsiya spetsializirovannoy meditsinskoj pomoshchi v usloviyakh statsionara. [Organization of specialized medical care in a hospital setting]. Sankt-Peterburg: SPbGPMU; 2019 (in Russian).

УДК 614.2

DOI: 10.56871/MHCO.2023.62.30.002

УРОКИ ПАНДЕМИИ COVID-19 ДЛЯ ПРОЕКТНОГО УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

© Валерий Тамазович Корхмазов¹, Владимир Иванович Перхов²

¹ Кубанский государственный медицинский университет. 350063, Российская Федерация, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. имени Митрофана Седина, 4

² Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. 127254, Российская Федерация, г. Москва, ул. Добролюбова, 11

Контактная информация: Валерий Тамазович Корхмазов — к. м. н., ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов. E-mail: Korxmazov@mail.ru ORCID ID: 0000-0002-3281-3909 SPIN: 7701-4718

Для цитирования: Корхмазов В.Т., Перхов В.И. Уроки пандемии COVID-19 для проектного управления в здравоохранении // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 3. С. 13–25. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.62.30.002>

Поступила: 16.05.2023

Одобрена: 21.06.2023

Принята к печати: 04.09.2023

РЕЗЮМЕ. На примере анализа показателей федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» рассмотрены организационные проблемы применения проектных методов управления в здравоохранении. Показано, что за счет реализации мероприятий федеральных проектов существенно увеличились государственные расходы на здравоохранение и объемы оказываемой населению медицинской помощи. Однако, несмотря на огромные дополнительные объемы финансирования, результаты реализации проекта остаются довольно неопределенными. Демографические потери остановить не удастся, качество медицинской помощи ухудшается, расходы населения на платные медицинские услуги растут. Особую тревогу вызывает высокая смертность населения в трудоспособном возрасте, особенно среди лиц мужского пола. Это явление в современных социально-экономических и геополитических условиях приобретает катастрофический характер, так как оказывает значительное влияние на обеспеченность общества рабочей силой, обороноспособность страны. В условиях инфекционной пандемии система здравоохранения становится чрезвычайно зависимой от действий и финансирования со стороны государственного бюджета. И поэтому в кризисных ситуациях необходимо изменять структуру и направления расходов, осуществлять не только корректировку целевых показателей, но и гибкое планирование, которое на случай чрезвычайных ситуаций обеспечит максимальную клиническую и экономическую эффективность медицинской деятельности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: проектный метод управления; национальные проекты в сфере здравоохранения; пандемия COVID-19; эффективность расходов на здравоохранение; общественное здоровье; болезни системы кровообращения.

COVID-19 PANDEMIC CONCLUSIONS RELEVANT FOR PROJECT MANAGEMENT IN HEALTH CARE

© Valery T. Korkhmazov¹, Vladimir I. Perkhov²

¹ Kuban State Medical University. Mitrofan Sedin st., 4, Krasnodar, Russian Federation, 350063

² Russian Research Institute of Health. Dobrolyubov st., 11, Moscow, Russian Federation, 127254

Contact information: Valery T. Korkhmazov — MD, PhD, Assistant to Department of Public Health and Health Care of Faculty of Professional Development and Professional Retraining of Experts. E-mail: Korxmazov@mail.ru ORCID ID: 0000-0002-3281-3909 SPIN: 7701-4718

For citation: Korkhmazov VT, Perkhov VI. COVID-19 pandemic conclusions relevant for project management in health care. Medicine and health care organization (St. Petersburg). 2023;8(3):13-25. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.62.30.002>

Received: 16.05.2023

Revised: 21.06.2023

Accepted: 04.09.2023

ABSTRACT. On the example of the analysis of indicators of the Federal project “Fight against Cardiovascular Diseases”, organizational problems of implementation of design methods of management in health care are considered. Federal projects proved undoubted growth of funding health care and of volumes of the provided medical care. However, despite the huge additional amounts of financing, results of implementation of the project remain quite uncertain. Demographic losses failed to be reduced, the quality of medical care worsens, population expenses on paid medical services grow. Special concern is caused by high level of mortality of working-age population, especially among males. This phenomenon in both modern social-economic and geopolitical conditions becomes catastrophic as having an important negative impact on provision of society with labor resources, and defense capability of the country. In the conditions of an infectious pandemic health care system becomes extremely dependent on decisions and financing from the state budget. Therefore in crucial situations it is necessary to change structure and the assignment of expenses, exercise not only correction of target indicators, but also flexible planning which in case of emergency situations will provide the maximum clinical and cost efficiency of medical activity.

KEY WORDS: design method of management; national projects in a health care field; COVID-19 pandemic; efficiency of expenses on health care; public health; blood circulatory system diseases.

ВВЕДЕНИЕ

Проектный метод государственного управления — это способ долгосрочной организации деятельности органов исполнительной власти по исполнению системы плановых политических решений, направленных на преодоление каких-либо проблем в различных отраслях народного хозяйства, обеспечение устойчивости власти и общества к внешним и внутренним вызовам и угрозам. Принципы проектного управления предполагают необходимость следования конкретным правилам и предписаниям, что, с одной стороны, позволяет построить эффективную систему контроля, с другой — не позволяет гибко реагировать на изменение ситуации при решении тактических задач [8].

Проектный, как и программно-целевой, метод планирования и управления является системной методологией, позволяющей решать сложные многоцелевые проблемы, предусматривает согласование и эффективное использование финансовых, материально-технических, кадровых ресурсов для достижения конкретных целей в определенные сроки [10]. Проектный метод способствует гармоничному развитию определенных сфер жизни в российском обществе и помогает государству более конкретно направлять бюджетные средства на достижение целей государственной политики, прежде всего — в социальной сфере [5, 24]. Целевое проектирование (GP) используется для регулирования и обеспечения работы различных си-

стем оказания медицинской помощи не только в России, но и в зарубежных странах [30]. Пандемия COVID-19, начавшаяся в 2020 г., привела к возникновению чрезвычайной ситуации в области здравоохранения и, безусловно, повлияла на успешность достижения целей, поставленных перед системой здравоохранения в рамках государственных программ и проектов. В этой связи становятся актуальными исследования, направленные на выявление проблем использования проектных методов управления в здравоохранении в период инфекционных пандемий.

Цель состоит в том, чтобы снабдить лиц, принимающих решения, фактическими данными, которые они могут использовать для разработки и реализации эффективной политики, программ и вмешательств, которые улучшают организацию здравоохранения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследованием охвачен период с 2017 по 2021 гг. Источниками информации послужили сведения из формы федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях», № 30 «Сведения о медицинской организации», в которых представлены результаты деятельности государственных медицинских организаций в субъектах РФ. Данные о финансировании федеральных проектов из федерального бюджета получены из базы

данных «Госрасходы» [27]. Целевые показатели федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (далее — ФП «БССЗ») извлечены из паспорта федерального проекта [11]. Источником сведений о смертности являются данные Росстата о численности населения и числе умерших по возрастам и нозологическим формам. Трудоспособный возраст принят: для мужчин — от 15 до 59 лет, для женщин — от 15 до 54 лет. Значения показателей ФП «БССЗ» рассчитывались в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.03.2021 г. № 278 «Об утверждении методик расчета основных и дополнительных показателей федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» [21]. Для изучения взаимосвязи между показателями был использован корреляционный и регрес-

сионный анализ. Обзор отечественной и зарубежной литературы проведен по следующим базам данных: PubMed, Web of Science, Scopus, РИНЦ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Национальный проект «Здравоохранение» был разработан во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 г.». Согласно данным Казначейства России, суммарные расходы федерального бюджета на финансовое обеспечение федеральных проектов в сфере здравоохранения на шестилетний период составляют 1725,8 млрд рублей, 80% из которых — средства федерального бюджета.

Таблица 1

Фактические и плановые показатели федерального проекта
«Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

Table 1

Actual and target values of indicators of the federal project “Fight against Cardiovascular Diseases”

Наименование показателя / Name of an indicator	Тип показателя / Indicator type	2017 год / year	2018 год / year	2019 год / year	2020 год / year	2021 год / year
Количество рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, тыс. ед. / The number of rentgenendovaskulyar interventions in the medical purposes, one thousand pieces	Фактический / Actual	199,7	217,0	253,0	222,0	252,0
	Целевой / Target	—	—	238,1	257,5	276,9
Отношение числа рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях к общему числу выбывших больных, перенесших острый коронарный синдром, % / The relation of number of rentgenendovaskulyar interventions in the medical purposes, to the total number of the discharged patients diagnosed with sharp coronary syndrome, %	Фактический / Actual	34,2	37,8	48,9	54,7	64,9
	Целевой / Target	—	—	43,0	46,5	50,0
Доля профильных госпитализаций пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, доставленных автомобилями скорой медицинской помощи, % / Share of cross-sectional hospitalization of the patients with intense violations of brain blood circulation delivered by emergency medical service, %	Фактический / Actual	69,6	77,9	82,8	85,1	85,5
	Целевой / Target	—	—	76,0	79,0	83,0
Больничная летальность от острого инфаркта миокарда, % / Hospital lethality from anacute myocardial infarction, %	Фактический / Actual	14,3	14,0	13,2	14,8	13,6
	Целевой / Target	—	—	11,7	11,0	10,2
Больничная летальность от острого нарушения мозгового кровообращения, % / Hospital lethality from intense violation of brain blood circulation, %	Фактический / Actual	19,2	19,6	18,5	21,2	20,7
	Целевой / Target	—	—	17,6	16,9	16,2

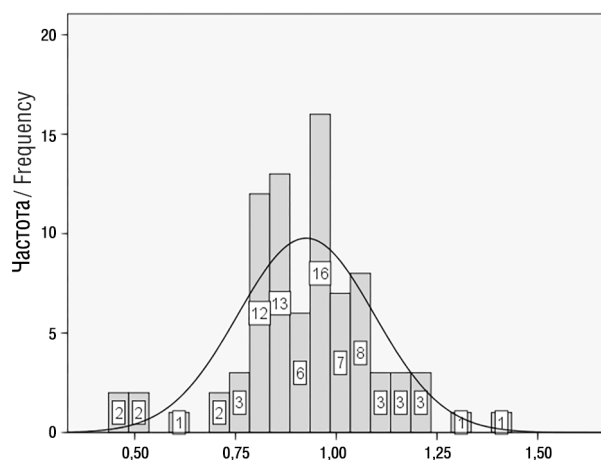


Рис. 1. Распределение числа субъектов РФ с учетом размера коэффициента соотношения объемов рентгенэндоваскулярных вмешательств в 2020 г. к 2019 г.

Fig. 1. Distribution of number of regions of the Russian Federation taking into account the size of coefficient of a ratio of volumes of rentgenendovascular interventions in 2020 by 2019

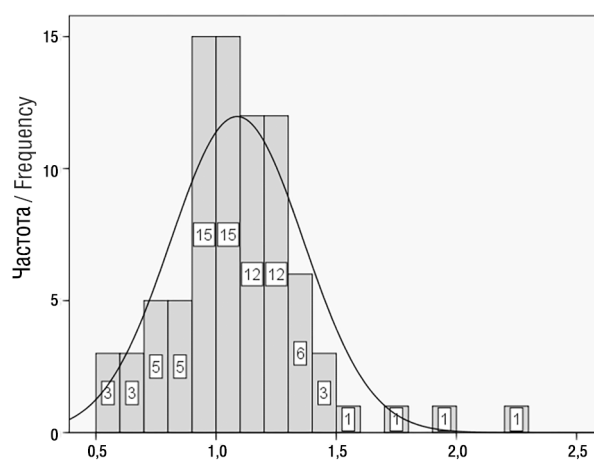


Рис. 2. Распределение числа субъектов РФ с учетом размера коэффициента соотношения объемов рентгенэндоваскулярных вмешательств в 2021 г. к 2019 г.

Fig. 2. Distribution of number of subjects of the Russian Federation taking into account the size of coefficient of a ratio of volumes of rentgenendovascular interventions in 2021 by 2019

В структуре финансового обеспечения национального проекта «Здравоохранение» преобладают расходы на федеральные проекты «Борьба с онкологическими заболеваниями» (969,0 млрд рублей, или 56,0%), «Развитие детского здравоохранения» (211,2 млрд рублей, или 12,2%), «Создание единого цифрового контура в здравоохранении» (177,6 млрд рублей, или 10,2%). Меньше всего средств планируется израсходовать на федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (ФП «БССЗ») — 75,2 млрд рублей (15,0 млрд рублей в год), или 4,4% общей суммы. Фактические и целевые значения показателей федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» представлены в таблице 1.

Число рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях в Российской Федерации за пятилетний период увеличилось на 26,2% со среднегодовым темпом роста в размере 7%. С учетом численности населения количество рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях увеличилось в 1,4 раза — с $115,1 \pm 62,1$ в 2017 г. до $160,8 \pm 61,2$ на 100 тыс. населения в 2021 г. Среднегодовой темп роста показателя за исследуемый период составил 9,3% в год. Наиболее существенный прирост числа исследований отмечен в 2019 г. — первый год реализации НП «Здравоохранение» — со 147,7 до 172,3 на 100 тыс. населения в 2018 и 2019 гг. соответственно. Стоит отметить, что несмотря на жесткие ограничительные меры,

которые привели к общему снижению числа госпитализаций в круглосуточные стационары [8], в 2020 г. в 23 субъектах РФ из 85 объемы рентгенэндоваскулярных вмешательств по сравнению с предыдущим годом увеличились (рис. 1). В 2021 г. число субъектов РФ, в которых объемы рентгенэндоваскулярных вмешательств в сравнении с 2019 г. возросли, увеличилось в 2 раза — до 50 регионов (рис. 2).

Более чем на 20% увеличились объемы рентгенэндоваскулярных вмешательств в 2020 г. к 2019 г. в регионах: Ставропольский край, Республика Дагестан, Ивановская область, Сахалинская область, Воронежская область. В 2021 г. лидерами по интенсивности роста объемов рентгенэндоваскулярных вмешательств в сравнении с «допандемическим» 2019 г. являются: Воронежская область, Республика Дагестан, Ивановская область, Республика Адыгея, Республика Крым, Мурманская область, Республика Коми, Чувашская Республика, Сахалинская область, Вологодская область, Курская область, Ростовская область, Ленинградская область. В этих субъектах РФ в 2021 г. объемы рентгенэндоваскулярных вмешательств в сравнении с 2019 г. увеличились на 30% и более.

В первый год пандемии COVID-19 число рентгенэндоваскулярных вмешательств снизилось на 10%, а в 2021 г. снова увеличилось и достигло уровня 2019 г. — 252,0 и 253,0 тыс. вмешательств соответственно. При этом последствия распространения COVID-19 в 2021 г.

были намного тяжелее, чем в 2020 г. Так, например, по данным ФГИС «ЕГР ЗАГС», в 2020 г. от коронавирусной инфекции, вызванной COVID-19, умерло 144,7 тыс. человек, а 2021 г. — 465,5 тыс. человек, или в 3,2 раза больше. Однако рост объемов вмешательств оказался недостаточным для достижений целевых показателей на протяжении всего исследуемого периода. Так, если в 2019 г. плановые показатели были перевыполнены на 6,2% (253,0 тыс. фактических и 238,1 тыс. плановых исследований), то в 2020 г. невыполнение плановых значений показателя составило 13,8%, а в 2021 г. — 9,0%.

Стоит отметить, что рост объемов ангиопластик коронарных артерий сопровождается увеличением послеоперационной летальности, которая за период с 2015 по 2021 гг. выросла в 1,83 раза, а за трехлетний период реализации ФП «БССЗ» (с 2019 по 2021 гг.) — в 1,3 раза (табл. 2).

Значение показателя «Отношение числа рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях к общему числу выбывших пациентов, перенесших острый коронарный синдром», росло со средним темпом 17,5% в год в течение 5 лет и увеличилось с 34,2±20,8% в 2017 г. до 64,9±26,0% в 2021 г., или почти в 2 раза. Это привело к превышению плановых показателей федерального проекта в 2019 г. — на 13,7%, в 2020 г. — на 17,7%, в 2021 г. — на 29,7%.

Доля профильных госпитализаций пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, доставленных автомобилями скорой медицинской помощи, увеличилось за 5 лет на 22,7% — с 69,64±25,3% в 2017 г. до 85,51±9,5% в 2021 г., наиболее интенсивно — в 2018 г. в сравнении с 2017 г. — на 11,8%, в последующие годы — в среднем на 3,2%. Превышение плановых значений федерального проек-

та в 2019 г. составило 9,0%, в 2020 г. — 7,7%, в 2021 г. — 3,0%.

Общесоборничная летальность от острого инфаркта миокарда варьировала от минимального уровня в 13,2±4,2% в 2019 г. до максимального 14,8±5,0% в 2020 г. За весь период наблюдения плановые (целевые) показатели были превышены в 2019 г. — на 12,8%, в 2020 г. — на 34,8%, в 2021 г. — на 33,1%.

Общесоборничная летальность от острого нарушения мозгового кровообращения в течение 5 лет колебалась от минимального уровня 18,5±4,1% в 2019 г. до максимального 21,2±4,6% в 2020 г. Превышение плановых показателей составило от 5,3% в 2019 г. до 28,0% в 2021 г.

С учетом отношения фактической региональной статистики к целевому уровню можно выделить регионы, которые относятся как к безусловным лидерам, так и к аутсайдерам по уровню результативности исполнения мероприятий федерального проекта. Так, например, в городе Москве в 2021 г. число рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях к общему числу выбывших больных, перенесших острый коронарный синдром, превысило целевой показатель этого же года в 2,9 раза, в Калининградской области — в 2 раза, в республиках Башкортостан и Марий-Эл — в 1,7 и 1,4 раза соответственно. В Еврейской АО частота выполнения рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях с учетом численности населения в 13,5 раза меньше, чем в среднем по стране, а смертность от острого инфаркта миокарда в 2,2 раза выше, чем среднероссийский целевой показатель. Таким образом, в выбранных регионах объемы рентгенэндоваскулярных вмешательств не повлияли на уровень смертности населения от болезней системы кровообращения (БСК).

Таблица 2

Динамика числа операций ангиопластик коронарных артерий, количества умерших пациентов после операций, послеоперационная летальность, Российская Федерация, 2015–2021 гг.

Table 2

Dynamics of the number of angioplasty coronary arteries operations, the number of patients (operations followed by death), the postoperative lethality, the Russian Federation, 2015–2021

Показатель / Indicator	2015 год / year	2017 год / year	2018 год / year	2019 год / year	2020 год / year	2021 год / year
Число операций / Number of operations	156 271	199 735	216 988	252 957	222 017	251 977
Количество умерших пациентов, чел. / Number of patients died after operation, man	3126	4738	6107	7296	8023	9246
Послеоперационная летальность / Postoperative lethality, %	2,0	2,37	2,81	2,88	3,61	3,67

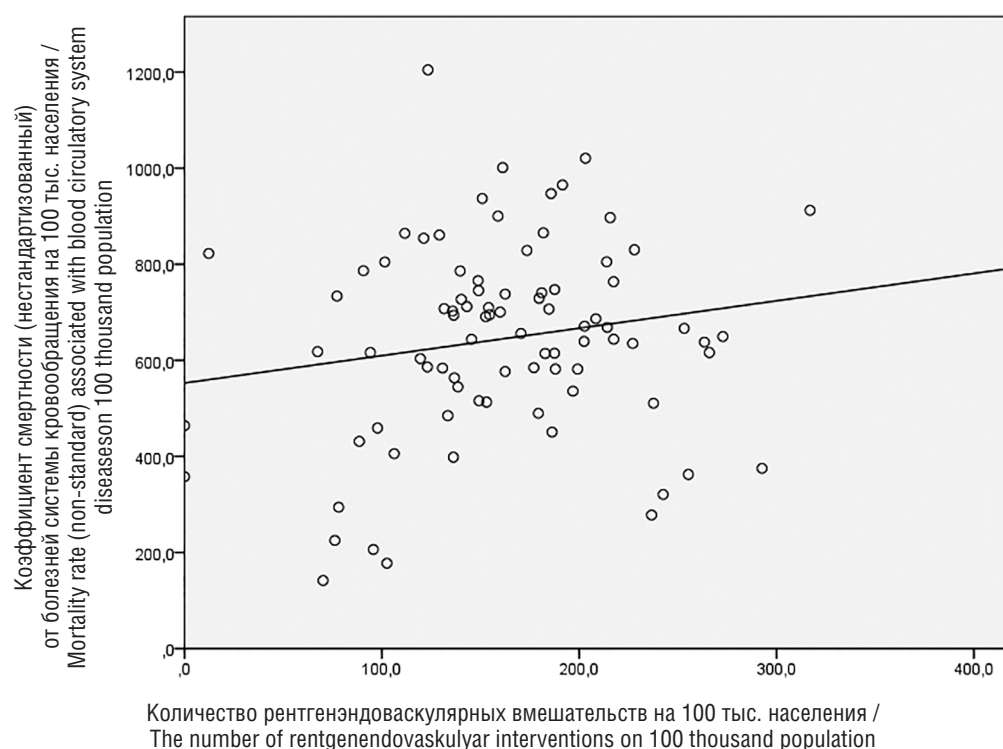


Рис. 3. Диаграмма регрессии между уровнем смертности от БСК и объемами рентгенэндоваскулярных вмешательств в расчете на 100 тыс. населения (предиктор) в 2021 г. в субъектах РФ (n=85)

Fig. 3. The chart of regression between death rate from BSK and volumes of rentgenendovaskulyarny interventions per 100 thousand population (predictor) in 2021 in territorial subjects of the Russian Federation (n=85)

На отсутствие связи между уровнем смертности населения от БСК и объемами рентгенэндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях указывают результаты корреляционного и регрессионного анализа. Например, в 2021 г. коэффициенты корреляции и детерминации между уровнем смертности от БСК ($644,45 \pm 201,99$ на 100 тыс. населения) и объемами рентгенэндоваскулярных вмешательств ($160,8 \pm 61,22$ на 100 тыс. населения) составили 0,173 и 0,03 соответственно. Это означает, что не более 3% вариации уровня смертности от БСК в субъектах РФ обусловлено объемами рентгенэндоваскулярных вмешательств на коронарных сосудах (p-уровень $<0,001$).

На рисунке 3 графически представлены зависимости между указанными переменными. О силе связи между переменными можно судить по тому, насколько тесно расположены точки-объекты около линии регрессии — чем ближе точки, тем сильнее связь.

Как видно на диаграмме, дисперсии всех без исключения переменных чрезвычайно велики, их значения находятся на значительном удалении от линии регрессии. С учетом очень слабой положительной корреляционной связи между указанными признаками можно сделать вывод о том,

что рентгенэндоваскулярные вмешательства при ишемической болезни сердца (ИБС), 95% из которых выполняются с целью установки стента в коронарный артериальный сосуд, нельзя считать эффективным «оружием» в «борьбе» с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Пандемия COVID-19 привела к огромным медицинским, экономическим и социальным издержкам, а также к значительным человеческим жертвам, отрицательно сказалась на здоровье населения и вызвала значительный «шок» как для национальной, так и для мировой экономики, резко сократила ожидаемую продолжительность жизни и увеличила преждевременную смертность. Во время пандемии новой коронавирусной болезни в системе здравоохранения произошли серьезные сбои, связанные с временным прекращением плановых госпитализаций, отменой плановых медицинских процедур.

Необходимость реализации масштабных программ по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции, смягчения экономических последствий от введения ограничительных мер потребовала изменения целевых показателей федеральных проектов.

21 июля 2020 г. Владимир Путин подписал Указ № 474 «О национальных целях раз-

вития Российской Федерации на период до 2030 года». Этим Указом скорректированы долгосрочные целевые ориентиры, определенные Указом от 7 мая 2018 г. № 204. Корректировке в сторону ухудшения подверглись не только основной целевой показатель по повышению ожидаемой продолжительности жизни (73,7 лет к 2024 г. вместо 80 лет), но и другие, в том числе показатель смертности населения от болезней системы кровообращения — 593,9 на 100 тыс. населения к 2024 г. вместо 450,0 на 100 тыс. населения. При этом в федеральные проекты Минздравом России по состоянию на апрель 2023 г. изменения не были внесены.

ОБСУЖДЕНИЕ

Впервые проектный метод управления в здравоохранении был использован почти двадцать лет тому назад, когда в Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию от 26 мая 2004 г. было подчеркнуто, что «по важнейшим показателям здоровья Россия уступает многим странам. Так, продолжительность жизни у нас на 12 лет ниже, чем в Соединенных Штатах Америки, на 8 лет ниже, чем в Польше, на 5 лет ниже, чем в Китае. Одной из главных причин такого положения дел остается неэффективность отечественного здравоохранения» [19].

Первый национальный проект в области охраны здоровья граждан получил название «Здоровье», был выделен в 2005 г. наряду с другими проектами — «Образование», «Доступное и комфортное жилье — гражданам России» и «Развитие агропромышленного комплекса». Был создан Совет по реализации приоритетных национальных проектов (далее — Совет), который возглавил В.В. Путин [28]. Основными целями национального проекта «Здоровье» были: развитие первичной медико-санитарной медицинской помощи, возрождение профилактического направления в здравоохранении, обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

Новый подход к решению поставленных задач и существенное финансирование нацпроектов породили ожидания качественного улучшения результатов работы системы здравоохранения. Впервые система здравоохранения получила значительные финансовые и материально-технические ресурсы. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в период 2005–2008 гг. и улучшение социально-экономической обстановки в России снизили частоту острого коронарного синдро-

ма на 9% (с 16,1 до 14,6), что сохранило жизни 450 тыс. граждан нашей страны. По мнению Г.Э. Улумбековой (2012), даже небольшие ежегодные вложения в этот проект (10% общих государственных расходов на здравоохранение) за 4 года вызвали позитивные изменения в состоянии здоровья населения [29].

Однако реализация нацпроектов показала не только достижения, но и значительные недоработки, такие как неполное соответствие механизмов реализации проектов действующему законодательству, дисбаланс объемов финансирования и поставленных целей; противоречивые результаты действий федеральных и региональных властей; перекладывание федеральной властью ответственности за результаты на региональный уровень [4, 13, 25]. Более того, спустя 10 лет после завершения реализации нацпроекта «Здоровье», 20 августа 2019 г. на совещании по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения В.В. Путин отметил: «Если первичное звено здравоохранения у нас будет в том состоянии, в котором оно находится до сих пор, то количество инфарктов и инсультов не уменьшится, потому что в первичном звене провал — вот в чем проблема» [20].

Второй национальный проект в области охраны здоровья граждан под названием «Здравоохранение» был разработан во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 07 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 г.» Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам. Основные цели проекта — увеличение численности населения Российской Федерации, а также повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 г. и до 80 лет к 2030 г.

Первые три года реализации мероприятий национального проекта «Здравоохранение» (два из которых пришлись на пандемию COVID-19) показали, что остановить рост смертности населения не удалось. По данным Росстата, всего в России в 2020 г. умерло 2138,5 тыс. человек, или на 340,0 тыс. человек больше, чем в 2019 г., а в 2021 г. — 2441,6 тыс. человек, или на 643,3 тыс. человек больше, чем в «допандемическом» 2019 г. При этом число родившихся составило в 2020 г. — 1436,5 тыс. человек, а в 2021 г. — 1398,2 тыс. человек. Убыль численности населения страны составила 702,0 тыс. человек в 2020 г. и 1043,3 тыс. человек в 2021 г.

Тревожной тенденцией является рост показателя смертности населения в трудоспособных возрастах. По данным Росстата, по всем

классам болезней и патологических состояний в Российской Федерации в трудоспособном возрасте в 2020 г. умерло 450,3 тыс. человек, или на 56,7 тыс. человек больше, чем, например, в 2018 г. В 2021 г. в трудоспособном возрасте умерло 479,5 тыс. человек. Таким образом, каждый пятый из общего числа умерших в 2021 г. (2,44 млн человек) находился в трудоспособном возрасте. В среднем за два года пандемии (2020 и 2021 гг.) в сравнении с двумя допандемическими годами (2018 и 2019 гг.) общий коэффициент смертности всего населения увеличился с 1234,4 до 1558,0 на 100 тыс. населения (или в 1,26 раза), а в трудоспособном возрасте — с 472,5 до 576,4 на 100 тыс. населения (или в 1,21 раза), составив 548,2 и 604,6 на 100 тыс. населения в 2020 и 2021 гг. соответственно. На фоне пандемии COVID-19, в 2020 г., в структуре причин смерти лиц трудоспособного возраста преобладали болезни системы кровообращения — 137,8 тыс. случаев смерти (30,6%), травмы — 93,3 тыс. случаев смерти (20,7%) и новообразования — 62,3 тыс. случаев смерти (13,9%). При этом коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19, в качестве причины смерти в трудоспособном возрасте была указана лишь в 4,9% случаев (22,0 тыс. умерших).

Как показал наш анализ, в России с 2017 г. существенными темпами росла и в 2019 г. превысила целевые показатели ФП «БССЗ» частота применения рентгенэндоваскулярных вмешательств при остром коронарном синдроме. В результате фактические значения данного показателя превысили целевые в среднем за период с 2019 по 2021 гг. в 1,2 раза. В настоящее время по показателю обеспеченности населения эндоваскулярными вмешательствами на коронарных артериях Россия уже приблизилась к таким странам, как Норвегия и Италия, и опережает Южную Корею, Канаду, Испанию, Великобританию, Португалию [16]. Несмотря на более чем трехкратный рост числа смертей от COVID-19 в 2021 г. в сравнении с предыдущим годом, объемы стентирования при остром коронарном синдроме сравнялись в этом году с «доковидным» 2020 г. Это явление может свидетельствовать как об удовлетворении накопленной населением в первый год пандемии потребности в лечении, так и о стремлении медицинских организаций выполнить максимальные объемы вмешательств из экономических соображений. При этом ни по одному из качественных показателей, к которым относится больничная летальность, цели ФП «БССЗ» не достигнуты. Больничная летальность от ОИМ

к 2021 г. оказалась на 33,3%, а от ОНМК — на 27,7% выше целевых значений.

Одной из причин высокой летальности может быть COVID-19. Как показали уже проведенные исследования, при лечении болезней системы кровообращения исходы госпитализаций групп пациентов с подозрением на COVID-19 или с подтвержденным диагнозом COVID-19 значительно хуже, чем у остальных пациентов [7]. Именно поэтому существуют основания предполагать, что COVID-19 — фактор, который способствовал ухудшению состояния пациентов и росту больничной летальности.

Пандемия COVID-19 придает высокую значимость первичной медико-санитарной помощи, которая имеет высокий потенциал снижения смертности и роста продолжительности жизни населения за счет профилактических мероприятий. Медицинские профилактические программы неоднократно подтверждали свою эффективность в снижении смертности от БСК, и целенаправленная работа в данной области имеет огромные перспективы и возможности [23]. Вместе с тем, к сожалению, объемы финансирования профилактической работы в современной системе здравоохранения России чрезвычайно малы [15]. Судя по набору целевых показателей федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», основное внимание в этом проекте уделяется экстренной и неотложной медицинской помощи пациентам с БСК в больничных условиях. Это также является недостатком федерального проекта, ограничивающим выполнение поставленных задач.

Другая проблема связана с тем, что устранение негативных явлений в одном направлении деятельности осуществляется в ущерб другим сферам медицины и здравоохранения. В Российской Федерации, как и в других странах мира, болезни системы кровообращения являются ведущей причиной смерти, однако их доля в структуре причин смертности существенно выше [3]. Сохраняются неблагоприятные тенденции в смертности лиц трудоспособного возраста от БСК со значительным преобладанием смертности мужского населения [2, 9, 26]. Кроме того, от БСК ежегодно умирает в 3 раза больше людей, чем от злокачественных новообразований (ЗНО).

Так, например, в 2021 г. в России всего умерло 2441,6 тыс. человек, из них от болезней системы кровообращения — 933,9 тыс. человек (38,2%). При этом от ЗНО умерло 279,0 тыс. человек (11,4%), или в 3,3 раза меньше, чем от БСК. Без учета числа умерших, возраст ко-

торых не установлен, число умерших от БСК в трудоспособном возрасте в 2 раза больше, чем число умерших в этом же возрасте от ЗНО — 119,4 тыс. человек и 50,5 тыс. человек соответственно. При этом в трудоспособном возрасте от БСК мужчины умирают в 5 раз чаще, чем женщины, что позволяет считать болезни системы кровообращения важным предиктором сохраняющегося со времен СССР десятилетнего гендерного разрыва в ожидаемой продолжительности жизни [22].

Нельзя не отметить также и то, что, несмотря на введение в рамках федеральных проектов в систему здравоохранения существенных дополнительных денежных ресурсов, за период реализации федеральных проектов в сфере здравоохранения объем платных услуг населению вырос в 1,42 раза (с 5,27 тыс. рублей в 2018 г. до 7,49 тыс. рублей в 2021 г. на душу населения), превысив в 2021 г. 1,0 трлн рублей. При этом доля платных медицинских услуг в общей структуре платных услуг населению за этот же период увеличилась с 7,8 до 9,6%, или в 1,2 раза, на фоне снижения размера доходов и сбережений населения [17]. Теневой рынок платных медицинских услуг несопоставимо больше [18]. Это подтверждает тезис о том, что дефицит государственного финансирования не является основной причиной коммерциализации здравоохранения. При наличии права на бесплатную медицинскую помощь в неограниченном объеме и неопределенного качества граждане платят за доступность именно качественных медицинских услуг [1, 6, 12].

Пандемия COVID-19 также показала, что здравоохранению необходима современная концепция развития, новый организационно-экономический уклад, который можно назвать интегральным, и в котором главенствующая роль должна принадлежать государству, служащему интересам общества, интегрирующему медицину в здравоохранение, способствующему формированию новой экономической модели решения социальных задач, построенной на рыночной основе, но с привлечением частных медицинских организаций [14].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Судя по структуре затрат государственного бюджета на реализацию федеральных проектов в сфере здравоохранения, зависимость содержания и объема медицинской деятельности от потребностей населения в медицинской помощи ослабевает. На борьбу с болезнями системы кровообращения, которые наносят наибольший

социальный и экономический ущерб, унося ежегодно более 130 тыс. жизней не доживших до старости людей, в проектах предусмотрен наименьший объем финансирования, направляемый, главным образом, на хирургическое лечение осложнений ишемической болезни сердца путем стентирования коронарных артерий. Основной объем финансирования федеральных проектов в сфере здравоохранения направляется на чрезвычайно дорогостоящие диагностику и химиотерапевтическое лечение злокачественных новообразований с неопределенными клиническими результатами.

Вместе с тем в кризисной ситуации, такой как пандемия COVID-19, медицинские учреждения сталкиваются с массой проблем, таких как нехватка кадров, инфраструктуры, медикаментов и специальных средств защиты, материалов и оборудования. В условиях инфекционной пандемии система здравоохранения становится чрезвычайно зависимой от действий и финансирования со стороны государственного бюджета, особенно это касается направлений расходования денежных ресурсов, решения проблем и планов действий.

Пандемия COVID-19 показала существование необходимости гибкого планирования на случай чрезвычайных ситуаций, в том числе путем быстрой реструктуризации объемов финансирования не только федеральных проектов, но и видов медицинской помощи по условиям ее оказания. При этом государство должно допускать и стимулировать лишь то предпринимательство в медицине, которое приносит благо людям, и блокировать то, которое нарушает интересы общественного здравоохранения.

С учетом специфики медицинских услуг, сложностей управления здравоохранением, в условиях отсутствия критериев оценки правильности принимаемых решений и давления лоббистских сил, количественная оценка целей, методов и средств их достижения должна быть построена не на частных критериях, а на всесторонней оценке достигнутых результатов. На государственном уровне необходимо дать четкое определение такому понятию, как «полезные результаты деятельности системы здравоохранения». Измерять и оценивать эти результаты целесообразно с помощью статистической информации, имеющей ценность для управления. Для этого нужно выбрать надежные индикаторы, различающиеся по своему предназначению. Индикаторы для внутренней оценки работы медицинской организации и для управления должны иметь различную природу, так как практикующие врачи пока еще имеют

другой уровень интересов и мотивации, чем организаторы здравоохранения. Одни заинтересованы в болезнях людей, другие — в их здоровье. Индикаторы для внутреннего контроля могут отражать состояние клинических процессов, а индикаторы управления должны отражать полезные результаты управленческой деятельности в области охраны здоровья граждан, быть ясными и свободными от оценочных суждений. Очень важно также на основе высоких культуры и качества государственного управления обеспечить ответственность лиц, принимающих решения, за результаты финансирования отрасли перед обществом. Если эти проблемы не будут адекватно решены, то в медицине, в общественном здравоохранении и далее будут нарастать частный интерес и безответственность, а также существовать дефицит ресурсов и отсутствие ожидаемых общественно-полезных результатов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова О.А. Реформа бюджетных учреждений: мнение пациентов и врачей. Гуманитарные науки. Вестник финансового университета. 2017; 25(1): 54–63.
2. Боровая Т.В., Захаренко А.Г. Смертность от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте. Евразийский кардиологический журнал. 2019; S1: 31–7.
3. Вайсман Д.Ш., Александрова Г.А., Леонов С.А., Савина А.А. Достоверность показателей и структуры причин смерти от болезней системы кровообращения в Российской Федерации при международных сопоставлениях. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019; 3: 69–84. DOI: 10.24411/2312-2935-2019-10055.
4. Галкова Д.А. Проблемы реализации национальных проектов «Образование» и «Здравоохранение»: Федеральный и региональный аспекты. Arctic Environmental Research. 2009; 3: 23–6.
5. Захарова Д.В. Программно-целевой метод управления в сфере здравоохранения. В кн.: Проблемы и перспективы реализации междисциплинарных исследований: сборник статей Международной научно-практической конференции. Уфа: Аэтерна; 2021: 39–43.
6. Калашников К.Н., Дуганов М.Д. Платные медицинские услуги: бремя или альтернатива? Проблемы развития территории. 2017; 89(3): 109–27.
7. Кожевников С.А. Проектное управление как инструмент повышения эффективности деятельности органов государственной исполнительной власти. Вопросы территориального развития. 2016; 35(5): 2–13.
8. Корхмазов В.Т. Влияние COVID-19 на исходы госпитализаций пациентов с болезнями системы кровообращения. Инновационная медицина Кубани. 2022; 7(3): 43–51. DOI: 10.35401/2541-9897-2022-25-3-43-51.
9. Корхмазов В.Т. Динамика основных показателей работы больничного сектора системы здравоохранения России. ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021; 26(4): 84–93.
10. Корхмазов В.Т. Избыточная смертность, связанная с пандемией COVID-19. Инновационная медицина Кубани. 2022; 2: 5–13. DOI: 10.35401/2541-9897-2022-25-2-5-13.
11. Одинцова В.В. Использование программно-целевого метода планирования и управления при решении приоритетных задач здравоохранения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2008.
12. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 г. № 16). Доступен по: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_319209/ (дата обращения: 28.03.2023).
13. Перхов В.И. Проблемы организации оказания населению дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи в рамках реализации мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения «Здоровье». Менеджер здравоохранения. 2006; 6: 21–30.

14. Перхов В.И., Колесников С.И., Песенникова Е.В. О формировании общественно-частной модели организации медицинской помощи в России. *Acta biomedica scientifica*. 2021; 6(3): 216–26. DOI: 10.29413/ABS.2021-6.3.22.
15. Перхов В.И., Люцко В.В. Макроэкономические расходы на здравоохранение в России и за рубежом. Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». 2019; 2: 334–44. DOI: 0.24411/2312-2935-2019-10047.
16. Перхов В.И., Набережная И.Б., Корхмазов В.Т. Квадрилемма высокотехнологичной медицинской помощи: научно-технический прогресс, финансирование, качество и пандемия COVID-19. Электронный научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». 2023; 1: 643–66. DOI: 10.24412/2312-2935-2023-1-643-667.
17. Перхов В.И., Янкевич Д.С. Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи: что изменилось за 20 лет? *MEDICAL ACADEMIC*. 2018; 18(4): 27–33.
18. Платное обслуживание населения в России. 2021: Стат. сб. Росстат. М.; 2021. Доступен по: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13235> (дата обращения: 04.04.2023).
19. Плесовский П.А. Теневые финансы как основа теневого рынка медицинских услуг. Корпоративное управление и инновационное развитие экономики Севера: Вестник Научно-исследовательского центра корпоративного права, управления и венчурного инвестирования Сыктывкарского государственного университета. 2009; 2: 70–8.
20. Послание Президента Российской Федерации от 26.05.2004 г. б/н. «О положении в стране и основных направлениях внутренней и внешней политики государства». Доступен по: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/36353/page/1> (дата обращения: 11.04.2023).
21. Президент России. Официальный портал в Интернете. Совещание по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения. 20 августа 2019 года. Москва, Кремль. Доступен по: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/61340> (дата обращения: 11.04.2023).
22. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 марта 2021 г. № 278 «Об утверждении методик расчета основных и дополнительных показателей федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», входящего в национальный проект «Здравоохранение». Доступен по: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_382016/2ff7a8c72de3994f30496a0ccbb1ddafdaddd518/ (дата обращения: 28.09.2022).
23. Родионова Л.А., Копнова Е.Д. Гендерные и региональные различия в ожидаемой продолжительности жизни в России. Вопросы статистики. 2020; 27(1): 106–20. DOI: 10.34023/2313-6383-2020-27-1-106-120.
24. Самородская И.В., Бойцов С.А. Повторный инфаркт миокарда: оценка, риски, профилактика. Российский кардиологический журнал. 2017; 146(6): 139–45.
25. Солодченкова О.А. Государственные национальные проекты как инструмент реализации приоритетных целей государственного развития. Социально-экономическое развитие России: проблемы, тенденции, перспективы: сборник научных статей 19-й Международной научно-практической конференции. Т. 4. Курск; 2020: 148–55.
26. Стародубов В.И. Итоги и перспективы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения. Менеджер здравоохранения. 2007; 1: 4–9.
27. Стекольников Л.В. Болезни системы кровообращения — одна из основных причин смертности населения трудоспособного возраста. Вестник Чувашского университета. 2012; 3: 513–7.
28. Технологический проект Счетной Палаты РФ «Госрасходы». Доступен по: <https://spending.gov.ru/> (дата обращения: 20.03.23).
29. Указ Президента Российской Федерации от 21.10.2005 г. № 1226 «О Совете при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов». Доступен по: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/22966> (дата обращения: 20.03.23).
30. Улумбекова Г.Э. Система здравоохранения Российской Федерации: итоги, проблемы, вызовы и пути решения. Вестник Росздравнадзора. 2012; 2: 33–9.
31. Oddoye J.P., Jones D.F., Tamiz M., Schmidt P. Combining simulation and goal programming for healthcare planning in a medical assessment unit. *European Journal of Operational Research*. 2009; 193(1): 250–61.

REFERENCES

1. Aleksandrova O.A. Reforma byudzhetykh uchrezhdeniy: mneniye patsiyentov i vrachey. *Gumanitarnye nauki*. [Reform of budgetary institutions: opinion of patients and doctors]. *Vestnik finansovogo universiteta*. 2017; 25(1): 54–63 (in Russian).
2. Borovaya T.V., Zaharenko A.G. Smertnost' ot bolezney sistemy krovoobrashcheniya v trudosposobnom vozraste. [Smertnost from blood circulatory system diseases at working-age]. *Yevraziyskiy kardiologicheskiy zhurnal*. 2019; S1: 31–7 (in Russian).
3. Vajsman D.Sh., Alexandrova G.A., Leonov S.A., Savina A.A. Dostovernost' pokazateley i struktury prichin smerti ot bolezney sistemy krovoobrashcheniya v Rossiyskoy Federatsii pri mezhdunarodnykh sopostavleniyakh. [Reliability of indicators and structure of causes of death from blood circulatory system diseases in the Russian Federation by the international comparisons]. *Sovremennyye problemy zdoravookhraneniya i meditsinskoy statistiki*. 2019; 3: 69–84 (in Russian).

4. Galkova D.A. Problemy realizatsii natsional'nykh proyektov «Obrazovanie» i «Zdravookhraneniye»: Federal'nyy i regional'nyy aspekty. [Problems of implementation of the national projects «Educations» and «Health care»: Federal and regional aspects]. Arctic Environmental Research. 2009; 3: 23–6 (in Russian).
5. Zaharova D.V. Programmno-tselevoy metod upravleniya v sfere zdravookhraneniya. [A program and target method of management in a health care field]. In: Problemy i perspektivy realizatsii mezhdistitsiplinarnykh issledovaniy: sbornik statey Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii. Ufa: Aeterna; 2021: 39–43 (in Russian).
6. Kalashnikov K.N., Duganov M.D. Platnyye meditsinskiye uslugi: brenya ili al'ternativa? [Paid medical services: burden or alternative?]. Problemy razvitiya territorii. 2017; 89(3): 109–27 (in Russian).
7. Kozhevnikov S.A. Proyektnoye upravleniye kak instrument povysheniya effektivnosti deyatel'nosti organov gosudarstvennoy ispolnitel'noy vlasti. [Project management as instrument of increase in efficiency of activity of bodies of the state executive power]. Voprosy territorial'nogo razvitiya. 2016; 35(5): 2–13 (in Russian).
8. Korhmazov V.T. Vliyaniye COVID-19 na iskhody gositalizatsiy patsiyentov s boleznyami sistemy krovoobrashcheniya. [Influence of COVID-19 on the result of hospitalization of patients with blood circulatory system diseases]. Innovacionnaya medicina Kubani. 2022; 7(3): 43–51. DOI: 10.35401/2541-9897-2022-25-3-43-51 (in Russian).
9. Korhmazov V.T. Dinamika osnovnykh pokazateley raboty bol'nichnogo sektora sistemy zdravookhraneniya Rossii. [Dynamics of key indicators of work of the hospital sector of a health care system of Russia]. ORGZDRAV: Novosti. Mneniya. Obuchenie. Vestnik VSHOUZ. 2021; 26(4): 84–93 (in Russian).
10. Korhmazov V.T. Izbytochnaya smertnost', svyazannaya s pandemiyey COVID-19. [The excess mortality connected with COVID-19 pandemic]. Innovacionnaya medicina Kubani. 2022; 7(2): 5–13. DOI: 10.35401/2541-9897-2022-25-2-5-13 (in Russian).
11. Odincova V.V. Ispol'zovaniye programmno-tselevogo metoda planirovaniya i upravleniya pri reshenii prioritnykh zadach zdravookhraneniya. [Use of a program and target method of planning and management at the solution of priority problems of health care]. PhD thesis. Moskva; 2008 (in Russian).
12. Pasport natsional'nogo proyekta «Zdravookhraneniye» (utverzhden prezidiumom Soveta pri Prezidente Rossiyskoy Federatsii po strategicheskomu razvitiyu i natsional'nym proyektam, protokolot 24.12.2018 g. № 16). [Passport of the national project «Healthcare» (approved by the Presidium of the Council under the President of the Russian Federation for Strategic Development and National Projects, Protocol No. 16 dated 12.24.2018). Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_319209/ (accessed 28.09.2022) (in Russian).
13. Perhov V.I. Problemy organizatsii okazaniya nasele-niyu dorogostoyashchey (vysokotekhnologichnoy) meditsinskoy pomoshchi v ramkakh realizatsii mero-priyatiy prioritnogo natsional'nogo proyekta v sfere zdravookhraneniya «Zdorov'e». [Problems of the organization of rendering expensive (hi-tech) medical care to the population within realization of actions of the priority national project in a health care field «Health»]. Menedzher zdravookhraneniya. 2006; 6: 21–30 (in Russian).
14. Perhov V.I., Kolesnikov S.I., Pesennikova E.V. O formirovani obshchestvenno-chastnoy modeli organizatsii meditsinskoy pomoshchi v Rossii. [About formation of public and private model of the organization of medical care in Russia]. Acta biomedical scientifica. 2021; 6 (3): 216–226. DOI: 10.29413/ABS.2021-6.3.22 (in Russian).
15. Perhov V.I., Lyucko V.V. Makroekonomicheskiye raskhody na zdravookhraneniye v Rossii i za rubezhom. [Macroeconomic expenses on health care in Russia and abroad]. Nauchno-prakticheskii retsenziruyemyy zhurnal «Sovremennyye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoy statistiki». 2019; 2: 334–344. DOI: 0.24411/2312-2935-2019-10047 (in Russian).
16. Perhov V.I., Naberezhnaya I.B., Korhmazov V.T. Kvadrilemma vysokotekhnologichnoy meditsinskoy pomoshchi: nauchno-tekhnicheskii progress, finansirovaniye, kachestvo i pandemiya COVID-19. [Kvadrilemma of hi-tech medical care: scientific and technical progress, financing, quality and pandemic of COVID-19]. Elektronnyy nauchno-prakticheskii retsenziruyemyy zhurnal «Sovremennyye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoy statistiki». 2023; 1: 643–66. DOI: 10.24412/2312-2935-2023-1-643-667 (in Russian).
17. Perhov V.I., Yankevich D.S. Programma gosudarstvennykh garantiy besplatnogo okazaniya meditsinskoy pomoshchi: chto izmenilos' za 20 let? [Program of the state guarantees of free delivery of health care: what changed for 20 flyings?]. MEDICAL ACADEMIC. 2018; 18(4): 27–33 (in Russian).
18. Platnoye obsluzhivaniye naseleniya v Rossii: 2021. Stat. sb. Rosstat. [Paid service of the population in Russia: 2021]. Moskva; 2021. Available at: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13235> (accessed 04.04.2023) (in Russian).
19. Plesovskiy P.A. Tenevyeye finansy kak osnova tenevogo rynka meditsinskikh uslug. Korporativnoye upravleniye i innovatsionnoye razvitiye ekonomiki Severa. [Shadow finance as basis of the shadow market of medical services. Corporate management and the innovative development of economy of the North]. Vestnik Nauchno-issledovatel'skogo tsentra korporativnogo prava, upravleniya i venchurnogo investirovaniya Syktyvkarskogo gosudarstvennogo universiteta. 2009; 2: 70–8 (in Russian).
20. Poslanie Prezidenta Rossiyskoj Federatsii ot 26.05.2004 g. b/n. « O polozhenii v strane i osnovnykh napravleniyakh

- vnutrenney i vneshey politiki gosudarstva». [Message of the President of the Russian Federation of 26.05.2004. «About position in the country and the main directions of domestic and foreign policy of the state». Available at: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/36353/page/1> (accessed 11.04.2023) (in Russian).
21. Prezident Rossii. Oficial'nyj portal v Internet. Soveschaniye po voprosam modernizatsii pervichnogo zvena zdravookhraneniya. 20 avgusta 2019 goda. Moskva, Kreml'. [President of Russia. The official portal in the Internet. Meeting on modernization of primary link of health care. August 20, 2019. Moscow, Kremlin]. Available at: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/61340> (accessed 11.04.2023) (in Russian).
 22. Priказ Ministerstva zdravookhraneniya RF ot 31 marta 2021 g. № 278 «Ob utverzhdenii metodik rascheta osnovnykh i dopolnitel'nykh pokazateley federal'nogo proyekta «Bor'ba s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami», vkhodiyashchego v natsional'nyy proyekt «Zdravookhraneniye». [The order of the Ministry of Health of the Russian Federation of March 31, 2021 No. 278 «About the statement of method of calculation of the key and additional indicators of the federal project «Fight against Cardiovascular Diseases» entering the national Health care project]. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_382016/2ff7a8c72de3994f30496a0ccbb1ddafdad518/ (accessed 28.09.2022) (in Russian).
 23. Rodionova L.A., Kopnova E.D. Gendernyye i regional'nyye razlichiya v ozhidayemoy prodolzhitel'nosti zhizni v Rossii. [Gender and regional differences in the expected life expectancy in Russia. Statistics questions]. *Voprosy statistiki*. 2020; 27(1): 106–20 (in Russian).
 24. Samorodskaya I.V., Bojcov S.A. Povtorny infarkt miokarda: ocenka, riski, profilaktika. [Repeated myocardial infarction: assessment, risks, prevention]. *Rossiyskij kardiologicheskij zhurnal*. 2017; 146(6): 139–45 (in Russian).
 25. Solodchenkova O.A. Gosudarstvennyye natsional'nyye projekty kak instrument realizatsii prioritnykh tsel'ey gosudarstvennogo razvitiya. [State national projects as instrument of realization of the priority purposes of the state development]. *Sotsial'no-ekonomicheskoe razvitiye Rossii: problemy, tendentsii, perspektivy: sbornik nauchnykh statej 19-j Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii*. T. 4. Kursk; 2020: 148–55 (in Russian).
 26. Starodubov V.I. Itogi i perspektivy razvitiya prioritnogo natsional'nogo proyekta v sfere zdravookhraneniya. [Results and the prospects of development of the priority national project in a health care field]. *Menedzher zdravookhraneniya*. 2007; 1: 4–9 (in Russian).
 27. Stekol'shchikov L.V. Bolezni sistemy krovoobrashcheniya — odna iz osnovnykh prichin smertnosti naseleniya trudospobnogo vozrasta. [Diseases of a system of blood circulation — one of the leading causes of death of working-age population]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*. 2012; 3: 513–517 (in Russian).
 28. Technological project of Audit Chamber of the Russian Federation «State expenditure». [Technological project of the Accounting Chamber of the Russian Federation «State Expenditures»]. Available at: <https://spending.gov.ru/> (accessed 20.03.23) (in Russian).
 29. Ukaz Prezidenta Rossijskoj Federatsii ot 21.10.2005 № 1226 «O Sovete pri Prezidente Rossiyskoj Federatsii po realizatsii prioritnykh natsional'nykh proyektov». [Decree of the President of the Russian Federation of 21.10.2005 No. 1226 «About Council under the President of the Russian Federation for implementation of priority national projects»]. Available at: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/22966> (accessed 20.03.23) (in Russian).
 30. Ulumbekova G.E. Sistema zdravookhraneniya Rossiyskoj Federatsii: itogi, problemy, vyzovy i puti resheniya. [Health care system of the Russian Federation: results, problems, calls and solutions]. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2012; 2: 33–9 (in Russian).
 31. Oddoye J.P., Jones D.F., Tamiz M., Schmidt P. Combining simulation and goal programming for healthcare planning in a medical assessment unit. *European Journal of Operational Research*. 2009; 193(1): 250–61.

УДК 616.053.2+614.2+616-08-039.71+371.711+578.834.1+613.95+316.61
DOI: 10.56871/MHCO.2023.47.38.003

ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

© Марина Николаевна Салова¹, Евгения Владимировна Шеманаева¹,
Людмила Алексеевна Жданова², Ирина Евгеньевна Бобошко²

¹ Ивановская клиническая больница имени Куваевых. 153025, Российская Федерация, г. Иваново, ул. Ермака, 5

² Ивановская государственная медицинская академия. 153012, Российская Федерация, г. Иваново, Шереметьевский пр., 8

Контактная информация: Марина Николаевна Салова — заведующая отделением медицинской реабилитации детской поликлиники. E-mail: salova_m@mail.ru ORCID ID: 0000-0003-4171-4715 SPIN: 8767-9889

Для цитирования: Салова М.Н., Шеманаева Е.В., Жданова Л.А., Бобошко И.Е. Подходы к оптимизации работы детской поликлиники в условиях пандемии // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 3. С. 26–34. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.47.38.003>

Поступила: 27.04.2023

Одобрена: 19.05.2023

Принята к печати: 04.09.2023

РЕЗЮМЕ. Представлены основные направления оптимизации работы детской поликлиники в условиях пандемии, заключающиеся в сохранении полного объема профилактического направления работы при исключении пересечения потоков пациентов и минимизации визитов в учреждение здравоохранения. Раскрыты предпосылки и суть нововведений (проведение профилактических осмотров в определенные возрастные периоды, перед направлением ребенка на психолого-медико-педагогическую комиссию, медико-социальную экспертизу), показана их эффективность. Описан вариант использования электронных технологий для повышения комплаенса участкового педиатра с семьями пациентов, раннего выявления нарушений психического здоровья детей в возрасте двух лет. Предложены подходы к активному выявлению постковидных нарушений здоровья у детей и оказанию им реабилитационной помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: детская поликлиника; здоровье детей; новая коронавирусная инфекция.

APPROACHES TO OPTIMIZING THE WORK OF A CHILDREN'S POLYCLINIC IN THE CONTEXT OF PANDEMIC

© Marina N. Salova¹, Evgenia V. Shemanaeva¹, Lyudmila A. Zhdanova², Irina E. Boboshko²

¹ Ivanovo Clinical Hospital named after Kuvaev. Ermaka str. 5, Ivanovo, Russian Federation, 153025

² Ivanovo State Medical Academy. Sheremetievo Avenue 8, Ivanovo, Russian Federation, 153012

Contact information: Marina N. Salova — Head of the Department of medical rehabilitation of the children's polyclinic. E-mail: salova_m@mail.ru ORCID ID: 0000-0003-4171-4715 SPIN: 8767-9889

For citation: Salova MN, Shemanaeva EV, Zhdanova LA, Boboshko IE. Approaches to optimizing the work of a children's polyclinic in the context of pandemic. Medicine and health care organization (St. Petersburg). 2023;8(3):26-34. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.47.38.003>

Received: 27.04.2023

Revised: 19.05.2023

Accepted: 04.09.2023

ABSTRACT. The main directions of optimizing the work of a children's polyclinic in a pandemic are presented, which consist in maintaining the whole amount of preventive of work while excluding the crossover of patients' tides and minimizing the number of visits to a healthcare institution. The prerequisites and the goal of innovations are revealed (carrying out preventive examinations at

certain age periods, before referring a child to a psychological, medical and pedagogical commission, medical and social expertise), their effectiveness is shown. A variant of using electronic technologies to improve the compliance of the district pediatrician with the patients' families, early detection of mental health disorders in children aged 2 years is described. Approaches to the active detection of post-covid health disorders in children and providing them with rehabilitation assistance are proposed.

KEY WORDS: children's polyclinic; children's health; new coronavirus infection.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность поиска новых форм работы детской поликлиники в 2020–2021 гг. была обусловлена возникшей пандемией новой коронавирусной инфекции (НКВИ). В связи с длительным периодом ограничения населения в посещении учреждений, в том числе и медицинских, и вынужденным временным уменьшением объема оказания профилактической помощи изменились сроки прохождения несовершеннолетними профилактических осмотров. При этом важно было сохранить их проведение у детей, имеющих серьезные нарушения здоровья. Кроме этого, родители детей раннего возраста, не имеющие возможности лично обратиться к участковому педиатру, нуждались в регулярном получении рекомендаций по уходу, вскармливанию, развитию и воспитанию детей. Еще одной проблемой стало проведение контроля за состоянием здоровья детей из групп социального риска (семьи с детьми-инвалидами, семьи и несовершеннолетние в социально опасном положении, в трудной жизненной ситуации, дети-сироты и опекаемые, беременные и родившие до 18 лет).

Таким образом, в сложившейся ситуации пандемии и самоизоляции населения необходимо было максимально сохранить профилактическое направление деятельности работы детской поликлиники, при этом максимально уменьшив количество визитов и минимизировав время нахождения в ней ребенка и родителей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обосновать подходы к оптимизации работы детской поликлиники в условиях пандемии, а также оказанию комплексной реабилитационной помощи детям, перенесшим НКВИ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ медицинской документации (ф. 112/у) 987 детей в возрасте двух лет для выявления признаков нарушения психического развития, 868 детей 0–17 лет, перенесших

НКВИ в 2020–2022 гг., из них — 128 детей, получавших восстановительное лечение в отделении медицинской реабилитации по поводу постковидных нарушений здоровья. Все дети были пациентами детской поликлиники № 8 ОБУЗ ИКБ им. Куваевых г. Иваново. Проведено анкетирование родителей по вопросам выяснения удовлетворенности оказанием профилактической медицинской помощи в детской поликлинике. Анкетирование респондентов проводилось анонимно и на добровольной основе, после получения информированного согласия на специальном бланке, присылаемом на электронный адрес родителей. Показателями, характеризующими критерии оценки качества оказания помощи, были открытость и доступность информации о медицинской организации, комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения, время ожидания предоставления медицинской услуги; доброжелательность, вежливость и компетентность работников медицинской организации, удовлетворенность оказанными услугами.

M-CHAT-R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers) — модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста как скрининговый инструмент для оценки риска расстройства аутистического спектра имел список из 20 контрольных вопросов.

Оценка длительности пребывания пациентов в поликлинике проводилась посредством хронометража.

Кроме этого, проведена оценка статистической отчетной документации поликлиники, заполняемой по результатам медицинских осмотров несовершеннолетних.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на то что в начале периода самоизоляции населения (с начала апреля 2020 г.) заболевания НКВИ у детей встречались лишь в единичных случаях, было принято решение о необходимости внесения изменений в организацию работы детской поликлиники (рис. 1).

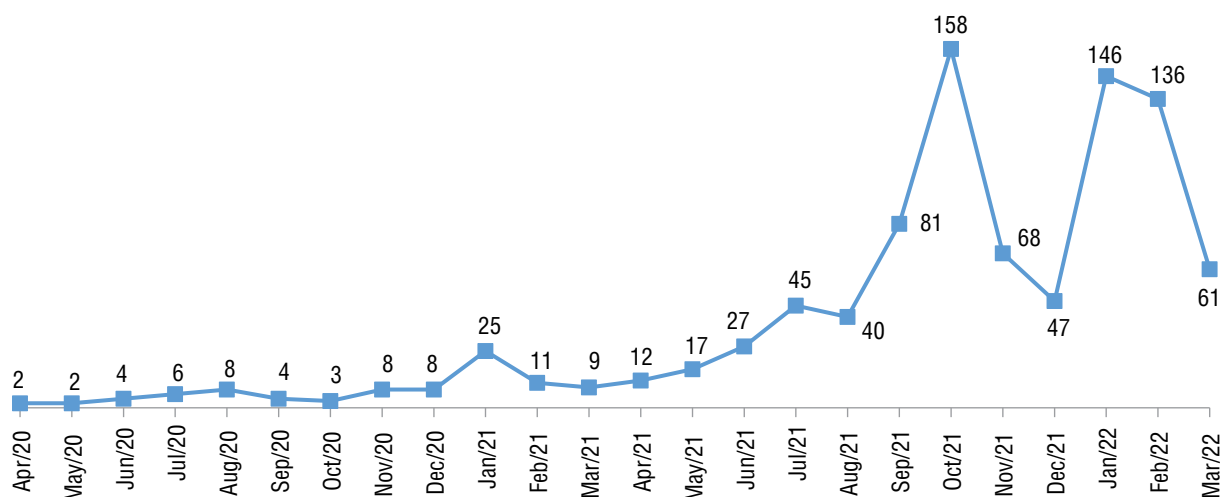


Рис. 1. Сезонная регистрация случаев НКВИ в детской поликлинике № 8 г. Иваново за 2020–2022 гг. (абс.)

Fig. 1. Seasonal incidence of NCVI in children's polyclinic № 8 in Ivanovo for 2020–2022 (abs.)

В начале пандемии в 2020 г. основной задачей детской поликлиники являлось предотвращение пересечения потоков пациентов, пришедших с профилактической и иными целями, а также сохранение качества оказываемой помощи при минимизации количества визитов в учреждение. В осенне-зимний период 2021 г. и в начале 2022 г. из-за всплеск НКВИ перед медиками были поставлены задачи своевременного выявления постковидных нарушений здоровья у детей и обоснования подходов к оказанию реабилитационной помощи таким пациентам. Для решения поставленных задач в детской поликлинике № 8 ОБУЗ «Ивановская клиническая больница имени Куваевых» г. Иваново с начала 2021 г. были внедрены новые формы работы.

1. Усовершенствование взаимодействия между детской поликлиникой и родителями с помощью электронных технологий

Проблема получения родителями качественной профилактической информации и возможность задать вопрос педиатру без визита в поликлинику была всегда, но в условиях пандемии она встала особенно остро.

Предпосылки нововведения:

- нехватка достоверной медицинской информации по вопросам ухода, питания, воспитания детей определенной возрастной категории в средствах массовой информации;
- сложность восприятия и запоминания родителями получаемой профилактической информации на приеме врача;

- отсутствие обратной связи педиатра с родителями по вопросам профилактики.

Суть нововведения заключалась в электронной рассылке медицинской информации по вопросам ухода, питания, вакцинации, воспитания детей, где также освещались актуальные социально значимые вопросы (изменения в режиме работы поликлиники, профилактики коронавирусной инфекции среди детского и взрослого населения, ответах на вопросы родителей).

Был разработан специальный бланк согласия пациентов на обработку персональных данных. Электронные адреса родителей собирались при первичном патронаже участковой медицинской сестры, далее медицинской сестрой кабинета здорового ребенка создавалась база адресов электронной почты законных представителей детей раннего возраста, прикрепленных к району обслуживания детской поликлиники. База разделялась на подгруппы по педиатрическим участкам и по возрастным периодам. Была создана информационно-методическая база для родителей (красочные буклеты, брошюры, памятки) с использованием современных научно-практических клинических рекомендаций с высоким уровнем доказательности. Ежедневно профилактическая информация с учетом возрастной группировки детей рассылалась родителям. Организована обратная связь с пациентами через электронную почту поликлиники. Ежедневно на сайте больницы и в почте детской поликлиники проводится мониторинг часто задаваемых вопросов, на основании которых создаются ответы-шаблоны.

Эффективность:

- повышение удовлетворенности родителей оказанием профилактической помощи в детской поликлинике (при анкетировании-опросе родителей в 2020 г. субъективная оценка составила 45%, в 2021 г. — 67%).

2. Оптимизация проведения комплексных медицинских осмотров неорганизованных детей

Проблемы в проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних возникали и в «доковидное» время, их организация имела немалые трудности, связанные как с записью к врачам узких специальностей, так и с необходимостью многократных посещений поликлиники, а также нахождением во время ожидания осмотра в общем коридоре здоровых и выздоравливающих детей.

Предпосылки нововведения:

- пересечение потоков пациентов, пришедших с профилактическими и иными целями;
- необходимость нескольких визитов в поликлинику для прохождения профилактического осмотра с участием нескольких врачей (в соответствии с нормативной базой) [3];
- длительное ожидание записи к врачам узких специальностей.

Суть нововведения заключается в проведении комплексного осмотра ребенка в строго определенное время бригадой необходимых для осмотров врачей-специалистов и педиатра, находящихся в смежных кабинетах. Для каждого вида осмотра, согласно возрасту ребенка, разработан маршрутный лист с указанием даты, времени осмотра и номера кабинета врача. Списки детей, подлежащих осмотру, формирует заведующая консультативно-диагностическим отделением.

В обязанности медицинской сестры участковой введено вручение уведомлений о дате, времени и месте проведения профилактического осмотра родителям пациентов. Бригада врачей располагается в одном крыле здания детской поликлиники в соседних кабинетах, что позволяет родителям без труда найти нужный кабинет (по порядку) и за короткое время пройти осмотр.

Результаты:

- сокращение времени прохождения комплексного медицинского осмотра ребенка: в 2020 г. на прохождение медицинского осмотра требовалось от 4 до 12 визитов в поликлинику, при этом общее время на-

хождения в поликлинику составляло более 150 минут; в 2021 г. для этих целей требовалось 2 визита, общее время в поликлинику — 60–90 минут;

- предотвращение пересечения потоков пациентов с профилактическими и иными целями в поликлинике;
- повышение логичности маршрута движения пациента с закреплением для него даты и времени визита к врачу-педиатру и (или врачам специалистам);
- соблюдение равномерности нагрузки на врачей-специалистов и уменьшения времени прохождения всех этапов профилактического осмотра одним пациентом;
- дополнительно в обязанности медицинской сестры участковой введено вручение уведомлений о дате, времени и месте проведения профилактического осмотра родителям пациентов;
- разработаны шаблоны профилактического осмотра в соответствии с объемами обследования, полом и возрастом ребенка;
- повышение уровня охвата медицинскими осмотрами несовершеннолетних (МОН) (в 2020 г. — 70%, в 2021 г. — 93%);
- отсутствие необходимости самостоятельно записываться на прием к врачам узких специальностей повысило удовлетворенность комфортом, а существенная экономия времени родителей значительно повысила удовлетворенность населения параметрами организационного фактора медицинских профилактических осмотров (в 2020 г. — 23%, в 2021 г. — 75%).

3. Оптимизация проведения комплексного осмотра ребенка направлением на психолого-медико-педагогическую комиссию или медико-социальную экспертизу

Аналогично были организованы осмотры детей с нарушением развития и тяжелыми заболеваниями, направляемых на психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПК) и медико-социальную экспертизу (МСЭ).

Суть нововведения: проводится комплексный осмотр ребенка перед направлением его на ПМПК или оформлением документов на МСЭ, при этом родителям выдаются маршрутные листы с указанием времени осмотра и кабинетов специалистов, участковым педиатром заранее готовится выписка из амбулаторной карты ребенка для ПМПК. Для облегчения взаимодействия с ПМПК был разработан единый «Бланк заключения врачей-специалистов», который

заменяет 4 справки, выдаваемые родителям по результатам осмотра.

Эффективность:

- сокращение времени прохождения комплексного медицинского осмотра ребенка: в 2020 г. требовалось от 5 до 10 визитов, в 2021 г. — 2 визита;
- исключение пересечения потоков пациентов с профилактическими и иными целями в поликлинике;
- повышение удовлетворенности пациентов организацией этих видов осмотров за счет экономии времени родителей (в 2020 г. — 34%, в 2021 г. — 83%);
- укрепление межведомственного взаимодействия с ПМПК (положительные отзывы руководителей областной и территориальной ПМПК).

4. Организация записи на комплексные медицинские осмотры с помощью сайта детской поликлиники

Необходимость минимизировать количество визитов пациента в поликлинику привела к широкому включению использования электронных технологий в процесс организации комплексных осмотров.

Предпосылки нововведения:

- «лишние» посещения родителями участкового педиатра для сообщения о необходимости прохождения ребенком комплексного осмотра с какой-либо целью (например, перед ПМПК, перед МСЭ, в определенные возрастные периоды);
- миграция населения и большое количество вновь прибывших в поликлинику детей, не прошедших плановый профилактический осмотр.

Суть нововведения: на сайте детской поликлиники был создан раздел «онлайн-услуги», который позволяет родителям без посещения детской поликлиники заказать комплексный профилактический осмотр ребенка. Заявка на проведение комплексного медицинского осмотра приходит на почту детской поликлиники, сразу обрабатывается старшей медицинской сестрой консультативно-диагностического отделения, в истории развития ребенка анализируются даты предыдущих осмотров.

Формируется маршрутный лист, включающий дату и время проведения комплексного осмотра. Далее ребенок приглашается в поликлинику в телефонном разговоре с законным представителем, также маршрутный лист направляется на электронную почту родителей.

Эффективность:

- сокращение обращений к педиатру с целью сообщения необходимости пройти комплексный осмотр: в 2020 г. — до 10 посещений в смену, в 2021 г. — не более 2;
- исключение пересечения потоков пациентов, обращающихся с профилактическими и иными целями в детскую поликлинику;
- повышение удовлетворенности населения благодаря отсутствию необходимости посещать поликлинику с целью записи на осмотр.

5. Оптимизация работы кабинета медико-социальной помощи

Особые трудности в период пандемии возникли в работе с пациентами, помощь которым предполагает участие специалистов кабинета медико-социальной помощи.

Предпосылки нововведения:

- трудности первичного выявления семей социального риска в условиях вынужденной самоизоляции населения;
- организация и контроль над оказанием медицинской помощи детям из семей социального риска в условиях ограничения оказания профилактической помощи в поликлинике;
- необходимость регулярной передачи информации на межведомственном уровне об этой категории пациентов поликлиники.

Суть нововведения: обновлен и усовершенствован лист информации по неблагополучным семьям, передаваемой участковой службой в кабинет медико-социальной помощи: он содержит информацию по составу семьи, ее социальному статусу, конкретных выявленных при патронаже семьи проблемах (возможные варианты содержатся в листе информации). В электронном виде ведутся журналы медико-социальной службы детской поликлиники: выявления и учета работы с семьями социального риска, детей по опекунству и попечительству, результативности работы с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, список детей-инвалидов, список детей в социально опасном положении и др.

Эффективность:

- повышение уровня охвата медицинскими осмотрами детей из семей социального риска и в трудной жизненной ситуации, опекаемых, сирот, детей-инвалидов: в 2020 г. — 72%, в 2021 г. — 95%;

- налажена своевременная межведомственная передача информации о неблагополучных семьях.

6. Оптимизация процесса раннего выявления нарушений психического здоровья у детей

Особую сложность при комплексной оценке здоровья детей представляют диагностика нервно-психического развития и выявление нарушений психического здоровья. Чаще всего это проводится формально — ввиду дефицита времени и отсутствия методической базы, а участие психиатра в диагностике отклонений развития у ребенка, как правило, сопровождается неадекватным отношением к этому родителей.

Предпосылки нововведения:

- высокая частота отклонений в психическом развитии у детей, возрастание расстройств аутистического спектра [1, 2, 5, 6];
- отказ родителей от проведения скрининга на выявление у ребенка группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития у детей с 18 месяцев (согласно действующей нормативной базе) [3, 4];
- повышение общей тревожности населения в условиях пандемии и усиление негативного отношения к медицинским процедурам.

Именно поэтому традиционное использование рекомендованного теста М-СНАТ для своевременного выявления нарушений психического развития у детей с полутора лет также потребовало некоторой оптимизации.

Суть нововведения: перед плановым профилактическим осмотром ребенка в возрасте 2 лет родителям на электронную почту направляется профилактическая информация о важности раннего выявления психических расстройств, а также тест М-СНАТ, который предлагается заполнить матери в спокойных домашних условиях и принести в день осмотра.

Участковый педиатр во время профилактического осмотра анализирует результаты М-СНАТ и при необходимости дает направление к психиатру и/или неврологу (если родители отказываются от визита к психиатру).

Эффективность:

- повышение комплаенса с родителями по вопросам необходимости анкетирования: в 2020 г. отказ от заполнения теста — 24% родителей, в 2021 г. — 2%;
- повышение уровня выявления отклонений психического здоровья у детей в возрасте 2 лет: в 2020 г. — у 3% детей, в 2021 г. — у 15% детей.

В нашей поликлинике дети с нарушением психического развития могут получить комплексную помощь в отделении медицинской реабилитации. Работа отделения заключается в проведении комплексной коррекционной медико-психолого-педагогической реабилитации, которая осуществляется не только врачами, но и педагогами. Большинство пациентов отделения — дети с задержкой нервно-психического развития. Но в последнее время в работе отделения мы вынуждены были сделать акцент на оказание помощи детям, перенесшим новую коронавирусную инфекцию.

7. Оказание в детской поликлинике реабилитационной помощи детям, переболевшим новой коронавирусной инфекцией

С апреля 2020 г. по февраль 2022 г. (включительно) НКВИ была диагностирована у 868 детей. После перенесенного COVID-19 в поликлинику обратились 325 детей (37,44%) с различными жалобами на нарушения здоровья, причем почти половину из них составили подростки (табл. 1).

Основными клиническими синдромами постковидных нарушений здоровья у детей всех возрастов являлись соматовегетативный, цереб्रोастенический синдромы, эмоционально-поведенческие нарушения, у дошкольников присоединялся еще и дизартрический, а у школьников — когнитивный и цефалгический синдромы (табл. 2).

Важно отметить, что все дети с постковидными нарушениями имели отягощенный перинатальный фон.

Для активного выявления постковидных нарушений здоровья у пациентов была разработана скрининг-анкета для детей раннего, дошкольного и школьного возраста (с 15 лет заполняется пациентом самостоятельно); она базируется на основных клинических проявлениях, характерных для детей этих возрастных периодов. Онлайн-анкетирование родителей выявило постковидные нарушения здоровья у 73% детей.

Предпосылки нововведения:

- высокая частота нарушений здоровья у детей после перенесенного COVID-19;
- необходимость оказания реабилитационной помощи детскому населению в условиях поликлиники.

Суть нововведения: рассылка на электронную почту родителей детей, перенесших НКВИ, скрининг-анкеты для выявления постковидных нарушений здоровья. Дети, имеющие клинические признаки постковидного

Таблица 1

Частота нарушений здоровья после перенесенной НКВИ
у детей разных возрастных групп

Table 1

The frequency of health disorders after undergoing NCVI in children of different age groups

Возрастные периоды / Age periods	Факт. / Fact.	%	Доверительный интервал / Confidence interval
Дети 0–3 лет (раннего возраста) / Children 0–3 years old (young age)	48	14,77	40–56
Дети 4–7 лет (дошкольного возраста) / Children 4–7 years old (preschool age)	60	18,46	51–69
Дети 8–11 лет (младшего школьного возраста) / Children 8–11 years old (primary school age)	65	20,0	56–74
Дети 12–17 лет (среднего и старшего школьного возраста) / Children 12–17 years old (middle and high school age)	152	46,77	140–164

Таблица 2

Основные клинические проявления постковидного синдрома у детей разных возрастных групп (%)

Table 2

The main clinical manifestations of bridge syndrome in children of different age groups (%)

Ведущий клинический синдром / Leading clinical syndrome	Дети (возраст, лет) / Children (years old)			
	0–3 (n=48)	4–7 (n=60)	8–11 (n=65)	12–17 (n=152)
Соматовегетативный / Somatovegetative	70,83	26,67	15,38	7,24
Эмоционально-поведенческий / Emotional and behavioral	29,17	50,0	18,46	21,05
Цереб्रोастенический / Cerebrastenic	–	–	32,31	32,24
Дизартрический / Dysarthric	–	23,33	–	–
Когнитивный / Cognitive	–	–	23,77	14,47
Цефалгический / Cephalgic	–	–	10,77	25,0

синдрома, приглашаются в отделение медицинской реабилитации для прохождения восстановительного лечения. В семью направляется электронная памятка по организации жизнедеятельности ребенка, в которой разъясняется необходимость соблюдения режима дня, своевременного сна, питания, постепенного возобновления физических нагрузок и охранительного климата в семье (чаще хвалить для улучшения серотониновой медиации). На сайте поликлиники размещена презентация с «лайфхаками здоровья».

В отделении медицинской реабилитации проводятся:

- 1) физиотерапевтические процедуры с учетом ведущих клинических проявлений постковидного синдрома;
- 2) различные виды массажа;
- 3) специально разработанная гимнастика, включающая дыхательные и нейропсихологические упражнения;

- 4) консультация и занятия с психологом, педагогом-когнитивистом, логопедом;
- 5) медикаментозное лечение (строго индивидуально).

Детям, имеющим выраженные клинические проявления декомпенсации неврологических заболеваний, неврологом назначаются нейроангиопротекторы и препараты ноотропного ряда с учетом данных ультразвуковой доплерографии сосудов головного мозга, электроэнцефалограммы, а в ряде случаев — и результатов магнитно-резонансной томографии.

Эффективность: после проведения 10-дневного курса реабилитации у всех детей отмечена положительная динамика:

- у 58,3% детей раннего возраста отмечена нормализация сна, поведения и аппетита;
- у 63,3% дошкольников улучшилось поведение и сон, у 10,0% — нормализовалась артикуляционная моторика;

- у 61,5% младших школьников повысился уровень настроения и произвольного внимания;
- у 66,4% средних и старших школьников купировались головные боли, восстановилась работоспособность и когнитивные функции, нормализовался эмоциональный фон.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пандемия НКВИ и вынужденная самоизоляция населения привели к необходимости изменения форм работы детской поликлиники, особенно в плане профилактического направления деятельности. Активное использование электронных технологий позволило сохранить возможность взаимодействия участкового педиатра с родителями по темам ухода за детьми, особенностей питания, вакцинации, воспитания детей, а также поддерживать обратную связь и отвечать на актуальные вопросы родителей, что способствовало повышению медицинской грамотности родителей в вопросах формирования здоровья ребенка и профилактики его нарушений. Использование цифровых ресурсов способствовало раннему выявлению нарушений психического здоровья у детей двухлетнего возраста, а также признаков постковидного синдрома у детей разных возрастных групп за счет повышения охвата родителей анкетированием по этим направлениям.

Организация работы бригады врачей-специалистов в одно время и в одном месте позволила проводить комплексные профилактические медицинские осмотры детей, снижая количество их визитов в поликлинику, минимизируя время нахождения в поликлинике, а также исключая пересечение потоков пациентов, пришедших с профилактическими и иными целями. Такая форма работы позволила в условиях ограничения социальных контактов продолжать решать одну из основных задач детской поликлиники — раннее выявление нарушений здоровья у детей.

Создание электронной базы медицинской документации кабинета медико-социальной помощи способствовало повышению охвата медицинскими осмотрами детей из семей социального риска, а также существенно облегчило межведомственное взаимодействие между поликлиникой и органами социальной защиты населения.

Модернизация деятельности отделения медицинской реабилитации и смещение акцента на оказание комплексной помощи детям

с постковидными расстройствами здоровья способствовали восстановлению нарушенных функций за короткий промежуток времени при преимущественном использовании немедикаментозных методов лечения.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В. Состояние и задачи совершенствования медико-социальной помощи детскому населению. Вопросы современной педиатрии. 2020; 19(3): 184–9.
2. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). РАС (РАС). Доступен по: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders> (дата обращения 03.12.2019).
3. Приказ МЗ РФ от 10.08.2017 г. № 514-н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних». Доступен по: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201708210001> (дата обращения: 30.10.2022).
4. Приказ МЗ РФ от 13.06.2019 г. № 396-н «О внесении изменений в порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. № 514-н». Доступен по: <http://publication.pravo.gov>.

ru/Document/View/0001201910040014 (дата обращения: 30.10.22).

5. Протасова Л.М., Масунов В.Н., Бойков В.А. и др. Опыт внедрения технологий бережливого производства в здравоохранении: обзор лучших практик. Социальные аспекты здоровья населения. 2019; 4(68): 1–35. Доступен по: <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-vnedreniya-tehnologiy-berezhlivogo-proizvodstva-v-zdravooohranenii-obzor-luchshih-praktik> (дата обращения: 06.12.2022).
6. Сковцов И.А. Детский аутизм в неврологии. М.: МЕДпресс-информ; 2020.

REFERENCES

1. Baranov A.A., Al'bitskiy V.Yu., Ustinova N.V. *Sostoyaniye i zadachi sovershenstvovaniya mediko-sotsial'noy pomoshchi detskomu naseleniyu*. [The state and tasks of improving medical and social assistance to the child population]. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. 2020; 19(3): 184–9 (in Russian).
2. *Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya (VOZ). RAS (RAS)*. [World Health Organization (WHO). RAS (RAS)]. Available at: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders> (accessed: 3.12.2019) (in Russian).
3. Prikaz MZ RF ot 10.08.2017 g. № 514-n «O poryadke provedeniya profilakticheskikh meditsinskikh osmotrov nesovershennoletnikh». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 514-n dated 10.08.2017 «On the procedure for preventive medical examinations of minors»]. Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201708210001> (accessed: 30.10.22) (in Russian).
4. Prikaz MZ RF ot 13.06.2019 g. № 396-n « O vnesenii izmeneniy v poryadok provedeniya profilakticheskikh meditsinskikh osmotrov nesovershennoletnikh, utverzhennyy prikazom Ministerstva zdavookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 10 avgusta 2017 g. № 514-n». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 396-n dated 13.06.2019 «On Amendments to the Procedure for preventive medical examinations of minors, approved by Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 514-n dated August 10, 2017»]. Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201910040014> (accessed: 30.10.22) (in Russian).
5. Protasova L.M., Masunov V.N., Bojkov V.A. i dr. *Opyt vnedreniya tekhnologiy berezhlivogo proizvodstva v zdavookhraneni: obzor luchshikh praktik*. [Experience in implementing lean manufacturing technologies in healthcare: an overview of best practices]. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2019; 4(68): 1–35. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-vnedreniya-tehnologiy-berezhlivogo-proizvodstva-v-zdravooohranenii-obzor-luchshih-praktik> (accessed: 6.12.2019) (in Russian).
6. Skvortsov I.A. *Detskiy autizm v nevrologii*. [Children's autism in neurology]. Moskva: MEDpress-inform Publ.; 2020 (in Russian).

УДК 37.013.78
DOI: 10.56871/МНСО.2023.82.70.004

ОПЫТ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА К ОБУЧЕНИЮ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

© Галина Анатольевна Суслова, Елена Валерьевна Соусова,
Вадим Валитханович Тулегенов, Татьяна Анатольевна Алиева

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, Литовская ул., 2

Контактная информация: Вадим Валитханович Тулегенов — к. ю. н., доцент, начальник отдела внутреннего контроля качества образовательной и научной деятельности. E-mail: pc_gpmu@mail.ru
ORCID ID: 0000-0002-1116-1024 SPIN: 1743-8806

Для цитирования: Суслова Г.А., Соусова Е.В., Тулегенов В.В., Алиева Т.А. Опыт исследования социально-психологической готовности студентов первого курса к обучению в медицинском университете // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 3. С. 35–45. DOI: <https://doi.org/10.56871/МНСО.2023.82.70.004>

Поступила: 18.05.2023

Одобрена: 26.06.2023

Принята к печати: 04.09.2023

РЕЗЮМЕ. С целью исследования уровня мотивации студента к овладению необходимыми компетенциями и степени готовности к познавательной деятельности было проведено анкетирование студентов-первокурсников. Для реализации данной цели осуществлено анкетирование 300 студентов, поступивших в Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Посредством анализа ответов на вопросы анкеты были изучены непосредственная мотивация к обучению, семейные условия, состояние здоровья, самоидентификация в системе школьного образования, личностные особенности и личные достижения, а также досуговые предпочтения студентов-первокурсников. Вкратце характеризуя результаты исследования, хотелось бы остановиться на следующих моментах. Мотивация поступления в педиатрический университет формируется под воздействием интереса к медицинской профессии, кроме того, абитуриенты руководствуются удобным расположением вуза и рекомендациями друзей. Большая часть студентов-первокурсников представляют благополучные семьи и отличаются ответственным поведением, что находит свое выражение в приверженности к здоровому образу жизни, готовности пересмотреть свои приоритеты ради обучения в вузе, системном изучении естественно-научных предметов. С психологической точки зрения в характере студентов-первокурсников доминируют бесконфликтность, уравновешенность, коммуникабельность, адаптивность, консерватизм, что позволяет сделать вывод о соответствии личностных качеств избранной профессии. Студентов-первокурсников отличает также стремление к развитию и самосовершенствованию.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: адаптация; анкета; анкетирование; досуг; единый государственный экзамен; здоровый образ жизни; мотивация; ответственное поведение; репрезентативность; семья; социальная стратификация.

THE EXPERIENCE OF INVESTIGATION OF THE SOCIO-PSYCHOLOGICAL READINESS OF FIRST-YEAR STUDENTS TO STUDY AT A MEDICAL UNIVERSITY

© Galina A. Suslova, Elena V. Sousova, Vadim V. Tulegenov, Tat'yana A. Alieva

Saint Petersburg State Pediatric Medical University. Lithuania 2, Saint Petersburg, Russian Federation, 194100

Contact information: Vadim V. Tulegenov — PhD (Law), Associate Professor, Head of the Department of Internal Quality Control of educational and scientific activities. E-mail: pc_gpmu@mail.ru ORCID ID: 0000-0002-1116-1024 SPIN: 1743-8806

For citation: Suslova GA, Sousova EV, Tulegenov VV, Alieva TA. The experience of investigation of the socio-psychological readiness of first-year students to study at a medical university. Medicine and health care organization (St. Petersburg). 2023;8(3):35-45. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.82.70.004>

Received: 18.05.2023

Revised: 26.06.2023

Accepted: 04.09.2023

ABSTRACT. In order to study the level of motivation of a student to master the necessary competencies and the degree of readiness for cognitive activity, a survey of first-year students was conducted. To achieve this goal, a survey of 300 students enrolled in the St. Petersburg State Pediatric Medical University was carried out. By analyzing the answers to the questionnaire, firsthand motivation to study, family conditions, health status, self-identification in the school system, personal characteristics and personal achievements, as well as leisure preferences of the first-year students were studied. Briefly describing the results of the study, we focused on the following points. The motivation for admission to a pediatric university is formed under the influence of interest in the medical profession, in addition, applicants are guided by the convenient location of the university and the recommendations of friends. Despite the fact that there is a crisis of the family institute in the country, most of the first-year students belong to prosperous families and are distinguished by responsible behavior, which is expressed in their commitment to a healthy lifestyle, willingness to reconsider their lifestyle for the sake of studying at a university, systematic study of natural science subjects. From a psychological point of view, the character of first-year students is dominated by conflict-free, balance, sociability, adaptability, conservatism, which allows to conclude that the personal qualities of the chosen profession correspond. Also, first-year students are distinguished by the desire for development and self-improvement.

KEY WORDS: adaptation; questionnaire; survey; leisure; unified state exam; healthy lifestyle; motivation; responsible behavior; representativeness; family; social stratification.

ВВЕДЕНИЕ

Социальная трансформация российского общества, наблюдаемая на протяжении последних тридцати лет, не могла не отразиться на состоянии высшей школы. Современное российское общество, по сравнению с советским, является более сложным, и это значительно повлияло на его социальную структуру. В частности, современное общество характеризуется широкой палитрой социальных статусов, социальных ролей и моделей поведения [6, 7].

Помимо преобразований структуры общества претерпели изменения внутри социальных и микросоциальных групп. Например, в восьмидесятые годы прошлого века дети, зачастую без присмотра родителей, играли в городских дворах. На шее у многих из них висел ключ от квартиры, иногда ключ оставляли под коврик, а в частных домах использовали навесные замки. Такое, во многом наивное, отношение к личной собственности предоставляло даже неискушенному злоумышленнику широкий простор для незаконного обогащения. В современной России задача злоумышленников усложнена появлением

дополнительных препятствий (домофоны; консьержи; системы видеонаблюдения вообще и аппаратно-программный комплекс «Безопасный город» в частности; различные охранные системы — от простых механических устройств до комплексных и т.д.).

Сложность современного российского общества обусловливается появлением различных моделей поведения. Если рассматривать труд как основной вид деятельности человека, формирующий ядро личности, то в настоящее время он претерпел существенные изменения. В ряде случаев трудовая занятость, в ее классическом понимании, отрицается иными формами получения дохода, например, участием в бизнесе родных и близких; получением дивидендов от ценных бумаг и банковских вкладов; инвестированием, спекуляцией на бирже, с недвижимостью, криптовалютой; сдачей квартир в аренду; размещением контента в сети Интернет (блогерство, стримерство, тик-токерство, вайнинг) и т.д. Следствием иных форм получения дохода выступает большое количество свободного времени, которое может использоваться индивидуумом как угодно. В советское время такое поведение исключалось наличи-

ем уголовной ответственности за тунеядство (ст. 209 УК РСФСР).

Не поддается сомнению утверждение о том, что современный российский социум и общество тридцатипятилетний давности отличаются друг от друга кардинально. Эти изменения не могли не отразиться на личности современного студента, что обуславливает необходимость научного осмысления данного явления.

Нельзя также не отметить ЕГЭ как достаточно сложный институт современного российского образования. Применительно к ЕГЭ хотелось бы остановиться на одной его ключевой особенности — повышение доступности высшего образования. В случае, если для поступления в вуз достаточно лишь результатов ЕГЭ и не нужно проходить дополнительные вступительные испытания, то абитуриенту и его родителям нет необходимости нести финансовые расходы и обременять себя дополнительными проблемами, связанными с поездкой в вуз. Достаточно дистанционно представить необходимые документы.

Данное обстоятельство не осталось без внимания Президента России В.В. Путина: «У ЕГЭ есть много минусов. Я знаю, многие наши граждане возмущаются начетничеством, которое имеет место в этой системе, — это правда, это существует. Но, с другой стороны, это открывает возможности для очень многих детей с периферии тех образовательных центров, которые есть, потому что, допустим, в некоторых городах развивается среднее и высшее образование, но не так, как в традиционных образовательных центрах в крупных наших миллионниках. Для них — детей с периферии — открываются возможности учиться в ведущих высших школах страны именно с помощью ЕГЭ» [1].

В этих условиях «местные» абитуриенты теряют конкурентное преимущество, а конкурс на отдельные специальности вуза возрастает многократно. Так, по итогам приемной кампании 2022 года в Санкт-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете на специальность 31.05.01 «Лечебное дело» на место в рамках контрольных цифр приема граждан за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета конкурс был очень высоким и составил 458,0 абитуриентов на одно место, большинство из которых представляли различные субъекты Российской Федерации и подали документы дистанционно.

Таким образом, изменения в структуре общества и характере социальных отношений, а также повышение доступности высшего обра-

зования и их проекция на личность студента-первокурсника медицинского вуза обусловили научный интерес к данной проблематике.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью настоящей работы выступает прикладной анализ социального портрета студента-первокурсника. В этой связи прикладная цель предполагает оценку уровня мотивации студента к овладению необходимыми компетенциями и степени готовности к познавательной деятельности в системе высшего образования, а также выявление причин, обуславливающих или препятствующих ее формированию. Анализ социального портрета студента-первокурсника позволит повысить качество организации образовательного процесса, воспитательной работы, выбора эффективных педагогических методов и технологий, увеличит степень вовлечения студентов в научную работу, облегчит социально-психологическую адаптацию, а также будет полезен и в иных значимых сторонах жизни вуза [5, 8].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Предметом данной статьи выступает проекция современных общественных институтов, отношений, явлений на личность студента-первокурсника, то есть частный вариант социального поведения. Общеизвестно, что социальное поведение является предметом исследования социологической науки. В этой связи нами были выбраны социологические методы.

Социологические методы представлены достаточно широкой палитрой: анализ документов, контент-анализ, социальное (социологическое) наблюдение, анкетирование, интервью, метод экспертных оценок, социометрический опрос, тестирование, социальный (социологический) эксперимент, мониторинг.

По результатам приемной кампании 2022 года в Университет по программам бакалавриата и специалитета за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и по договорам об оказании платных образовательных услуг было зачислено 1117 студентов, и нам потребовалось выбрать наиболее эффективный метод для такой большой группы. На наш взгляд, таким методом является анкетирование. Главным достоинством анкетирования выступает возможность за относительно небольшой промежуток времени опросить большое количество респондентов.

В настоящей работе метод анкетирования предопределил следующие этапы исследования.

- *Первый этап.* Определение темы анкетирования, постановка целей и задач.
- *Второй этап.* Разработка анкеты с закрытыми вопросами (дихотомические вопросы — «да», «нет», «затрудняюсь ответить»; многовариантные вопросы; шкальные вопросы (от слова «шкала»), например, вопрос анкеты: «*Курите ли Вы?*» а) нет; б) не каждый день; в) ежедневно до 10 сигарет; г) в среднем около пачки в день; д) 1–2 пачки в день; е) более 2 пачек в день.
- *Третий этап.* Обсуждение анкеты с профессорско-преподавательским и административно-управленческим составом Университета с применением, в том числе, метода «мозгового штурма».
- *Четвертый этап.* Исправление недостатков, замечаний по результатам обсуждения, редакторская правка.
- *Пятый этап.* Непосредственное проведение анкетирования.
- *Шестой этап.* Обобщение результатов опроса и подготовка отчета, обсуждение результатов анкетирования с профессорско-преподавательским и административно-управленческим составом Университета.

Метод анкетирования не лишен недостатков, главный из которых — недостоверность ответов, что может быть обусловлено необдуманностью, поспешностью, намеренным желанием исказить результаты исследования.

Нивелировать данный недостаток можно посредством использования статистически представительной выборки. В нашем случае выборка составила 300 респондентов, что отвечает требованию репрезентативности. Говорить о показательности выборки нам позволяют результаты науковедческого социологического исследования В.И. Паниотто и В.С. Максименко [2].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анкета состояла из 35 вопросов. Все вопросы можно разделить на шесть блоков, каждый из которых имеет следующие условные названия: «непосредственная мотивация к обучению», «условия в семье», «состояние здоровья», «самоидентификация первокурсника в системе школьного образования», «личностные особенности первокурсника», «личные достижения и досуговые предпочтения».

Анализ ответов на вопросы первого блока показал следующие результаты.

На вопрос «Что повлияло на Ваш выбор профессии?», студентам предлагалось выбрать

несколько вариантов ответа. 87,7% опрошенных ответили — интерес к медицинской профессии; 19,3% — привлекла перспектива гарантированного трудоустройства; 8,7% — желание продолжить медицинскую династию; 10,0% — желание иметь диплом о высшем образовании; 14,3% — перспектива хорошего заработка по окончании вуза; 3,7% — настоятельная рекомендация родителей; 0,4% — общественное мнение; 0,7% — средства массовой информации; 0,3% оставили вопрос без ответа. Среди выбравших вариант «другое» 1,3% первокурсников заявили о том, что на выбор профессии повлияло желание спасти людям жизнь, 0,7% студентов признались в желании оказывать людям помощь в нахождении себя, такое же количество обучающихся указали на желание достичь поставленных целей. Примеры единичных ответов: «мечта», «стабильность в профессии», «хочу быть профессором», «любовь к детям».

Ответы на вопрос «Откуда Вы узнали о Педиатрическом университете?» распределились следующим образом: 27,0% — из официального сайта Университета; 15,0% — из социальных сетей; 29,7% — от друзей; 12,0% — от школьных учителей; 27,3% — от родителей или родственников; 18,3% — информация представителей медицинских организаций; 4,3% не смогли ответить на данный вопрос. Среди избравших ответ «другое» 1,7% опрошенных сообщили, что узнали о Педиатрическом университете благодаря личному опыту — находясь ранее на лечении в клинике Университета. Примеры единичных ответов: «тут училась мама», «люблю детей», «направление врача», «на курсах».

В отношении мотивации поступления именно в Педиатрический университет были получены следующие данные: более низкая стоимость обучения была ведущим мотивом у 5,7% респондентов; удобное расположение Университета — у 32,3%; наличие общежития — у 1,3%; рекомендация родителей — у 18,3%; наличие целевого направления — у 15,3%; поступили вместе с друзьями 5,0% респондентов; рекомендация друзей, которые уже учатся в Университете — у 35,0%; насыщенная студенческая жизнь — у 20,3%; выбор совершили случайно 20,3% опрошенных. Из лиц, давших «развернутый» ответ в качестве фактора, повлиявшего на поступление именно в Педиатрический университет, 1,6% опрошенных указали высокий уровень качества обучения. Столько же первокурсников выделили университет как «лучший» (1,6%). На решение 0,7% студентов повлияли «низкий проходной балл»

и «большое количество бюджетных мест». Примеры единичных ответов: «гарантировано трудоустройство», «семейная традиция», «хорошая репутация вуза», «личная история», «отношение к абитуриентам».

Как мы видим, мотивация поступления в Университет носит достаточно сложный характер. С содержательной точки зрения доминирует интерес к медицинской профессии. С формальной точки зрения решающим значением при выборе вуза обладали: объективный фактор — удобное расположение вуза (32,3%) и субъективный фактор — рекомендации друзей, обучающихся в вузе (35,0%). Можно говорить о том, что значительное влияние на абитуриентов оказывает микросоциальное окружение, которое в частности формирует информационную повестку (29,7% респондентов узнали об Университете из рассказов друзей; 35,0% поступили под влиянием рекомендаций друзей). В целом обучающиеся в вузе высоко оценивают характер и условия обучения в Университете и формируют о нем положительное общественное мнение. Интерес к медицинской профессии целесообразно поддерживать и при проведении учебных занятий по «немедицинским дисциплинам», используя в качестве примеров достижения медицинской науки, медицинскую статистику, материалы медицинской практики, проблемные и спорные моменты в организации здравоохранения. Думается, что данное обстоятельство необходимо учитывать в первую очередь начинающим преподавателям — выпускникам немедицинских вузов.

Вопросы второго блока анкеты посвящены отношениям в семье. Большинство опрошенных проживают в полной семье (90,7%); в неполной (с одним из родителей (с мамой, с папой), бабушкой или бабушкой) — 6,0%; с опекуном — 0,7%; в малообеспеченной семье — 0,3%; примечательно, что 2,7% опрошенных имеют свою семью. По результатам переписи населения 2020 года 61,5% детей воспитываются в полных семьях [3]. Данный факт позволяет утверждать о том, что большинство первокурсников воспитывалось в благоприятных семейных условиях, в которых родители отличаются ответственным отношением к институту семьи. Учитывая, что более тридцати лет наше общество пребывает в состоянии перманентного кризиса, затронувшего все стороны социального бытия, ответственное поведение родителей — это значительный личный капитал, который формировался в очень непростых условиях, когда индивидуум должен был постоянно критически анализировать текущие соци-

альные условия и ситуации, соизмерять свои возможности и реальную действительность и быть им конгруэнтным, а также сдерживать свое поведение в приемлемых рамках.

Думается, что ответственное поведение родителей культивируется и в детях, что позволяет утверждать о том, что большинство студентов-первокурсников отличаются не только ответственным поведением и являются носителями социального капитала, но и отличаются способностью к социальной адаптации. Подтверждают этот тезис следующие результаты ответов. Подавляющее большинство первокурсников (76,8%) планируют совмещать учебу и работу. Из них 28,0% — начиная с третьего курса, 18,0% — со второго, 15,7% — с первого, 12,7% — с четвертого, 0,7% — с пятого. Ответили положительно, не указав курс — 1,7%, дали отрицательный ответ — 17,0%, затруднились с ответом — 4,7%, ответили «не знаю» — 1,7% студентов. Совмещение получения высшего образования и трудовой деятельности подчеркивает ответственность поведения студентов-первокурсников.

Еще одна группа ответов также указывает на благоприятные семейные условия. Так, на вопрос: «Принимали ли Ваши родители активное участие в школьной жизни?» — 45,0% ответили утвердительно, 36,0% — отрицательно, 17,7% — затруднились ответить, 1,3% не смогли ответить. Иными словами, родители 45,0% респондентов находили время и силы и принимали активное участие в школьной жизни абитуриента.

Единственным ребенком в семье является 27,7% респондентов; двое детей — в семьях 45,7% респондентов; трое и больше детей — в семьях 25,3% респондентов; 1,3% не ответили на данный вопрос.

Кратко характеризуя семейные отношения студентов-первокурсников можно сделать вывод о том, что большинство из них представляют благополучные семьи и отличаются ответственным поведением. Вместе с тем необходимо иметь в виду, что социальная адаптированность и способность контролировать свою деятельность — это только основа для формирования необходимых универсальных и общепрофессиональных компетенций. В этих условиях достаточно серьезные требования предъявляются к личности преподавателей, которые должны вдохновить студента на глубокое и системное изучение учебных дисциплин по аналогии с известным выражением Плутарха: «Ученик — это не сосуд, который надо наполнить, а факел, который надо зажечь». В конечном итоге

по окончании обучения в вузе студент должен обладать системой знаний, умений и навыков, которая позволит решать ему следующие задачи профессиональной деятельности: медицинские; научно-исследовательские; организационно-управленческие.

В третьем блоке вопросов анализировалось здоровье студентов. Практически здоровыми считают себя 77,3% опрошенных; часто болеющими — 8,0%, имеющими хронические заболевания — 15,3%; на ограниченные возможности здоровья указывают 2,3% опрошенных. Обращает на себя внимание достаточно высокий удельный вес практически здоровых опрошенных. Высокий удельный вес практически здоровых первокурсников коррелирует с ответами на вопросы, изучающие отношение к вредным привычкам.

Так, по результатам изучения ответов на вопрос: «Курите ли Вы?» — был выявлен высокий удельный вес некурящих студентов-первокурсников (82,7%); 11,0% курят не каждый день; к ежедневно курящим до 10 сигарет относят себя 3,7%; выкуривают в среднем около пачки сигарет в день 1,3%; выкуривают 1–2 пачки в день 0,3% студентов-первокурсников. К употреблению спиртных напитков студенты-первокурсники относятся менее категорично. В частности ответы распределились следующим образом: не употребляют алкогольные напитки — 61,7% опрошенных; употребляют несколько раз в год — 30,7%; употребляют несколько раз в месяц — 6,0%; употребляют несколько раз в неделю — 0,3%; 1,0% опрошенных не ответили на данный вопрос. Как мы видим, студенты Университета демонстрируют высокую приверженность здоровому образу жизни.

Кроме того, изучение индивидуальных суточных ритмов позволило выявить, что 68,7% опрошенных относят себя к «совам», а 30,0% — к «жаворонкам», 1,0% опрошенных оставили данный вопрос без ответа. Вместе с тем выразили готовность изменить режим дня ради учебы в Университете 85,3% респондентов; 1,3% считают, что не готовы изменить режим дня ради учебы; 8,7% затруднились с ответом; 4,7% респондентов не ответили на этот вопрос. Данное обстоятельство подчеркивает наличие мотивации на получение высшего образования.

Резюмируя отношение к здоровью в целом, также обращает на себя внимание ответственное поведение первокурсников, что находят свое выражение в приверженности к здоровому образу жизни и готовности пересмотреть образ жизни ради обучения в вузе. Представляется, что готовность пересмотреть свои приоритеты

ради обучения в Университете и рациональный подход к здоровью должны не исключать, а дополнять друг друга.

Мы полагаем, что здоровый образ жизни для современного врача становится неотъемлемой частью успешного имиджа. В частности, в соответствии с ч. 1 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 28.04.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Именно поэтому образовательный процесс в медицинском вузе и внеучебная деятельность должны быть нацелены на формирование, сохранение и поддержание правильного подхода к здоровью [4]. Здоровье — это не только личный капитал будущего врача, но и залог успешного формирования здорового образа жизни у будущих пациентов и санитарно-гигиенического просвещения населения, основанный на «золотом правиле» педагогики: «Личный пример — лучший способ воспитания». Думается, что при умелой организации большинство студентов-первокурсников с удовольствием примут участие в мероприятиях, направленных на формирование здорового образа жизни.

В рамках блока, посвященного самоидентификации первокурсника в системе школьного образования, респондентам предлагалось перечислить школьные предметы, которые они изучали с большим интересом (можно указать несколько предметов). Наибольшее упоминание (78,3%) получил предмет «биология», выбрали дисциплину «химия» 62,7% опрошенных, 17,7% с интересом изучали предмет «литература», 15,3% — «иностранный язык», 10,3% — «история», 10,3% — «русский язык». Только 6,0% студентов с интересом изучали «физику». Интерес к дисциплине «обществознание» проявили 5,3% опрошенных, к занятиям «физической культурой» — 2,7%. Интерес к другим школьным предметам не превышал 2,0% общего числа опрошенных.

При перечислении школьных предметов, изучение которых не вызывало интереса (можно указать несколько предметов), наиболее популярным был ответ «физика», его выбрали 39,0% первокурсников, 26,0% посчитали неинтересным изучение предмета «математика»,

19,7% студентов указали «история», 13,7% — «иностранный язык», 12,7% — «обществознание», 10,7% — «информатика», 7,0% — «физическая культура», 6,3% — «литература», 4,0% — «химия», 3,3% — «русский язык». Другие предметы были выбраны менее чем 3,0% студентов.

Наиболее сложными для изучения школьными предметами оказались следующие (можно было указать несколько предметов): «физика» — ее выбрали 45,0% первокурсников, «математика» — 35,3%, «химия» — 16,3%, «иностранный язык» — 10,3%, «история» — 7,0%, «биология» — 6,3%, «русский язык» — 4,0%, «информатика» — 4,0%, «литература» — 3,3%. Другие предметы сложными для изучения показались менее чем 3,0% студентов. Примечательно, что практически для каждого шестого «химия» была наиболее сложным предметом.

Наименее сложными для изучения школьными предметами оказались следующие (можно было указать несколько предметов): «биология» — ее выбрали 34,0% студентов, «химия» — 30,3%, «русский язык» — 27,7%, «математика» — 18,0%, «иностранный язык» — 14,3%, «история» — 9,0%, «физическая культура» — 5,7%, «основы безопасности жизнедеятельности» — 5,3%, «обществознание» — 5,0%. Другие предметы наименее сложными для изучения показались менее чем 3,0% студентов.

Представляются небезынтесными ответы на следующий вопрос: «Какое из нижеприведенных утверждений лучше всего характеризует Ваше отношение к учебе в школе?» 67,3% принявших участие в опросе ответили, что «учились с интересом, старались учиться как можно лучше»; 21,3% — «учился нормально, но особого интереса к учебе не было»; 11,0% — «учился старательно, но ожидаемого результата не получил»; 1,3% — «учиться было не очень неинтересно, никакого старания в учебе не проявлял»; вариант «учиться было неинтересно, никакого старания в учебе никогда не проявлял» никто не отметил; 1,0% принявших участие в опросе оставили данный вопрос без ответа. Думается, что ответы «учился с интересом», «учился нормально», «учился старательно» в целом подчеркивают серьезное и осознанное отношение к получению знаний. Иными словами, 99,6% респондентов ответственно относились к учебе в школе.

13,7% респондентов готовились к сдаче Единого государственного экзамена самостоятельно; 29,7% готовились самостоятельно и на дополнительных занятиях в школе; 6,0% готовились с репетитором к одному экзамену;

36,7% готовились с репетитором к двум экзаменам; 28,0% готовились с репетитором к трем и более экзаменам; 1,7% не ответили на данный вопрос. Анализ ответов на данный вопрос позволяет говорить, что 64,7% готовились к сдаче двух или более Единых государственных экзаменов с помощью репетиторов.

Характеризуя ответы в целом, хочется еще раз отметить, что отличительной особенностью первокурсников является ответственное поведение, которое, с одной стороны, нашло свое выражение в том, что они смогли найти внутренний консенсус между потенциальной возможностью стать врачом в отдаленной перспективе и необходимостью несколько лет глубоко и системно изучать естественно-научные предметы. То есть в подростковом возрасте они смогли разумно соотносить свои потребности с возможностями. С другой стороны, необходимость глубокого и системного изучения естественно-научных предметов заставила потенциальных первокурсников кардинально пересмотреть систему мотивации и распорядок дня, самоорганизоваться и выделить необходимое количество свободного времени. Также обращает на себя внимание поддержка со стороны родителей, осознавших необходимость занятий с репетитором и выделивших необходимое количество денежных средств из семейного бюджета.

С точки зрения развития студенческой науки, мы полагаем, что готовность пересмотреть образ жизни ради обучения в Университете, способность глубоко и системно изучать естественно-научные предметы, а также научное руководство со стороны старших коллег, которые смогут зажечь в ученике «факел познания», приведут к синергетическому эффекту. Представляется, что на кафедры ложится достаточно ответственная задача по привлечению талантливой молодежи к участию в работе студенческих научных обществ.

Вопросы пятого блока посвящены личностным особенностям первокурсника. Совершенно очевидно, что способность врача вести себя бесконфликтно обладает ключевым значением. В этой связи нами было выявлено, что у 72,7% анкетированных не было конфликтов в школе с учителями; у 14,0% были конфликты; 12,3% затруднились ответить; 1,3% не ответили на вопрос. Аналогичные результаты были получены при изучении степеней терпимости респондентов в отношениях с одноклассниками. На вопрос: «Были ли у Вас конфликты с одноклассниками?» — 76,0% опрошенных ответили отрицательно; 18,0% — положительно; 4,3%

затруднились ответить; 1,3% оставили вопрос без ответа. Анализ степени терпимости в отношениях с учителями и одноклассниками позволяет утверждать, что значительная часть поступивших на первый курс (свыше 70%) могут вести себя бесконфликтно и сдерживать себя в социально приемлемых рамках даже в критических ситуациях.

Высказанное суждение о бесконфликтности большинства поступивших на первый курс подтверждают ответы на два следующих вопроса. Так, на вопрос: «Считаете ли Вы себя спокойным, уравновешенным человеком?» — 84,0% участвовавших в опросе ответили утвердительно; 3,7% — отрицательно; 10,3% — затруднились ответить; 2,3% участвовавших в опросе не ответили на вопрос. Ответы на вопрос: «Считаете ли Вы себя вспыльчивым, неуравновешенным человеком?» — распределились следующим образом: согласились с данным утверждением — 7,0%; не считают себя вспыльчивым и неуравновешенным человеком — 82,3%; затруднились с ответом — 9,3%; не смогли ответить на данный вопрос 1,0% респондентов.

На вопрос: «Вам доставляет удовольствие совершать рискованные поступки ради забавы?» — 11,7% респондентов ответили утвердительно; 71,0% — отрицательно; 12,7% — затруднились с ответом; 4,7% респондентов оставили вопрос без ответа. Как мы видим, 71,0% респондентов утвердились в том, что предпочитают спокойный образ жизни.

Следующий вопрос был посвящен анализу коммуникативных особенностей студентов-первокурсников. Утвердительно на вопрос: «Испытываете ли Вы трудности в общении?» — ответили 9,0% анкетированных; отрицательно — 77,3%; затруднились с ответом — 13,3%; оставили вопрос без ответа 1,3% анкетированных.

Собственные адаптивные возможности были оценены следующим образом. Так, вопрос: «Легко ли Вам приспосабливаться к новым условиям?» — выявил, что 69,0% опрошенных легко приспосабливаются; 10,3% — трудно приспосабливаются; 19,7% — затруднились ответить; 1,0% — не ответили на данный вопрос.

В рамках опроса студентам предлагалось назвать свои качества (если такие есть), по которым они, по их мнению, превосходят других. Чаще всего упоминались следующие: «ответственность» — 8,0%, «целеустремленность» — 7,7%, «трудолюбие» — 6,3%, «упорство» — 6,0%, «уравновешенность» — 6,0%, «коммуникабельность» — 5,0%, «усидчивость» — 5,0%. Реже назывались такие качества, как «отзывчивость» — 1,7%, «открытость» — 1,7%. Отдель-

но можно отметить такие единичные ответы как «хитрость», «ехидство», «хладнокровность», «безжалостность», «эгоизм».

Еще один вопрос, посвященный личной самооценке, был поставлен следующим образом: «Можете ли Вы себя назвать лидером, инициатором каких-либо дел в коллективе?». 44,0% анкетированных на данный вопрос ответили положительно; 30,0% — отрицательно; 25,7% — затруднились ответить; 1,0% анкетированных оставили вопрос без ответа.

В рамках опроса студентам предлагалось указать неформальное молодежное движение, взгляды которого они разделяют: 94,7% не смогли назвать такие неформальные молодежные движения; 1,7% симпатизируют панкам; 0,7% — анимешникам; среди единичных ответов упоминались «альтушки», «волонтерское движение», «готы», «клуб любителей поспать», «ЛГБТК+», «неомодернисты», «феминистки», «эмо». Как мы видим, удельный вес лиц, разделяющих консервативные культурные ценности, очень высокий.

Анализ ответов на вопросы, посвященные личной самоидентификации, позволяет говорить о том, что студенты-первокурсники достаточно ответственно относятся к своему поведению. Об этом говорят такие качества личности, как бесконфликтность, уравновешенность, коммуникабельность, адаптивность, консерватизм. Думается, что психологические свойства личности соответствуют избранной профессии. Вместе с тем необходимо учитывать, что с точки зрения социальной адаптации студенты находятся в сложной ситуации. Данное положение дел обусловлено двумя группами факторов. С одной стороны, наше государство, осуществляющее СВО, с идеологической точки зрения находится в непростых условиях. С другой стороны, ряд студентов-первокурсников в силу возраста отличаются социальной незрелостью, у некоторых студентов отсутствует опыт социального взаимодействия в условиях мегаполиса. Воздействие данных групп факторов может обусловить вовлечение студентов в деятельность деструктивных и экстремистских молодежных движений, а также криминальных групп. Совершенно очевидно, что не будет ошибочным утверждение о том, что профилактическая работа в отношении данных социально-негативных явлений должна проводиться в рамках учебной деятельности, воспитательных мероприятий, института кураторства, электронно-информационной среды вуза и др.

В последнем блоке вопросов рассматриваются личные достижения и досуговые предпочтения. Характеризуя способы и формы проведения досуга при ответе на вопрос: «В школе

Вы активно участвовали (возможны несколько вариантов ответов): а) в художественной самодельности (КВН, концерты, конкурсы); б) в спортивных мероприятиях; в) в факультативных занятиях, научных кружках; г) в предметных олимпиадах; д) в совете старшеклассников» — опрошенные отметили следующее. 32,0% респондентов принимали участие в художественной самодельности (КВН, концерты, конкурсы); 30,3% — в спортивных мероприятиях; 33,3% — в факультативных занятиях, научных кружках; 41,0% — в предметных олимпиадах; 12,0% — в совете старшеклассников; 14,7% респондентов не выбрали ни одного варианта. Как мы видим, значительная часть респондентов вела в школе активную общественную жизнь и внеурочную деятельность.

Еще одним подтверждением активной жизненной позиции стали ответы на вопрос: «Как Вы относитесь к общественным поручениям?». Выбрали ответ «положительно» 50,7%; «отрицательно» — 7,0%; «безразлично» — 11,0%; вариант «затрудняюсь ответить» выбрали 22,3%; оставили вопрос без ответа 9,3%. Таким образом, свыше половины респондентов готовы выполнять общественные поручения.

Среди опрошенных студентов первого курса 54,0% являются призерами предметных олимпиад. Из них 17,0% студентов — призерами двух и более олимпиад. Наибольшее количество вновь поступивших студентов являются призерами олимпиад по предметам «биология» — 18,7% и «химия» — 10,0%. Победили на олимпиаде по русскому языку 5,0%. Столько же (5,0%) являются призерами олимпиад по иностранным языкам. Одинаковое число (3,7%) среди опрошенных студентов занимают призеры олимпиад по таким предметам, как «экология» и «обществознание». По другим предметным олимпиадам количество победителей менее 3,0%.

18,0% респондентов имеют достижения в спорте (разряд или спортивное звание). Наиболее популярными видами спорта являются плавание (3,0%) и легкая атлетика (3,0%). Достижения в волейболе имеют 1,0% первокурсников, такое же количество студентов имеют спортивное звание по направлению «бальные танцы». Золотым знаком отличия ГТО обладают 2,0% студентов.

Почти четверть (23,0%) респондентов владеют игрой на музыкальном инструменте, из них 9,0% владеют двумя и более инструментами. Самыми распространенными являются такие инструменты, как фортепиано (15,0%) и гитара (9,0%). Менее популярны укулеле (3,0%) и флейта (2,3%). Единичные студенты (менее

1,0%) владеют игрой на таких инструментах, как свирель, кларнет, барабаны, саксофон, аккордеон, домбра, баян.

Почти половина опрошенных студентов (46,3%) заявили о владении иностранным языком. Из них 9,7% владеют двумя и более языками. Наибольшую популярность имеет английский язык (46,3%). Менее популярны французский (4,3%) и итальянский (1,3%) языки. Испанский язык — 1,0%, турецкий язык — 0,7%. По уровню владения: считают знания базовыми 17,0%, средними — 22,7%, продвинутыми — 5,0% респондентов. 5,0% опрошенных не указали степень владения иностранным языком.

Только 1,3% респондентов указали на достижения в компьютерном программировании (средний уровень и выше).

Большая часть студентов (78,8%) имеют интересы и увлечения (хобби). Наибольший интерес вызывают творчество (27,3%) и чтение (18,7%). Одинаковое количество опрошенных (по 11,7%) увлечены спортом и танцами. Менее популярны занятия вокалом (4,3%) и фотографией (4,0%). Увлекаются компьютерными играми 2,7% студентов. 6,0% студентов посещали театральные студии.

Интерес к чтению проявляют 58,0% респондентов. 35,3% опрошенных прочитывают не более двух книг в месяц, 14,7% — не более четырех, 5–6 книг в месяц прочитывают 5,3% студентов. Осваивают 7 книг и более 2,7% студентов. Затруднились с ответом 0,3%.

При ответе на вопрос: «Какой литературный или киногогерой лучше всех воплотил образ врача?» — 17,3% студентов назвали героев классической русской литературы. Из них 13,3% опрошенных вспомнили героев романов М. Булгакова («Собачье сердце», «Записки юного врача», «Морфий»), 1,7% таковым посчитали Доктора Живаго (Б. Пастернак), 2,3% респондентов вспомнили Евгения Базарова из романа И. Тургенева «Отцы и дети». В ответах присутствовали также современные киногогерои: Доктор Хаус, Олег Брагин (сериал «Склифосовский»), Наталья Бахметьева (сериал «Тест на беременность»), герои сериала «Анатомия страсти», главный герой сериала «Нулевой пациент» и др. Некоторые студенты отнесли к ответу с юмором, назвав следующих персонажей: Доктор Ливси (м.ф. Остров сокровищ), Андрей Быков (сериал «Интерны»), доктор Айболит.

Обобщая ответы на вопросы последнего блока, следует подчеркнуть, что большинство опрошенных занимает активную жизненную

позицию и стремятся к развитию и самосовершенствованию. Данный тезис подтверждается активным участием в общественной жизни школы и внеурочной деятельности, в предметных олимпиадах, наличием хобби, чтением художественной литературы, владением иностранными языками и музыкальными инструментами.

ВЫВОДЫ

1. Мотивация поступления и последующего обучения в медицинском вузе носит достаточно сложный характер и формируется под воздействием различных групп факторов: социальных, микросоциального окружения, индивидуального миропонимания, семейных и утилитарных ценностей.

2. Большинство первокурсников, поступивших в 2022 году в Университет, в целом мотивированы на получение высшего образования, овладение необходимыми компетенциями и готовы к познавательной деятельности.

3. В семьях первокурсников прививаются и поощряются сознательные, рациональные отношения.

4. Первокурсники отличаются ответственным поведением, что находит свое выражение в отношении к здоровью, готовности самоорганизоваться и пересмотреть образ жизни ради обучения в вузе, стремлении к развитию и самосовершенствованию.

5. Психологические свойства личности первокурсников в целом соответствуют избранной профессии.

6. Резюмируя работу в целом, можно сделать вывод о том, что студенты, поступившие на первый курс Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета по программам бакалавриата и специалитета, характеризуются высокой степенью социально-психологической готовности к обучению.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимир Путин принял участие в работе ежегодного съезда Российского союза промышленников и предпринимателей. Доступен по ссылке: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/70688> (дата обращения 17.03.2023).
2. Паниотто В.И., Максименко В.С. Количественные методы в социологических исследованиях. Киев; 2003.
3. Сколько в России одиноких матерей и отцов. И сколько детей живет с бабушками и дедушками. Доступен по ссылке: <https://journal.tinkoff.ru/single-parents/> (дата обращения 19.03.2023).
4. Татаров В.Б. Сравнительный анализ анкетирования студентов по вопросам здорового образа жизни. Альманах мировой науки. 2017; 1–2(16): 153–5.
5. Темзокова А.В. Анкетирование студентов фармацевтического факультета и его результаты. Международный журнал экспериментального образования. 2015; 4–1: 240–2.
6. Тихонова Н.Е. Трансформации социальной структуры российского общества: конец 1980-х — конец 2010-х гг. Социологические исследования. 2021; 8: 22–32.
7. Тощенко Ж.Т. Прекариат — новый социальный класс. Социологические исследования. 2015; 6: 3–13.
8. Цыцора В.Я., Лукиенко Л.В., Каменский М.Н. Анкетирование студентов как фактор активизации учебной деятельности и преподавателя, и студентов. Известия Тульского государственного университета. Педагогика. 2020; 4: 76–81.

REFERENCES

1. Vladimir Putin prinyal uchastie v rabote ezhegodnogo s"ezda Rossijskogo soyuza promyshlennikov i predprinimatelej. [Vladimir Putin took part in the annual congress of the Russian Union of Industrialists and Entrepreneurs]. Available at: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/70688> (accessed: 17.03.2023) (in Russian).
2. Paniotto V.I., Maksimenko V.S. Kolichestvennye metody v sociologicheskikh issledovaniyah. [Quantitative methods in sociological research]. Kiev; 2003.

3. Skol'ko v Rossii odinokih materej i otcov. I skol'ko detej zhivet s babushkami i dedushkami. [How many single mothers and fathers are there in Russia. And how many children live with grandparents]. Available at: <https://journal.tinkoff.ru/single-parents/> (accessed: 19.03.2023) (in Russian).
4. Tatarov V.B. Sravnitel'nyj analiz anketirovaniya studentov po voprosam zdorovogo obraza zhizni. Al'manah mirovoj nauki. 2017; 1–2 (16): 153–5 (in Russian).
5. Temzokova A.V. Anketirovanie studentov farmacevticheskogo fakul'teta i ego rezul'taty. Mezhdunarodnyj zhurnal eksperimental'nogo obrazovaniya. 2015; 4–1: 240–2 (in Russian).
6. Tihonova N.E. Transformacii social'noj struktury rossijskogo obshchestva: konec 1980-h — konec 2010-h gg. [Transformations of the Social structure of Russian Society: late 1980s — late 2010s]. Sociologicheskie issledovaniya. 2021; 8: 22–32 (in Russian).
7. Toshchenko Zh.T. Precariat — novyj social'nyj klass. [The Precariat is a new social class]. Sociologicheskie issledovaniya. 2015; 6: 3–13 (in Russian).
8. Cycora V.Ya., Lukienko L.V., Kamenskij M.N. Anketirovanie studentov kak faktor aktivizacii uchebnoj deyatel'nosti i prepodavatelya, i studentov. Izvestiya Tul'skogo gosudarstvennogo universiteta. Pedagogika. 2020; 4: 76–81 (in Russian).

УДК 614.2+378.17+371.321+159.9+37.018+303.621.322
DOI: 10.56871/MHCO.2023.94.38.005

МНЕНИЕ СТУДЕНТОВ О КАЧЕСТВЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

© Николай Иванович Вишняков, Клара Ильинична Шапиро,
Лариса Валерьяновна Кочорова, Константин Сергеевич Клюковкин,
Михаил Викторович Окулов

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова.
197022, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8

Контактная информация: Лариса Валерьяновна Кочорова — д.м.н., профессор, профессор кафедры
общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением.
E-mail: larisakochorova@yandex.ru ORCID ID: 0000-0002-9016-8602 SPIN: 5332-1103

Для цитирования: Вишняков Н.И., Шапиро К.И., Кочорова Л.В., Клюковкин К.С., Окулов М.В. Мнение студентов
о качестве преподавания дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» // Медицина и организация
здравоохранения. 2023. Т. 8. № 3. С. 46–53. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.94.38.005>

Поступила: 10.04.2023

Одобрена: 22.05.2023

Принята к печати: 04.09.2023

РЕЗЮМЕ. Проведено социологическое изучение (анонимное анкетирование) мнения студентов 4-го курса лечебного факультета медицинского университета об организации учебного процесса на кафедре общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением. Специально разработанная для целей данного исследования анкета включала 4 блока вопросов: оценку удовлетворенности качеством лекций; удовлетворенность практическими занятиями; оценку организации учебного процесса; комплексную оценку удовлетворенности качеством преподавания данной дисциплины в целом. В анкетировании приняли участие 188 студентов ($49,8 \pm 2,6\%$ общего числа обучающихся на курсе). Проведенный анализ показал, что качеством лекций вполне удовлетворены более половины студентов. Качеством проведения практических занятий и уровнем общения студентов с преподавателем вполне удовлетворены более 90%. В целом полную удовлетворенность качеством преподавания дисциплины высказали $62,0 \pm 3,5\%$ респондентов, а еще третья часть была скорее удовлетворена, чем не удовлетворена работой кафедры. Выявлены наиболее полезные, ценные с точки зрения дальнейшего применения в последующей практической деятельности, темы, а также темы, наиболее сложные для усвоения студентами. Проанализированы замечания и рекомендации респондентов по улучшению преподавания предмета.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: учебный процесс; мнение студентов; общественное здоровье; организация здравоохранения.

STUDENTS' OPINION ON THE QUALITY OF TEACHING THE SUBJECT “PUBLIC HEALTH AND HEALTHCARE”

© Nikolay I. Vishnyakov, Klara I. Shapiro, Larisa V. Kochorova,
Konstantin S. Klyukovkin, Mikhail V. Okulov

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. L'va Tolstogo st., 6–8, Saint Petersburg, Russian Federation, 197022

Contact information: Larisa V. Kochorova — MD, PhD, Professor of the Department of Public Health and Health with a course in Economics and Health Management. E-mail: larisakochorova@yandex.ru ORCID ID: 0000-0002-9016-8602 SPIN: 5332-1103

For citation: Vishnyakov NI, Shapiro KI, Kochorova LV, Klyukovkin KS, Okulov MV. Students' opinion on the quality of teaching the subject "Public health and healthcare". *Medicine and health care organization* (St. Petersburg). 2023;8(3):46-53. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.94.38.005>

Received: 10.04.2023

Revised: 22.05.2023

Accepted: 04.09.2023

ABSTRACT. A sociological study (anonymous questionnaire) of the opinion of 4th-year students of the Medical Faculty of the Medical University on the organization of the educational process at the Department of Public Health and Healthcare with a course in economics and health management was conducted. The questionnaire, specially developed for the purposes of this study, included 4 blocks of questions: assessment of satisfaction with the quality of lectures; satisfaction with practical studies; assessment of the organization of working out of missed classes, a system for monitoring and evaluating the knowledge and skills acquired, the quantity and quality of teaching aids; a comprehensive assessment of satisfaction with the quality of teaching this discipline as a whole. 188 students took part in the survey ($49.8 \pm 2.6\%$ of the total number of students in the course). The analysis showed that more than half of the students are quite satisfied with the quality of lectures. The quality of practical classes and the level of communication between students and the teacher. More than 90% are completely satisfied with the quality of practical classes and the level of communication between students and the teacher. In general, 62.0 ± 3.5 respondents expressed full satisfaction with the quality of teaching the discipline, and another third part was more satisfied than dissatisfied with the work of the department. The most useful, valuable from the point of view of further application in subsequent practical activity, topics, as well as topics that are most difficult for students to learn, are identified. The comments and recommendations of respondents on improving the teaching of the subject are analyzed.

KEY WORDS: educational process; students' opinion; public health; healthcare organization.

ВВЕДЕНИЕ

Вопросам организации обучения студентов посвящено немало исследований. Авторы рассматривают этот вопрос с разных позиций. Особое внимание уделяется использованию здоровьесберегающих технологий: создание комфортных условий для обучения; использование оздоровительных методик, регулирующих двигательную активность, и приемов реабилитации умственной и физической работоспособности [3, 6, 13]. Значительное число публикаций освещают роль педагога в организации образовательного процесса [4, 5, 7, 8], его компетентности, грамотной организации воспитательной и учебной деятельности по формированию у студентов глубоких профессиональных знаний, практических навыков и умений. Многие авторы отмечают значительную роль вовлеченности студентов в учебный процесс [9, 10, 18, 19]. Широко рассматриваются вопросы внедрения инновационных электронно-образовательных ресурсов и технологий в учебный процесс для повышения усвояемости материала и закрепления знаний: электронные лекции [12, 15–17], мультимедийные лекции [14, 16], которые позволяют сделать подачу информации более интересной, запоминающейся и наглядной в демонстрационном плане.

В «Федеральной целевой программе развития образования на 2016–2020 г.» были намечены основные цели развития образования, подчеркивалась его направленность на обеспечение доступности качественного образования, отвечающего требованиям инновационного социально ориентированного развития страны. Одним из стратегических инструментов, способствующих достижению этих целей, может стать сильная организационная культура образовательной организации [1, 2, 11], которая рассматривается не только как фактор развития вуза, но и как фактор формирования общекультурных компетенций студентов. В указанных работах авторами разработан электронный модуль посещаемости, который позволяет генерировать отчетность по конкретной учебной группе. Это позволяет облегчить обязанности работников деканата и старост групп, обеспечить учет и визуализацию данных, что, в конечном счете, способствует корректировке управления образовательным процессом работниками деканата вуза.

В ноябре 2022 года на совместном заседании Правления и Совета Российского Союза ректоров и Президиума РАН были представлены итоги второго этапа всероссийского исследования «Удовлетворенность студентов обучением и образовательными возможностями». В рамках данного исследования студентам предлагалось

оценить открытость, полноту и доступность информации о деятельности организации, размещенной на информационных стендах; пользование официальным сайтом организации в сети Интернет; удовлетворенность открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности организации на ее официальном сайте; комфортность получения услуг в организации; оценить доступность предоставления услуг для инвалидов и других маломобильных групп граждан в организации; доброжелательность и вежливость работников организации, которые непосредственно оказывают услуги; использование каких-либо дистанционных способов взаимодействия с организацией; обеспечение навигацией внутри организации; удобство графика работы организации; удовлетворенность в целом условиями оказания услуг в организации, а также внести предложения для улучшения условий оказания услуг в данной организации. В настоящий момент проводится третий этап этого исследования, результаты которого, несомненно, дадут возможность выявить значимые тренды в системе высшего образования в стране.

Несмотря на большое число современных публикаций, мы не встретили статей об удовлетворенности учащихся организацией учебного процесса в медицинском вузе и, тем более, на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения. **Целью** нашего исследования стала разработка рекомендаций для совершенствования организации учебного процесса для студентов на кафедре общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением.

МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДИКА

Проведено социологическое исследование удовлетворенности организацией учебного процесса на кафедре общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» путем анонимного анкетирования студентов 4-го курса лечебного факультета. Анкетирование проводилось после завершения лекционного курса и после окончания цикла занятий на кафедре. Специально разработанная для целей данного исследования анкета включала 4 блока вопросов.

Первый блок включал оценку удовлетворенности качеством лекций (интересно, доступно, иллюстративно). Второй блок связан с практическими занятиями (удовлетворенность расписанием занятий, проведением занятий,

качеством получаемых знаний, уровнем общения преподавателя со студентами). Третий блок включал оценку организации отработок пропущенных занятий, системы контроля полученных знаний и умений, проведение зачетов, количества и качества учебно-методических пособий. В заключение было предложено представить комплексную оценку удовлетворенности качеством преподавания данной дисциплины в целом. Оценка этих позиций проводилась по пятибалльной системе. Четвертый блок вопросов характеризовал отношение студентов к изучаемой дисциплине: «Считаете ли Вы изучаемый предмет необходимым для практической работы врача?»; «Появился ли у Вас интерес к участию в научных исследованиях по организации здравоохранения и общественному здоровью?»; «Появилось ли у Вас желание в будущем работать в сфере управления здравоохранением?». Ответы оценивались также по пятибалльной системе. Кроме того, анкета содержала ряд открытых вопросов, на которые предполагалось дать свободные ответы:

- «Какой из разделов дисциплины Вы считаете наиболее полезным, ценным с точки зрения дальнейшего применения в последующей практической деятельности?»;
- «Назовите тему, которая осталась для Вас наименее понятной после прохождения курса»;
- «Назовите тему, которая была для Вас наиболее интересной»;
- «Ваши замечания, предложения и рекомендации для улучшения качества преподавания».

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе исследования проведено анонимное анкетирование 188 студентов 4-го курса лечебного факультета ($49,8 \pm 2,6\%$ общего числа обучающихся на курсе, выборка статистически достоверна).

Проведенный анализ показал, что качеством лекций вполне удовлетворены более половины студентов. Качеством проведения практических занятий и уровнем общения студентов с преподавателем вполне удовлетворены более 90% респондентов (табл. 1). Вместе с тем не удовлетворены в той или иной степени качеством преподавания $5 \pm 1,6\%$ — $7 \pm 1,9\%$.

Оценивая качество организации учебного процесса, наибольший процент студентов ($15 \pm 2,6\%$) были не удовлетворены организацией отработок пропущенных занятий, а $6 \pm 1,7\%$ полностью не удовлетворены организацией этого раздела работы. Однако 79% никак его не

Таблица 1

Распределение студентов по степени удовлетворенности преподаванием предмета, %

Table 1

Distribution of students by degree of satisfaction with teaching the subject, %

Признак / Sign	Вполне удовлетворен / Quite satisfied	Скорее удовлетворен, чем нет / Rather satisfied than not	Не могу сказать / I can't say	Скорее не удовлетворен / Rather not satisfied	Не удовлетворен / Not satisfied	Всего / Total
<i>Удовлетворенность качеством преподавания / Satisfaction with the quality of teaching</i>						
• качеством лекций (интересно) / the quality of lectures (interesting)	54,0±1,3	31,0±1,3	10,0±2,2	3,0±1,2	2,0±1,0	100,0
• качеством лекций (доступность) / quality of lectures (accessibility)	59,0±3,6	29,0±2,2	5,0±1,6	5,0±1,6	2,0±1,0	100,0
• качеством лекций (иллюстративность) / quality of lectures (illustrativeness)	58,0±3,6	31,0±1,3	6,0±1,7	3,0±1,2	2,0±1,0	100,0
• проведением практических занятий / conducting practical classes	91,0±2,1	6,0±1,7	2,0±1,0	1,0±0,7	—	100,0
• качеством получаемых знаний / the quality of the knowledge received	69,0±3,4	20,0±2,9	11,0±2,3	—	—	100,0
• уровнем общения Вашего преподавателя со студентами / the level of communication between your teacher and students	97,0±1,2	2,0±1,0	1,0±0,7	—	—	100,0

оценили — вероятно, из-за того, что не пропустили занятий и им не надо было их отрабатывать (табл. 2).

8±1,7% опрошенных высказали неудовлетворенность качеством учебно-методических пособий; остальные замечания носили единичный характер.

Практически все респонденты выразили удовлетворенность качеством преподавания дисциплины в целом: 62,0±3,5% полностью удовлетворены и 32,0±3,4% скорее удовлетворены.

Значительный интерес для кафедры представляла оценка отношения студентов к дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», т.к. она целиком связана с качеством преподавания. Считают наш предмет необходимым для практической работы врача 60,0% респондентов, 69,0% нравилось посещать занятия, у четвертой части опрошенных появился интерес к работе в студенческом научном обществе (СНО), а у такого же количества студентов появилось желание в будущем работать в сфере управления здравоохранением (табл. 3).

Конечно, это не значит, что все сразу пойдут в СНО или захотят быть управленцами разных уровней. Но ответы студентов свидетельствуют о пробуждении интереса к специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

Наиболее полезными, ценными с точки зрения дальнейшего применения в последующей практической деятельности респонденты (всего 230 ответов, т.к. некоторые студенты называли по 2–3 темы) считают занятия по обязательному медицинскому страхованию (24,7%), медицинской статистике (20,3%) и показателям здоровья населения (11,3%). За ними следуют экспертиза временной нетрудоспособности (9,5%), финансирование (7,8%), рынок и экономика (7,4%) и организация медицинской помощи в медицинских организациях разного типа, в т.ч. ознакомление с работой практических учреждений здравоохранения на базах (7,4%). Занятия по медико-социальной экспертизе выделили 4,8% респондентов, прочие темы — 2,6%, все темы — 4,7%, но 2,6% ответили, что таких тем нет.

Таблица 2

Распределение студентов по степени удовлетворенности организацией преподавания, %

Table 2

Distribution of students by degree of satisfaction with the organization of teaching process, %

Признак / Sign	Вполне удовлетворен / Quite satisfied	Скорее удовлетворен, чем нет / Rather satisfied than not	Не могу сказать / I can't say	Скорее не удовлетворен / Rather not satisfied	Не удовлетворен / Not satisfied	Всего / Total
<i>Удовлетворенность организацией преподавания / Satisfaction with the organization of teaching</i>						
• расписанием занятий / schedule of classes	66,0±3,4	23,0±3,2	5,0±1,6	5,0±1,6	1,0±0,7	100,0
• организацией отработок пропущенных занятий / organization of work-off of missed classes	12,0±2,4	3,0±1,2	79,0±3,6	–	6,0±1,7	100,0
• системой контроля и оценки полученных знаний и умений / a system for monitoring and evaluating the acquired knowledge and skills	59,0±3,6	27,0±3,2	8,0±2,0	5,0±1,6	1,0±0,7	100,0
• уровнем освоения тем на занятиях / the level of mastering topics in the classroom	64,0±3,5	27,0±3,2	8,0±2,0	1,0±0,7	–	100,0
• проведением зачетов / conducting goffsets	71,0±3,3	14,0±2,5	13,0±2,7	1,0±0,7	1,0±0,7	100,0
• качеством учебно-методических пособий / the quality of teaching aids	59,0±3,6	28,0±3,3	5,0±1,6	4,0±1,4	4,0±1,4	100,0
• качеством преподавания данной дисциплины в целом / the quality of teaching this discipline in general	62,0±3,5	32,0±3,4	5,0±1,5	1,0±0,7	–	100,0

Таблица 3

Распределение студентов по отношению к предмету (%)

Table 3

Distribution of students in relation to the subject (%)

Признак / Sign	Да / Yes	Скорее да, чем нет / Rather yes than no	Не могу сказать / I can't say	Скорее нет, чем да / Rather not than yes	Нет / No	Всего / Total
Считаете ли Вы предмет необходимым для практической работы врача? / Do you consider the subject necessary for the practical work of a doctor?	60,0±3,6	21,0±3,0	15,0±2,6	3,0±1,2	1,0±0,7	100,0
Нравилось ли посещать занятия по дисциплине? / Did you like to attend discipline classes?	69,0±3,4	21,0±3,0	8,0±2,0	1,0±1,2	1,0±0,7	100,0
Появился ли у Вас интерес к научной работе по ОЗ и ОЗ? / Do you have any interest in scientific work on OSIOSIS?	27,0±3,2	16,0±2,7	31,0±3,4	8,0±2,0	18,0±2,8	100,0
Появилось ли у Вас желание в будущем работать в сфере управления здравоохранением? / Do you have a desire to work in the field of healthcare management in the future?	28,0±3,3	19,0±2,9	30,0±2,9	5,0±1,6	18,0±2,8	100,0

При этом ряд тем респондентам (235 ответов) оказались сложными для понимания: экономика — 16,4%, статистика — 15,1%, финансирование — 12,0%, рынок, налогообложение, предпринимательство, маркетинг, менеджмент — 11,6%, ОМС — 9,8%, МСЭ, ЭВН — 4,4%, прочие (лекарственное обеспечение, право, планирование, управление качеством) — 10,2%. В целом достаточно большая часть опрошенных (83,1%) отметила сложность освоения одной или нескольких тем, и только 16,9% написали «Все понятно, спасибо преподавателям».

Ряд студентов считают целесообразным добавить в курс лекций и занятий или расширить такие темы, как «Предпринимательство в здравоохранении», «Право, защита врача и медсестры», «Управление и контроль в здравоохранении», статистика в медицинских организациях, информатизация, законодательство, аккредитация», «Работа врача за рубежом и наиболее оплачиваемые медицинские специальности» и др.

У 59,9% респондентов не было замечаний по организации учебного процесса. Однако каждый четвертый (26,1%) отметил, что для освоения материала отведено очень мало времени, 4,9% — мало времени на подготовку к экзамену и курсовой работе, 3,2% — не синхронизированы по времени лекции и практические занятия, система учета посещения лекций не совершенна — 1,1%, наличие тем для самостоятельного изучения — 1,5%, мало практики по решению задач, мало перерывов во время практических занятий — 1,5%, прочие замечания — 1,5%.

В соответствии с этими замечаниями 37,9% респондентов внесли ряд предложений по совершенствованию учебного процесса на кафедре: увеличить число дней на цикле — 24,5%, перенести цикл на старшие курсы — 4,3%, скоординировать время проведения лекций и цикла практических занятий — 3,7%, обновить и разработать методические материалы — 1,6%, увеличить число занятий на базах — 1,1%, сократить количество тем для самостоятельного изучения, исключить из экзаменационных билетов вопросы, которые не изучались на лекциях и практических занятиях, — по 1,1%.

Результаты анкетирования обсуждены на кафедральном совещании коллектива. Безусловно, реализация ряда этих рекомендаций не зависит от кафедры. Программа, продолжительность циклов, число и тематика лекций, формы контроля знаний регламентируются соответствующими локальными актами вуза, синхронизация лекций и практических занятий осуществляется учебно-методическим подразделением университета. Тем не менее ряд

предложений были учтены при планировании учебно-методической работы:

I. В курс лекций введены новые темы:

- Модели организации здравоохранения. Мировая практика организации медицинской помощи населению.
- Правовые основы охраны здоровья населения в Российской Федерации.
- Эффективное трудоустройство.
- Обучение по целевому договору (возможности и перспективы).

II. Пересмотрены и составлены новые учебно-методические пособия:

1. Организация оказания медицинской помощи при социально значимых заболеваниях:

- Часть I: Психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ (СПб.: РИЦП СПбГМУ, 2022. 48 с.);
- Часть II: Туберкулез. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (СПб.: РИЦП СПбГМУ, 2022. 52 с.).

В 2023 году планируется продолжить издания учебно-методических пособий по организации медицинской помощи при других социально значимых заболеваниях.

Кроме того, издано учебное пособие «Организация и проведение контроля качества медицинской помощи в стационарных условиях» (СПб.: РИЦП СПбГМУ, 2022. 60 с.).

Коллектив кафедры готовит 10-е издание учебника для студентов «Общественное здоровье и здравоохранение», в котором будут учтены основные пожелания и предложения студентов, высказанные в ходе анкетирования.

III. Пересмотрены и скорректированы в соответствии с лекциями и практическими занятиями экзаменационные задачи и билеты.

IV. После ограничений, связанных с COVID-19, возобновлена работа студенческого научного общества, в 2022–2023 годах в него пришли 8 студентов 4-го курса. Ряд студентов, работая в СНО на клинических кафедрах, обращаются в СНО кафедры для дополнения своих исследований статистической обработкой данных и статистическими данными о работе различных служб здравоохранения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социологическое изучение удовлетворенности студентов организацией учебного процесса позволяет выявить проблемы, трудности сту-

дентов в освоении материалов по дисциплине «Общественное здоровье и организация здравоохранения», выявить наиболее сложные для освоения темы, оценить качество лекционных и учебно-методических материалов, определить отношение студентов к изучаемому предмету и с учетом рекомендаций студентов наметить мероприятия по дальнейшему совершенствованию учебного процесса.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Вишняков Н.И. — сбор материала, редактирование текста, разработка предложений по совершенствованию учебного процесса на кафедре; Ключовкин К.С., Кочорова Л.В. — редактирование текста; Окулов М.В. — статистическая обработка материалов; Шапиро К.И. — сбор и обработка материала, статистическая обработка, написание текста.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Vishnyakov N.I. — collection of materials, text editing, development of proposals for improving the educational process at the department; Klyukovkin K.S., Kochorova L.V. — text editing; Okulov M.V. — statistical processing of materials; Shapiro K.I. — collection and processing of material, statistical processing, writing text.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аркаева Р.П. Квалиметрический подход к реализации балльно-рейтинговой системы контроля и оценки знаний студентов вузов. Автореф. дис. ... канд. пед. наук. Владикавказ; 2011.
2. Богдан Н.Н., Парфенов И.Ю. Организационная культура вуза как фактор формирования общекультурных компетенций студентов. Современные исследования социальных проблем: электронный научный журнал. 2013; 6: 51.
3. Гусакова В.А. Здоровьесберегающие технологии обучения. Доступен по: [https:// interactive-science.media/](https://interactive-science.media.ru/keyword/2568/articles?page=4)
4. Ивашева Л.А. К вопросу о личности педагога с позиции интегральной индивидуальности. Педагогика. 2006; 2: 65–72.
5. Исаев И.Ф. Профессионально-педагогическая культура преподавателя. М.: Издательский центр «Академия»; 2012.
6. Кайнова Н.В. Здоровьесберегающие технологии в образовательном процессе. Доступен по: [http:// school119147.ru/ attachments/024_здоровьесберегающие технологии семинар.doc](http://school119147.ru/attachments/024_здоровьесберегающие технологии семинар.doc) (дата обращения 11.09.2022).
7. Кузьмина А.Н. Профессиональная востребованность педагогов как образовательная проблема подготовки специалистов вуза. Доступен по: [https:// interactive-plus.ru/e-articles/221/Action221-17990.pdf](https://interactive-plus.ru/e-articles/221/Action221-17990.pdf) (дата обращения: 26.06.2022).
8. Лукьянова М.И. Психолого-педагогическая компетентность учителя: диагностика и развитие. М.: ТЦ Сфера; 2004: 213.
9. Малошенок Н.Г. Вовлеченность студентов в учебный процесс в российских вузах. Высшее образование в России. 2014; 1: 37–44.
10. Малошенок Н.Г. Студенческая вовлеченность в учебный процесс: методология исследований и процедура измерения. Социологические исследования. 2014; 3: 141–147.
11. Миселимян Т.Л., Метелица Н.Т. Влияние посещаемости занятий учащимися на качество образовательного процесса. Успехи современного естествознания. 2005; № 5: 76–79. Доступен по: <https://natural-sciences.ru/ru/article/view?id=8484> (дата обращения: 11.03.2022).
12. Олехнович Н.Е., Бахотский В.В. Организационные ценности образовательной среды в контексте проводимых реформ. Доступен по: <https://interactive-plus.ru/e-articles/598/Action598-475418.pdf> (дата обращения 10.09.2022).
13. Реализация здоровьесберегающих образовательных технологий в учебном процессе. Доступен по: [http:// www.orenipk.ru/kp/distant/ped/ped/zdzb.htm](http://www.orenipk.ru/kp/distant/ped/ped/zdzb.htm) (дата обращения 08.10.2022).
14. Тимонина И.В. Мультимедийная лекция как современная форма управления учебным процессом в вузе. Педагогика высшей школы. 2017; 2: 131–134.
15. Трайнев В.А. Электронно-образовательные ресурсы в развитии информационного общества (обобщение и практика). М.: Дашков и К; 2015.
16. Шалимова Е.П. Электронная лекция — новое слово в системе высшего профессионального образования. Доступен по: <http://www.ict.edu.ru/vconf/files/11176.doc> (дата обращения 08.11.2022).
17. Чернышева А.Г. Комплексное использование мультимедийных лекций и рабочих тетрадей при обучении будущих педагогов профессионального обучения (дизайн). Альманах современной науки и образования. 2012; 7(62): 160–3.

18. Astin A. Student involvement: a Developmental Theory for Higher Education. *Journal of College Student Personnel*. 1984; 25: 297–308.
19. Tinto V. Classrooms as communities: Exploring the educational character of student persistence. *Journal of Higher Education*. 1997; 68(6): 599–623.

REFERENCES

1. Arkaeva R.P. Kvalimetricheskiy podkhod k realizatsii ball'no-reytingovoy sistemy kontrolya i otsenki znaniy studentov vuzov. [Qualimetric approach to the implementation of the point-rating system for monitoring and evaluating the knowledge of university students]. PhD thesis. Vladikavkaz; 2011 (in Russian).
2. Bogdan N.N., Parfenov I. Yu. Organizatsionnaya kul'tura vuza kak faktor formirovaniya obshchekul'turnykh kompetitsiy studentov. [Organizational culture of the university as a factor in the formation of general cultural competencies of students]. *Sovremennyye issledovaniya sotsial'nykh problem: elektronnyy nauchnyy zhurnal*. 2013; 6: 51 (in Russian).
3. Gusakova V.A. Zdorov'yesberegayushchiye tekhnologii obucheniya. [Health-saving learning technologies]. Available at: <https://interactive-science.media.ru/keyword/2568/articles?page=4> (accessed 11.09.2022) (in Russian).
4. Ivashneva L.A. K voprosu o lichnosti pedagoga s pozitsii integral'noy individual'nosti. [To the question of the teacher's personality from the position of integral individuality]. *Pedagogika*. 2006; 2: 65–72 (in Russian).
5. Isaev I.F. Professional'no-pedagogicheskaya kul'tura prepodavatelya. [Professional and pedagogical culture of the teacher]. Moskva: Izdatel'skiy tsentr «Akademiya»; 2012 (in Russian).
6. Kaynova N.V. Zdorov'yesberegayushchiye tekhnologii v obrazovatel'nom protsesse. [Health-saving technologies in the educational process]. Available at: http://school19147.ru/attachments/024_zdorovosberegayushchie_tekhnologii_seminar.doc (accessed 11.09.2022) (in Russian).
7. Kuz'minova A.N. Professional'naya vostrebovanost' pedagogov kak obrazovatel'naya problema podgotovki spetsialistov vuza. [Professional Demand for Teachers as an Educational Problem of Training University Specialists]. Available at: <https://interactive-plus.ru/e-articles/221/Action221-17990.pdf> (accessed 26.06.2022) (in Russian).
8. Luk'yanova M.I. Psikhologo-pedagogicheskaya kompetentnost' uchitelya: diagnostika i razvitiye. [Psychological and pedagogical competence of the teacher: diagnostics and development]. Moskva: TTs Sfera Publ.; 2004 (in Russian).
9. Maloshonok N.G. Vovlechnost' studentov v uchebnyy protsess v rossiyskikh vuzakh. [Involvement of students in the educational process in Russian universities]. *Vysheye obrazovaniye v Rossii*. 2014; 1: 37–44 (in Russian).
10. Maloshonok N.G. Studencheskaya вовлеченность в учебный процесс: методология исследований и процедура измерения. [Student Engagement in the Learning Process: Research Methodology and Measurement Procedure]. *Sotsiologicheskiye issledovaniya*. 2014; 3: 141–7 (in Russian).
11. Miselimyan T.L., Metelitsa N.T. Vliyaniye pose-shchayemosti zanyatiy uchashchimisya na kachestvo obrazovatel'nogo protsessa. [The impact of student attendance on the quality of the educational process]. *Uspekhi sovremennogo yestestvoznaniya*. 2005; 5: 76–79. Available at: <https://natural-sciences.ru/ru/article/view?id=8484> (accessed 11.03.2022) (in Russian).
12. Olekhovich N.E., Bakhotskiy V.V. Organizatsionnyye tsennosti obrazovatel'noy sredy v kontekste provodimykh reform. [Organizational values of the educational environment in the context of ongoing reforms]. Available at: <https://interactive-plus.ru/e-articles/598/Action598-475418.pdf> (accessed 10.09.2022) (in Russian).
13. Realizatsiya zdorov'yesberegayushchikh obrazovatel'nykh tekhnologiy v uchebnom protsesse. [Implementation of health-saving educational technologies in the educational process]. Available at: <http://www.orenipk.ru/kp/distant/ped/ped/zdzb.htm> (accessed 08.10.2022) (in Russian).
14. Timonina I.V. Mul'timediynaya lektsiya kak sovremennaya forma upravleniya uchebnym protsessom v vuze. [Multimedia lecture as a modern form of management of the educational process at the university]. *Pedagogika vysshey shkoly*. 2017; 2: 131–134 (in Russian).
15. Traynev V.A. Elektronno-obrazovatel'nye resursy v razvitiy informatsionnogo obshchestva (obobshchenie i praktika). [Electronic educational resources in the development of the information society (generalization and practice)]. Moskva: Dashkovi K Publ.; 2015 (in Russian).
16. Shalimova E.P. Elektronnaya lektsiya — novoye slovo v sisteme vysshego professio-nal'nogo obrazovaniya. [Electronic lecture — a new word in the system of higher professional education]. Available at: <http://www.ict.edu.ru/vconf/files/11176.doc> (accessed 08.11.2022) (in Russian).
17. Chernysheva A.G. Kompleksnoye ispol'zovaniye mul'timediynykh lektsiy i rabochikh tetradey pri obuchenii budushchikh pedagogov professional'nogo obucheniya (dizayn). [Integrated use of multimedia lectures and workbooks in the training of future teachers of vocational training (design)]. *Al'manakh sovremennoy nauki i obrazovaniya*. 2012; 7(62): 160–3 (in Russian).
18. Astin A. Student involvement: a Developmental Theory for Higher Education. *Journal of College Student Personnel*. 1984; 25: 297–308.
19. Tinto V. Classrooms as communities: Exploring the educational character of student persistence. *Journal of Higher Education*. 1997; 68(6): 599–623.

УДК 616-092.6-053.81/.84+616.899.2+37.03+159.973+616.895.8+613.885
DOI: 10.56871/MHCO.2023.89.38.006

ПОЛОВАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ И СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВАХ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

© Александр Павлович Бизюк^{1, 2}, Александр Юрьевич Авилов³,
Семен Витальевич Сапелкин⁴

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, Литовская ул., 2

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова.
197022, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8

³ Санкт-Петербургский медико-социальный институт. 195272, Российская Федерация,
г. Санкт-Петербург, Кондратьевский проспект, 72, лит. А

⁴ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева.
192019, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

Контактная информация: Александр Павлович Бизюк — к. психол. н., доцент кафедры общей и клинической психологии. E-mail: A_Biziuk@yahoo.com ORCID ID: 0000-0002-9502-9652 SPIN: 6600-4848

Для цитирования: Бизюк А.П., Авилов А.Ю., Сапелкин С.В. Половая идентичность и сексуальное поведение в структуре психической патологии при шизофрении и расстройствах интеллектуального развития // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 3. С. 54–69. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.89.38.006>

Поступила: 29.05.2023

Одобрена: 03.07.2023

Принята к печати: 04.09.2023

РЕЗЮМЕ. В статье представлено исследование половой идентичности и сексуального поведения мужчин с диагнозами «шизофрения» и «умственная отсталость (расстройства интеллектуального развития)». Объектом исследования выступили разделенные на две группы 73 пациента психоневрологических интернатов Санкт-Петербурга — группа с диагнозом «умственная отсталость» — 40 мужчин и группа с диагнозом «шизофрения» — 33 мужчины. Возраст пациентов обеих представленных групп составил от 21 года до 42 лет. Имеющийся опыт работы с указанным контингентом позволил сформулировать гипотезу, в соответствии с которой при шизофрении половая идентичность и либидо представляют собой гармоничные по сути своей производные психического заболевания, компоненты системы психопатологических феноменов, встроенные в структуру и динамику психоза, в то время как у части лиц с нарушениями интеллектуального развития выявляются тенденции, имеющие поверхностное феноменологическое сходство с истинным гомосексуализмом и транссексуализмом, однако механизмы последнего, исходя из общей картины поведения, следует понимать как инфантильную сексуальность. С помощью клинко-феноменологического метода и психодиагностической методики «Тематический апперцептивный тест» (ТАТ), а также с привлечением статистических критериев хи-квадрат (χ^2) и U-критерия Манна-Уитни был проведен структурно-динамический анализ и получены клинические данные, описаны значимые психопатологические феномены сексуальной сферы и сферы половой идентичности. Спецификой заявленного материала и целей исследования является привлечение контент-анализа, комбинированно распространяющегося как на результаты клинического наблюдения, так и на результаты патопсихологического исследования, полученные при длительной непосредственной работе с больными в процессе их реабилитации.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: умственная отсталость; шизофрения; гомосексуальность; транссексуальные тенденции.

GENDER IDENTITY AND SEXUAL BEHAVIOR IN THE STRUCTURE OF MENTAL PATHOLOGY IN CASES OF SCHIZOPHRENIA AND MENTAL DEVELOPMENT DISORDERS

© Aleksandr P. Biziuk^{1, 2}, Alexander Yu. Avilov³, Semyon V. Sapelkin⁴

¹ Saint Petersburg State Pediatric Medical University. Lithuania 2, Saint Petersburg, Russian Federation, 194100

² Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. L'va Tolstogo st., 6–8, Saint Petersburg, Russian Federation, 197022

³ Saint Petersburg Medical and Social Institute. Kondratyevsky Prospekt, 72 lit. A, Saint Petersburg, Russian Federation, 195272

⁴ Federal State Budgetary Institution V.M. Bekhterev National Research Medical center for Psychiatry and Neurology. Bekhterev str., 3, Saint Petersburg, Russian Federation, 192019

Contact information: Aleksandr P. Biziuk — Candidate of Psychology, Associate Professor at Department of General and Clinical Psychology. E-mail: A_Biziuk@yahoo.com ORCID ID: 0000-0002-9502-9652 SPIN: 6600-4848

For citation: Biziuk AP, Avilov AY, Sapelkin SV. Gender identity and sexual behavior in the structure of mental pathology in cases of schizophrenia and mental development disorders. Medicine and health care organization (St. Petersburg). 2023;8(3):54–69. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.89.38.006>

Received: 29.05.2023

Revised: 03.07.2022

Accepted: 04.09.2023

ABSTRACT. The article presents a study of sexual identity and sexual behavior of male gender diagnosed with “schizophrenia” (S) and “mental retardation” (MR). The object of the study was presented by two groups of 80 patients of psychoneurological boarding schools of St. Petersburg — a group with a diagnosis of “mental retardation” (MR) — 40 men and a group with a diagnosis of “schizophrenia” (S) — 33 men. The age of the groups represented ranged from 21 to 42 years. Many years of experience with this contingent of people allowed us to formulate a hypothesis according to which a direct connection between the characteristics of the sexual sphere and the sphere of sexual identity with the manifestation and dynamics of the disease takes place. With the help of the clinical-phenomenological method and the psychodiagnostic technique “Thematic Apperceptive Test” (TAT), as well as statistical procedures of correlation, cluster and factor analysis nonparametric Mann–Whitney U-test, structural and dynamic analysis was carried out and clinical data were obtained, unique psychopathological phenomena of the sexual sphere and the sphere of sexual identity of these patients were described. The specificity of the claimed material and the objectives of the study is that only content analysis, long-term clinical observations, direct work with patients in the rehabilitation process are able to assess the existing spectrum of deviations.

KEY WORDS: mental retardation; schizophrenia; homosexuality; transsexual propensities.

ВВЕДЕНИЕ

Анализ многочисленных литературных источников как в отечественной, так и в зарубежной науке, отражающих состояние проблемы нарушений половой идентичности, в основе которых лежат неудовлетворенность своей врожденной половой принадлежностью и связанной с ней социальной ролью, варьирующей от легких форм «сомнения в своей половой принадлежности» до грубых проявлений «отрицания пола» со стремлением к его перемене, обнаруживает резкое возрастание числа обладающих этим нарушением пациентов [10, 13, 15, 16, 20, 24, 30].

Учащаются случаи спонтанного желания перемены биологического пола на противоположный в подростковой среде как проявления возрастного негативизма и дани моде, что обусловливается зависимостью от чужого мнения и повышенной внушаемостью, не имеющей никакой связи с истинными нарушениями половой идентичности [13, 15]. Вместе с тем рост встречаемости нарушений половой идентичности регистрируется и при эндогенных психических заболеваниях, и при расстройствах личности [1, 4, 7, 19, 21, 23, 25, 26].

На почве указанных тенденций в диагностике транссексуализма (состояния, в основе кото-

рого лежат нарушения половой идентичности, проявляющиеся желанием жить и восприниматься окружающими как лицо противоположного пола, обычно сопровождаемого ощущением дискомфорта от своего анатомического пола или чувством неуместности своей половой принадлежности) особую актуальность приобретает дифференциация его вторичных проявлений от феноменологически похожих форм поведения [22]. Это может объясняться тем, что некоторым патологическим состояниям психики могут быть имманентно присущи истинные транссексуальные тенденции, изначально составляющие компоненты личности больного человека, при том, что при иных формах психической патологии выявляются лишь внешне схожие с транссексуальностью проявления, экзогенные по своей природе, привносимые в патогенетическую структуру болезни и фактически имеющие отличные психофизиологические механизмы. Более тщательный психологический анализ показывает, что эти феномены не тождественны друг другу [18, 19, 26, 27].

В зарубежной и отечественной литературе не так много работ, описывающих связь патологической структуры личности или психического заболевания с феноменологией нарушения половой идентичности и сексуального поведения [2].

Преимущественно научный интерес в рассматриваемой сфере связан с поиском роли нарушений половой идентичности в контексте негрубых и пограничных форм психических расстройств [5, 13], что чревато диагностической некорректностью, осложняемой отсутствием общепринятой и непротиворечивой теории этиопатогенеза транссексуализма.

Нельзя не учитывать, что наличие клинической картины и динамики нарушений половой идентичности само по себе вторично может обуславливать известную психопатологическую симптоматику [4]. Ситуация осложняется явной недостаточностью работ, вектор которых связан с исследованиями вторичных нарушений половой идентичности в структуре таких прогрессивных по характеру расстройств, как шизофрения, последствия органических поражений головного мозга, в частности, сопровождающихся психическим дизонтогенезом. Подобное проблемное информационное поле в принципе может выступать в качестве базы самостоятельного направления исследовательской деятельности, решающего задачу оценки нарушения половой идентичности как относительно автономного или производного явления в рамках психических заболеваний.

Клинико-патологический подход в исследованиях девиаций половой идентичности сексуального влечения был применен еще в конце XIX века немецким ученым Рихардом Крафт-Эбингом [8]. В своем монументальном труде «Половая психопатия» такие явления, как транссексуализм, гомосексуальность, а также такие перверсии, как садизм, мазохизм, эксгибиционизм, некрофилию и многое другое, автор рассматривал как производные от органических расстройств мозга, в частности врожденного и приобретенного слабоумия, эпилепсии и эндогенных психозов.

Действительно, дифференциальная диагностика транссексуализма и сложных сексуальных перверсий с другими психопатологическими феноменами, сопровождающимися нарушением половой идентичности, сложна и вызывает много вопросов. Наиболее актуальным является вопрос о существовании данных явлений вне клинического контекста. Многочисленные работы отечественных авторов, рассматривающих нарушения половой идентичности в контексте клинической картины психических заболеваний, описывают наличие данного явления в основном в рамках непсихотических форм психических расстройств, таких как шизотипическое расстройство личности, патологии характера, невротическая структура личности, что, скорее всего, вызвано самим наличием половой дисфории [10, 13]. Стоит отметить, что подобные аффективные и невротические расстройства непсихотического спектра в рамках расстройств половой идентичности (РПИ) и гомосексуальности рассматривались и вне клинического контекста [4, 17, 18, 25].

Работ по описанию нарушений половой идентичности и особенностей сексуального поведения в составе злокачественных, сопровождающихся грубой деформацией личности патологических состояний психики в современной клинической психиатрии мало, и описание полового влечения в них носит вторичный характер и не рассматривается как отдельный феномен. Например, некоторые клинические исследования показали более высокую встречаемость шизофрении среди лиц с нарушениями гендерной идентичности по сравнению с общей популяцией [12].

В работе ряда авторов было сделано предположение, что на становление структур головного мозга могут влиять особенности развития и дальнейшего функционирования эндокринной системы, параллельно сопровождающиеся снижением андрогинного показателя, что и делает невозможным полноценное половое созревание.

Те же процессы могут становиться пусковыми механизмами для актуализации шизофрении и, по принципу обратных связей, предпосылками для уязвимости самого головного мозга [9]. В частности, доказано, что в качестве ведущего фактора в патогенезе шизофрении выступает присутствующая на ранних стадиях развития ребенка асинхронность в формировании дофаминергических структур, взаимодействующих с лимбической системой, где расположены важные морфологические образования, обуславливающие половое поведение [14]. Таким образом, процессуальность шизофрении сама по себе, охватывая всю структуру личности больного, начинает влиять в том числе и на его половое поведение [3].

Часть исследований указывает, что нарушения сексуального поведения и половой идентичности могут ассоциироваться с ролью шизофренического процесса в формировании половой идентичности и сексуального влечения, которые в динамике заболевания принимают вид паранойяльной и бредовой феноменологии [11]. Например, в клинической картине нарушений половой идентичности в сочетании с шизофреническим процессом были выделены явления интерпретативного бреда и бреда перевоплощения, содержащих половую и сексуальную фабулу [10]. Ряд авторов указывали, что сложная дисгармония пубертата при шизофрении в юношеском возрасте является благоприятной почвой для сексуальных расстройств и девиаций половой идентичности, выступая как первичное патогномичное звено психических нарушений [22]. Н.Г. Незнанов и соавт. [11] отмечают, что при шизотипическом расстройстве личности у подростков сексуальное поведение нередко становится областью, где отклонения особенно бросаются в глаза, и приходится сталкиваться с поступками, далеко выходящими за пределы асоциальных групп. К ним относятся принуждение к сексу членов своей семьи, в том числе родителей, престарелых и малолетних; особо извращенные способы удовлетворения влечения. J.W. Wanta и соавт. [28], исследуя психическое здоровье личностей с половой дисфорией в условиях клиники, обнаружили у данных лиц особенности личности, характерные для больных шизофренией в преморбидном периоде. В аналогичном контексте могут рассматриваться и результаты исследования V. Warriar и соавт. [29], которые пришли к выводу о повышенном уровне аутизма и аутистических черт у трансгендеров.

С.Н. Матевосян и Г.Е. Введенский [10] описали присутствующие при шизофрении явле-

ния нарушений половой идентичности, а также идеи двуполости и отсутствия пола, которые имеют сложную структуру и проявляются в форме символических метафизических построений. А.Ю. Авилов и А.П. Бизюк [3] отметили, что данные явления при шизофрении не имеют свойственного транссексуалам нарциссического, эстетического и эротического содержания, не подкрепляются особенностями сексуального влечения. Авторы описали создание неологизмов с сексуальным содержанием, а также характерные для таких больных проявления сексуальности в виде огрубленной декларации сексуальных извращений в диагностической беседе, не подкрепляемых реальным бытовым сексуальным поведением, а также наличие сверхценных идей мастурбации как действия особого значения.

По сравнению с лицами, страдающими психическими расстройствами, в частности шизофренией, особое место в интерпретации транссексуальных и гомосексуальных тенденций занимают феномены, обнаруживаемые у взрослых пациентов, страдающих умственной отсталостью.

Так, из общей массы умственной отсталости Д.Н. Исаев у подростков выделял особую форму недоразвития — дисфорическую патохарактерологическую структуру личности, проявляющуюся аффективным возбуждением, дисфорией, патологией влечений и гиперсексуальностью [6]. По мнению автора, приведенные психопатологические особенности связаны с поражением функциональных систем, представленных в глубинных структурах мозга и находящихся в более или менее постоянно возбужденном состоянии, а недоразвитие данных структур является основной причиной формирования транссексуальности и гомосексуальности, что в ряде случаев подтверждает дизонтогенетическую природу данных расстройств.

Длительно изучая мужчин с умственной отсталостью в условиях психоневрологического интерната, А.Ю. Авилов и А.П. Бизюк [3] обнаружили целый комплекс нарушений сексуального поведения и половой идентичности у значительной части данной группы лиц. Прежде всего в них входят: гомосексуальность, кросс-дрейсинг, транссексуальные тенденции. Авторы описали проживание данных лиц в постоянных гомосексуальных парах, сопровождаемое гаммой высоких чувств от симпатии до влюбленности, а также сексуального возбуждения от представления себя в женском образе. Встречались и случаи представления себя женщиной либо человеком со смесью мужских и женских поло-

вых признаков, также описанные R. Blanchart [18] у транссексуалов как состояние «аутогенефилии» и «частичной генефилии». Данные феномены требуют детального исследования для формирования объективного представления о дизонтогенетической роли сексуального поведения и полоролевой идентичности при психической патологии.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель: провести анализ психопатологических различий расстройств половой идентичности и сексуального поведения при шизофрении и расстройствах интеллектуального развития.

Задачи исследования:

1. Охарактеризовать нозологическую специфичность РПИ при шизофрении и расстройствах интеллектуального развития.
2. Дать качественную сравнительную оценку проявлений РПИ и сексуального поведения при шизофрении и расстройствах интеллектуального развития и охарактеризовать возможные психофизиологические закономерности обнаруженных различий.

Гипотеза: при шизофрении половая идентичность и либидо представляют собой гармоничные по сути своей производные психического заболевания, компоненты системы психопатологических феноменов, встроенные в структуру и динамику психоза, в то время как у части лиц с нарушениями интеллектуального развития выявляются тенденции, имеющие поверхностное феноменологическое сходство с истинным гомосексуализмом и транссексуализмом. Однако механизмы его, исходя из общей картины поведения, следует понимать как инфантильную сексуальность.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования стали 73 мужчины в возрастном диапазоне от 21 года до 43 лет, являющиеся пациентами одного из психоневрологических интернатов Санкт-Петербурга. Группу больных шизофренией составили 33 человека (средний возраст — 39,5 года), группу больных с умственной отсталостью — 40 человек (средний возраст — 30,2 года).

Критерии включения в группу шизофрении: 1) диагноз по МКБ-10 из рубрик F20.0–20.9; 2) сформированный психический дефект, определяющий невозможность самостоятельного жизнеобеспечения больного и, как следствие, необходимость пребывания в условиях пси-

хоневрологического интерната; 3) состояние устойчивой ремиссии, исключающей госпитализацию пациента в психиатрический стационар. Критерии невключения в группу шизофрении: диагноз по МКБ-10 из рубрик F00–1х и F30–99. Критерии исключения из группы шизофрении: 1) отказ от выполнения тестовых заданий; 2) непонимание смысла задаваемых исследователем вопросов.

Критерии включения в группу умственной отсталости: 1) диагноз по МКБ-10 из рубрик F70–79; 2) недоразвитие интеллектуальных функций, определяющее невозможность самостоятельного жизнеобеспечения больного и, как следствие, необходимость пребывания в условиях психоневрологического интерната; 3) состояние устойчивой ремиссии, исключающей госпитализацию пациента в психиатрический стационар. Критерии невключения в группу умственной отсталости: диагноз по МКБ-10 из рубрик F00–69 — F80–99. Критерии исключения из группы умственной отсталости: 1) отказ от выполнения тестовых заданий; 2) непонимание смысла задаваемых исследователем вопросов.

Статистическая обработка результатов.

Для описания качественных (категориальных) переменных использовали показатели абсолютного (n) и относительного (%) значения в группе. Для сравнения качественных переменных использовали критерий χ^2 . Для проверки нормальности распределения количественных переменных использовали значения асимметрии (As) и эксцесса (Ex) и их стандартных ошибок (p). Выборку считали соответствующей нормальному распределению, если абсолютные значения As и Ex не превышали своих стандартных ошибок. Описание количественных переменных при ненормальном распределении переменных — медианы (Me) и 1-го и 3-го квартилей. Для сравнения выборок, не имеющих нормального распределения, применяли критерий U Манна–Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Нозологическая характеристика. В группе шизофрении преобладал диагноз «Параноидная шизофрения» (F20.0) — 75%. В 25% случаев был диагноз «Простая шизофрения» (F20.6). В группе больных с умственной отсталостью преобладали пациенты с легкой степенью.

Все пациенты группы шизофрении на момент обследования находились в состоянии стойкой ремиссии с фармакологической поддержкой. 58% больных получали лечение оланзапином, 25% — клозапином, 16% — галоперидолом. У 2% больных дебют отмечал-

ся в возрасте 14–18 лет, у 58% — в 18–25 лет, у 40% — в 25–30 лет. Тип течения у всех больных был непрерывным с глубоким дефектом личности. Ведущими синдромами на момент обследования были: параноидный (75%) и апатико-абулический (25%). У больных параноидной шизофренией в клинической картине на первом плане был дисморфоманический бред, бред изобретательства, бред отношения и преследования.

Все пациенты с умственной отсталостью ранее обучались в коррекционной школе. У 67,59% больных шизофренией было среднее специальное образование.

Большинство пациентов с умственной отсталостью проживали в психоневрологических учреждениях с 4 лет. Лишь 3,1% из них непродолжительно адаптировались в родительских семьях. В группе шизофрении все обследуемые воспитывались в семейных условиях, 64,23% из них — только матерями. Близкие отношения родственников чаще отсутствовали у пациентов с умственной отсталостью (82,34% случаев) по сравнению с больными шизофренией (27,27% случаев).

Анализ сексуального поведения показал, что опыт сексуальных контактов был у 100% больных умственной отсталостью и у 84,87% больных шизофренией. Как правило, первый сексуальный опыт в группе умственной отста-

лости проходил по обоюдному согласию с гомосексуальным партнером (89,52%). В группе шизофрении первый контакт чаще был гетеросексуальным (83,81%), а в 15,13% он вообще отсутствовал. На момент обследования регулярную половую жизнь вели 82,76% пациентов с умственной отсталостью, а в группе шизофрении половой жизнью никто не жил.

Сравнительная характеристика частоты встречаемости различных факторов дизонтогенеза у пациентов обеих групп представлена в таблице 1. Из таблицы видно, что все рассматриваемые факторы были статистически чаще представлены у пациентов с умственной отсталостью.

Для возможности перевода клинических наблюдений в приемлемую количественную форму была разработана система оценки, предусматривающая четырехбалльную шкалу (табл. 2а и 2б), в которой полное отсутствие выделяемого признака маркировалось как 0 баллов, слабая степень выраженности — 1 баллом, заметная степень выраженности — 2 баллами, а достигающая уровня определенной болезненности — 3 баллами. Авторы отдают себе отчет в том, что количественно представляемая психологическая «дистанция» между предлагаемыми баллами, равно как и их содержательная нагрузка, фактически может являться разной и что преимущественно приходится иметь дело

Таблица 1

Сводная таблица регистрируемых факторов дизонтогенеза

Table 1

Summary table of registered psychophysiological factors of dysontogenesis

Характеристика фактора / Factor characteristic	Умственная отсталость, % / Mental retardation, %	Шизофре- ния, % / Schizophrenia, %	χ^2	p
Тотальная задержка пубертата / Total delay of puberty	39	10	36,999	0,001
Наследственная отягощенность / Hereditary aggravation	35	14	16,649	0,001
Токсикоз беременности матери и ее эндокринная патология / Toxicosis of the mother's pregnancy and her endocrine pathology	26	11	7,254	0,008
Гипертензивный синдром и повышенная возбудимость / Hypertensive syndrome and increased excitability	39	27	5,129	0,024
Признаки психического инфантилизма / Signs of mental infantilism	40	9	39,603	0,001
Задержка психосексуального развития / Delayed psychosexual development	37	25	3,960	0,047
Задержка соматосексуального развития / Delayed somatosexual development	37	12	25,821	0,001
Диспластический вариант конституции / Dysplastic version of the constitution	34	19	6,837	0,009

Таблица 2а

Система оценки особенностей сексуального поведения и полоролевой идентичности мужчин с умственной отсталостью и шизофренией

Table 2a

Rating system for sexual behavior and gender role identity of men with mental retardation and schizophrenia

Сексуальная сфера / The sexual sphere			Баллы / Points
1	Сексуальная разборчивость (СР) / Sexual intelligibility (SI)	Безразличие в сексуальной сфере / Sexual in difference	0
		Слабо дифференцированная по полу и внешности направленность сексуального поведения / Weakly differentiated by gender and appearance orientation of sexual behavior	1
		Дифференцированная по полу и внешности направленность сексуального поведения / Sexual behavioral orientation differentiated by gender and appearance	2
		Изоощренная избирательность в выборе полового партнера / Sophisticated selectivity in choosing a sexual partner	3
2	Гомосексуальные предпочтения (ГМП) / Homosexual preferences (HMP)	Не проявляет сексуального интереса к мужчинам / Doesn't show sexual interest in men	0
		Наличие равного сексуального интереса к лицам обоих полов / Having equal sexual interest in both genders	1
		Доминирующее сексуальное влечение к мужчинам при наличии редких сексуальных эпизодов по отношению к женщинам / Dominant sexual attraction to men with infrequent sexual episodes toward women	2
		Исключительно гомосексуален / Exclusively homosexual	3
3	Гетеросексуальные предпочтения (ГТП) / Heterosexual preferences (He RP)	Не проявляет сексуального интереса к женскому полу / No sexual interest in the female gender	0
		Наличие равного сексуального интереса к лицам обоих полов / Having equal sexual interest in both genders	1
		Доминирующее сексуальное влечение к женщинам при наличии редких сексуальных эпизодов по отношению к мужчинам / Dominant sexual attraction to women with infrequent sexual episodes toward men	2
		Исключительно гетеросексуален / Exclusively heterosexual	3
4	Другие формы сексуальных предпочтений (ДФСП) / Other forms of sexual preference (OFSP)	Отсутствие потребности сексуального удовлетворения с неодушевленными предметами или устойчивые сексуальные отношения с партнером / Lack of need for sexual gratification with inanimate objects or a stable sexual relationship with a partner	0
		Имеются единичные случаи сексуального удовлетворения с неодушевленными предметами / There are isolated instances of sexual gratification with inanimate objects	1
		Стойкие проявления сексуального удовлетворения с неодушевленными предметами / Persistent displays of sexual gratification with inanimate objects	2
		Секс с неодушевленными предметами как патологическая (сверхценная) идея / Sex with inanimate objects as a pathological (supervalue) idea	3
5	Проявление сексуальных пerversий (ПСП) / The manifestation of sexual perversion (MSP)	Отсутствие сексуальных пerversий / No sexual perversions	0
		Редкие фетишистские явления, эксгибиционизм / Rare fetishistic phenomena, exhibitionism	1
		Периодические фетишистские явления и эксгибиционизм / Periodic fetishistic phenomena and exhibitionism	2
		Стойкие фетишистские явления и эксгибиционизм, в том числе гомосексуального характера / Persistent fetishistic phenomena and exhibitionism, including of a homosexual nature	3

Окончание табл. 2а / Ending of the table 2a

Сексуальная сфера / The sexual sphere			Баллы / Points
6	Нарциссизм (Н) / Narcissism (N)	Безразличное отношение к своей внешности / Indifferent attitude to one's appearance	0
		Следит за своей внешностью в пределах общепринятых норм / Takes care of his appearance within accepted norms	1
		Периодическое наличие явлений нарциссизма / The occasional presence of narcissistic phenomena	2
		Стойкие явления нарциссизма, в том числе любование собой в сочетании с представлением себя в образе противоположного пола / Persistent phenomena of narcissism, including self-love combined with presentation of oneself in the image of the opposite sex	3
7	Мастурбация (М) / Masturbation (M)	Не мастурбирует / Not masturbating	0
		Мастурбирует редко / Masturbates infrequently	1
		Мастурбация как преимущественное средство сексуальной жизни / Masturbation as a primary means of sexual activity	2
		Навязчивая мастурбация, мастурбация как сверхценная идея / Compulsive masturbation, masturbation as a supervalue idea	3
Полоролевая идентичность / Gender identity			
8	Считает себя мужчиной (СМ) / Considers himself a man (CHM)	Не дифференцирует себя по полу / Doesn't differentiate himself by gender	0
		Попеременно считает себя то женщиной, то мужчиной / He alternately sees himself as a woman and a man	1
		Считает себя больше мужчиной, чем женщиной / Thinks of herself himself more of a man, than a woman	2
		Определенно считает себя мужчиной / Definitely considers himself a man	3
9	Считает себя женщиной (СЖ) / Considers herself a woman (CHW)	Не дифференцирует себя по полу / Doesn't differentiate himself by gender	0
		Попеременно считает себя то женщиной, то мужчиной / He alternately sees himself as a woman and a man	1
		Считает себя больше женщиной, чем мужчиной / Thinks of herself as more of a woman than a man	2
		Определенно считает себя женщиной / Definitely considers himself a woman	3
10	Транссексуальные тенденции (ТСТ) / Transsexual tendencies (TST)	Не проявляет транссексуальных тенденций / Doesn't exhibit transsexual tendencies	0
		Редкие упоминания о желании жить и родиться женщиной / Rare references to the desire to live and to be born a woman	1
		Проявляет интерес и желание жить и родиться женщиной, фемининность в поведении / Demonstrates interest and desire to live and be born female, femininity in behavior	2
		Наличие стойкого желания жить и родиться женщиной, иметь женские анатомические особенности в сочетании с самосознанием себя женщиной / Persistent desire to live and be born a woman, to have female anatomical features combined with self-awareness of being a woman	3
11	Кросс-дрессинг (КД) / Cross-dressing (CD)	Никаких реальных или вербально выражаемых тенденций к переодеванию в женскую одежду не отмечается / No real or verbally expressed tendencies to change into women's clothing are noted	0
		Переодевание в женские одежды носит эпизодический характер / Dressing up in women's clothes is episodic	1
		Периодически надевает элементы женской одежды / Occasionally wears elements of women's clothing	2
		Имеется стойкая потребность в переодевании в свободное время, некоторые элементы женской атрибутики (нижнее белье) носит постоянно, в беседах декларирует свои предпочтения / There is a persistent need to change clothes in free time, some elements of female paraphernalia (underwear) is worn constantly, in conversations he declares his preferences	3

Таблица 2б

Система оценки особенностей сексуальности и полоролевой идентичности в интерпретациях ТАТ
у мужчин с умственной отсталостью и шизофренией

Table 2b

A system for assessing sexuality and gender role identity features in TAT interpretations
in men with mental retardation and schizophrenia

	Система оценки / Rating system		Баллы / Points
1	Идентификация с героем противоположного пола (ИСГПП) / Identification with a hero of the opposite sex (IWHOS)	Не идентифицирует себя с героем противоположного пола / Doesn't identify onself with a hero of the opposite sex	0
		Идентификация с героем противоположного пола в предложенной серии картин встречается не более 1–2 раз / Identification with a hero of the opposite sex in the proposed series of pictures occurs no more than 1–2 times	1
		Идентифицирует себя с героем противоположного пола в большинстве интерпретаций предложенных таблиц (картин) / Identifies with the hero of the opposite sex in most interpretations of the proposed tables (pictures)	2
		Регулярная и ярко выраженная идентификация с героем противоположного пола, проекция своих чувств и мыслей на этого героя / Reular and pronounced identification with the hero of the opposite sex, projection of one's feelings and thoughts onto this hero	3
2	Идентификация с героем своего пола (ИСГСП) / Identification with the hero of his own gender (IWHOG)	Не идентифицирует себя с героем своего пола / Doesn't identify oneself with the hero of his gender	0
		Идентификация с героем своего пола в предложенной серии картин встречается не более 1–2 раз / Identification with a character of one's own gender occurs no more than 1–2 times in the proposed series of paintin	1
		Идентифицирует себя с героем своего пола в большинстве интерпретаций предложенных таблиц / Identifies with the hero of his gender in most interpretations of the suggested tables	2
		Стойкая и ярко выраженная интерпретация, проекция своих чувств и мыслей на героя своего пола / Persistent and pronounced interpretation, projection of one's feelings and thoughts onto a hero of one's own gender	3
3	Искажение воспринимаемого пола персонажей (ИПП) / Distortion of the perceived gender of the characters (DGC)	Правильно определяет пол персонажа / Correctly identifies the gender of the character	0
		Наличие искажений пола персонажа в предложенной серии картин встречается не более 1–2 раз / The presence of distortions of the character's gender in the proposed series of paintings occurs no more than 1–2 times	1
		Искажение пола персонажа носит системный характер / The distortion of a character's gender is systemic	2
		Искажение пола персонажа носит системный характер и сопряжено с любовной или сексуальной фабулой / The distortion of a character's gender is systemic and is paired with a love or sexual fabula	3
4	Искажение воспринимаемого возраста персонажей (ИВП) / Distortion of the perceived age of the characters (DAC)	Правильно определяет возраст персонажа / Correctly identifies the age of the character	0
		Наличие искажений возраста персонажа предложенной серии картин встречается не более 1–2 раз / The presence of distortions of the age of the character of the proposed series of pictures occurs no more than 1–2 times	1
		Искажение возраста персонажа встречается при интерпретации большинства предложенных таблиц / Distortion of the character's age is found in the interpretation of most of the proposed tables	2

Окончание табл. 2b / Ending of the table 2b

	Система оценки / Rating system		Баллы / Points
		Искажение возраста персонажа встречается при интерпретации большинства предложенных таблиц, имеется смысловая и эмоциональная нагрузка таких искажений, а также их связь с собственной идентичностью / Distortion of the character's age is found in the interpretation of most of the proposed tables, there is a semantic and emotional load of such distortions, as well as their connection with one's own identity	3
5	Наличие сексуальных мотивов (НМ) / The presence of sexual motives (PSM)	Отсутствие сексуальных мотивов / Lack of sexual motivation	0
		Интерпретации, включающие сексуальную тематику в предложенной серии картин, встречаются не более 1–2 раз / Interpretations that include sexual themes in the proposed series of paintings occur no more than 1–2 times	1
		Сексуальная тематика встречается при интерпретации большинства предложенных таблиц / Sexual themes are found in the interpretation of most of the proposed tables	2
		Интерпретации, включающие сексуальную тематику, присутствуют для большинства предложенных таблиц, ярко выражены и являются основной фабулой историй / Interpretations that include sexual themes are present for most of the proposed tables, are explicit and are the main fabula of the stories	3
6	Сексуальные пerversии (СП) / Sexual perversions (SP)	Нет упоминаний сексуальных пerversий / No mention of sexual perversions	0
		Интерпретации, включающие сексуальные пerversии, для предложенной серии картин встречаются не более 1 раза и не выражены / Interpretations involving sexual perversions for the proposed series of paintings occur no more than 1 time and are not pronounced	1
		Описания сексуальных пerversий присутствуют в большинстве интерпретирующих рассказов / Descriptions of sexual perversions are present in most interpretive narratives	2
		Интерпретации, включающие сексуальные пerversии, регулярны, ярко выражены, в том числе присутствующие в них изнасилования или сексуально окрашенные убийства, являются основной фабулой историй и сопряжены с нарушением идентичности / Interpretation involving sexual perversions are regular, explicit, including the presence of rape or sexually colored murders, are the main fabula of the stories, and involve identity disruption	3
7	Гомосексуальные эпизоды (ГЭ) / Homosexual episodes (HE)	Нет упоминаний гомосексуальных эпизодов / No mention of homosexual episodes	0
		Интерпретации, включающие гомосексуальные эпизоды, встречаются в предложенной серии картин не более 1 раза и не выражены / Interpretations involving homosexual episodes occur no more than 1 time in the proposed series of paintings and are not pronounced	1
		Систематические интерпретации, включающие гомосексуальные эпизоды / Systematic interpretations that include homosexual episodes	2
		Описания, включающие гомосексуальные эпизоды, присутствуют в большинстве интерпретирующих рассказов, ярко выражены, имеют эмоциональную окраску, присутствует подробное описание полового акта, гомосексуальная фабула в описании сопряжена с нарушением идентичности и искажением пола персонажа / Descriptions that include homosexual episodes are present in most of the interpretive stories, are vividly expressed, have emotional coloring, there is a detailed description of sexual intercourse, the homosexual fabula in the description involves violation of identity and distortion of the character's gender	3

Таблица 3

Различия особенностей сексуального поведения и полоролевой идентичности изучаемых групп

Table 3

Differences in the characteristics of sexual behavior and gender role identity of the studied groups

№	Феномены / Phenomena	М [Q1; Q3]		Значимость различий по критерию U Манна–Уитни, р — риск ошибки / The significance of the differences by Mann–Whitney U test; p — the risk of error
		группа шизофрении (n=33) / schizophrenia group (n=33)	группа умственной отсталости (n=40) / a group of mental retardation (n=40)	
Сексуальная сфера / The sexual sphere				
1	Сексуальная разборчивость (СР) / Sexual intelligibility (SI)	2,00 [1,00; 3,00]	3,00 [2,00; 3,00]	U=506,0 p=0,088876
2	Гомосексуальные предпочтения (ГМП) / Homosexual preferences (HMP)	0,00 [0,00; 0,50]	3,00 [0,00; 3,00]	U=270,0 p=0,000016*
3	Гетеросексуальные предпочтения (ГТП) / Heterosexual preferences (HRP)	1,00 [0,50; 3,00]	1,00 [0,00; 3,00]	U=555,5 p=0,249029
4	Другие формы сексуальных предпочтений / Other forms of sexual preference (OFSP)	2,00 [0,00; 2,50]	0,50 [0,00; 1,00]	U=381,0 p=0,002023*
5	Проявление сексуальных перверсий (ПСП) / The manifestation of sexual perversion (MSP)	2,00 [0,00; 3,00]	2,00 [0,00; 3,00]	U=607,5 p=0,564375
6	Нарциссизм / Narcissism	0,00 [0,00; 2,00]	2,00 [1,00; 3,00]	U=389,5 p=0,002766*
7	Мастурбация / Masturbation	3,00 [0,00; 3,00]	0,00 [0,00; 1,00]	U=414,0 p=0,006508*
Полоролевая идентичность / Gender identify				
1	Считает себя мужчиной (ССМ) / Considers himself a man (CHM)	3,00 [2,00; 3,00]	2,00 [1,00; 3,00]	U=486,5 p=0,055176
2	Считает себя женщиной (ССЖ) / Considers herself a woman (CHW)	0,00 [0,00; 1,00]	1,50 [0,00; 3,00]	U=404,5 p=0,004708*
3	Транссексуальные тенденции (ТСТ) / Transsexual tendencies (TST)	0,00 [0,00; 1,00]	1,00 [0,00; 3,00]	U=418,0 p=0,007435*
4	Кросс-дрессинг (КД) / Cross-dressing (CD)	0,00 [0,00; 0,50]	0,00 [0,00; 2,75]	U=471,0 p=0,036682*
Критерии по TAT / TAT criteria				
1	Идентификация с героем противоположного пола (ИСГПП) / Identification with a hero of the opposite sex (IWHOS)	1,00 [1,00; 2,00]	2,00 [0,25; 3,00]	U=547,5 p=0,214465
2	Идентификация с героем своего пола (ИСГСП) / Identification with the hero of his own gender (IWHOG)	3,00 [2,00; 3,00]	2,00 [1,00; 3,00]	U=506,0 p=0,088876
3	Искажения воспринимаемого пола персонажей (ИПП) / Distortions of the perceived gender of the characters (DGC)	1,00 [1,00; 2,00]	3,00 [1,25; 3,00]	U=241,0 p=0,000004*
4	Искажение воспринимаемого возраста персонажей (ИВП) / Distortion of the perceived age of the characters (DAC)	1,00 [1,00; 1,50]	2,00 [1,00; 3,00]	U=346,5 p=0,000522*
5	Наличие сексуальных мотивов (НСМ) / The presence of sexual motives (PSM)	1,00 [0,00; 3,00]	2,00 [1,00; 3,00]	U=568,5 p=0,313156
6	Сексуальные перверсии (СП) / Sexual perversions (SP)	1,00 [0,00; 2,00]	2,00 [0,00; 3,00]	U=529,5 p=0,149616
7	Гомосексуальные эпизоды (ГЭ) / Homosexual episodes (HE)	0,00 [0,00; 1,00]	2,00 [2,00; 3,00]	U=324,5 p=0,000205*

* Различия статистически значимы на уровне $p < 0,05$.

с ранговой организацией подобного рода симптомов. Здесь приходится считаться с тем, что специфика изучаемого материала, опирающегося на идеографический подход, в целом не позволяет построить строгую шкалу, которая в полной мере могла бы удовлетворять принцип ампараметрической статистики.

Вместе с тем, как показала исследовательская практика, даже такой скромный разброс признаков уже дает основание для целого ряда выводов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Различия значений баллов изучаемых признаков сексуального поведения и полоролевой идентичности обеих групп приведены в таблице 3.

В группе умственной отсталости все испытуемые имели повышенный интерес к сексуальной тематике. Здесь значительно чаще проявляется феномен гомосексуального поведения. При этом, как представляется, в группе умственной отсталости гомосексуальность носит не примитивный характер, побуждаемый расторможенностью влечений, а является следствием своеобразной осознанной субкультуры, включающей как эротический, так и эстетический компоненты. Необходимо также учитывать, что абсолютное большинство испытуемых идентифицируют себя как гомосексуалисты. В качестве идеального партнера в отношениях испытуемые называют мальчика или юношу, при этом и себя, будучи взрослыми людьми, также идентифицируют как мальчиков.

Любовные отношения в группе соответствуют всем критериям гетеросексуальных пар с частой сменой партнеров, с тяжелым переживанием разлуки, ревностью понравившихся к другим мужчинам и женщинам. В отношениях можно проследить строгую иерархию: наличие доминантного, более мужественного партнера, выполняющего роль мужчины, и более хрупкого, женственного, более младшего, выполняющего подчиненную женскую роль. В то же время испытуемые отрицательно относятся к женщинам. Гомосексуальная проекция по результатам ТАТ также значительно выше в группе умственной отсталости — эти испытуемые более открыто проецируют свои гомосексуальные фантазии и опыт в историях ТАТ. Тема любви двух мужчин или мальчиков в содержании историй является основной. Мужские персонажи описываются как красивые, мускулистые, желанные и молодые. Женский персонаж, напротив, воспринимается крайне негативно,

как жестокий, делающий несчастным и развращающий мужчину. Специфическая, свойственная больным с умственной отсталостью, мизогиния, вероятно, является результатом их неправильной социализации.

Оказывается затронутой и мотивационная сфера. Так, при явной демонстрации гомосексуальных тенденций часть испытуемых проецирует свои специфические мотивы, фантазии и опыт на отношения героев картины иного пола, идентифицируя себя с женщиной. В группе шизофрении также встречаются гомосексуальные эпизоды, но с гораздо меньшей частотой проявлений, чем в группе умственной отсталости. Тем не менее интерпретировать это явление как истинный гомосексуализм не представляется возможным, поскольку, например, больной признает свой гомосексуальный опыт, «но только с пожилыми мужчинами» в психиатрической больнице. Гетеросексуальные контакты отрицает, говорит о том, что его привлекают половые акты, «но только в задний проход», при этом как в пассивной, так и в активной роли, объясняя это «удобством для прохождения семенной жидкости». Больные часто обеспокоены чувством чуждости, сделанности сексуального влечения (в том числе гомосексуального), его насильственного и обременяющего, больного характера. В беседе и описании рисунков ТАТ больной описывал сексуальную фантазию как искусственный половой акт «с неопределенным существом мужского пола со съёмным водопроводным краном из пластика» или «шлангом» (половым членом).

Открытая, волнующая больного мастурбация значительно выше в группе шизофрении. Мастурбация имеет сверхценный характер, она осуществлялась «духовной рукой из драгоценного камня», описывается как «посев священного семя», как причина обездвиженности, «окаменения» (причем больной действительно не ходит, только лежит).

В идентификации себя как субъекта полового влечения присутствует характерная для шизофренических больных интрапсихическая атакия и символизм мышления, проявляющийся, в частности, неологизмами. Так, например, больной называет себя «гейшистом», т.е. человеком, который одновременно является и гомосексуалом, и фетишистом. В процессе беседы на почве составленных рассказов по стимульному материалу ТАТ больные из группы шизофрении дают вычурные ответы нарочито грубого сексуального содержания, интерпретируя картинки как грубый половой акт, насилие или убийство. В то же время на отделении они

преимущественно пассивны и никаких признаков сексуального интереса (за исключением мастурбации) не проявляют.

Это побудило нас с учетом статистически значимых различий обозначить выше рассмотренную типичную форму полового удовлетворения при шизофрении как «другие формы сексуальных предпочтений». Например, для удовлетворения своего полового влечения с приобретенными в магазине куклами, представляющими собой фигурки молодых, стройных и привлекательных женщин, пациент, создавая предпочтительный для себя сексуальный образ, одновременно покупает для них и сексуальную, с его точки зрения, одежду (высокие сапожки, короткие шорты, вызывающие блузки и т.п.), называет их своими женами. Другой больной удовлетворяет сексуальное влечение с помощью нарисованных им самим картинками вызывающе развратных женщин. Даже гетеросексуальный характер полового влечения включен в сложную структуру бредовых идей. Например, больной привязан исключительно к одной из представительниц персонала и во всем ее поведении видит сложный символизм любовных знаков для него с целью заманить его для сексуального растления или участия в оргии. При этом сексуальный интерес больного, как правило, пассивен. Даже сексуальный контент в виде порнографии или эротики больных не интересует. Их сексуальный интерес не выходит за грани бредовых построений и строго включен в динамику болезни.

Стоит отметить, что грубая, бредовая сексуальная продукция при шизофрении проявляется только у очень молодых больных, с возрастом она начинает носить все более символический, метафизический характер. Для характеристики сексуального поведения больных обеих групп мы выделили такой важный фактор, как проявления сексуальных перверсий, который не показал статистически значимых различий (табл. 3) и отличался лишь качественно. Так, эксгибиционизм в группе умственной отсталости имел частое и стойкое проявление в виде демонстраций половых органов представителям своего пола из понравившихся проживающих и имел явный сексуальный подтекст. В группе шизофрении больные так же проявляли подобное поведение, но оно не имело направленности и носило более бесцельный характер открытой мастурбации. В подавляющем большинстве случаев перверсии в группе шизофрении проявлялись описанными выше феноменами других форм сексуальных предпочтений.

Транссексуальные тенденции значительно преобладали в группе больных с умственной отсталостью, большая часть больных охотно признавали, что хотели бы родиться женщинами, копировали женское поведение в быту, придавали внешности подчеркнuto женское обличье. Кросс-дрессинг также преобладал в группе умственной отсталости, больные охотно переодевались в женскую одежду, носили женское нижнее белье, колготки, обувь и в таком виде разгуливали по отделению с присущей им во многом карикатурной жеманностью и чувственностью, при походке раскачивая бедрами, часто поправляя волосы, говоря высоким тембром голоса и активно жестикулируя. В группе шизофрении данные феномены также встречались, но имели другой смысл, проявляясь вычурностью, атаксией, паралогическими явлениями. Например, больной утверждал, что хочет стать женщиной, потому что ему больше нравятся женские имена и фамилии. В паспорте он хочет быть записан как женщина, а переодевается он в некоторые женские вещи для тренировки. Другой больной утверждал, что он стал женщиной, когда в юном возрасте проглотил некий предмет, похожий на льдинку, из-за чего внутри себя ощущает женскую сущность, причиняющую ему психическое и физическое страдание.

ОБСУЖДЕНИЕ

При шизофрении и расстройствах интеллектуального развития меняется характер половой идентичности и сексуального поведения. Существенную роль играет нозологическое своеобразие, которое перекрашивает характер полового поведения и половой идентичности.

При расстройствах интеллектуального развития у мужчин формируется сходство с истинным гомосексуализмом и транссексуализмом, однако механизмы его, исходя из общей картины поведения, следует понимать как инфантильную сексуальность. При шизофрении у мужчин сексуальное поведение и полоролевая идентичность представляют собой причудливые перверсии в виде метафизической интерпретации сексуальности и своей половой идентичности, удовлетворения полового влечения с неодушевленными предметами, навязчивой мастурбации и приданию ей сверхценного характера. Имеет место бредовая интерпретация гомосексуальных и транссексуальных тенденций.

ВЫВОДЫ

Механизм сексуального поведения и полоролевой идентичности при умственной отста-

лости представляет собой вариант дизонтогенетической инфантильной сексуальности. Такие особенности, по-видимому, обусловлены двумя обстоятельствами. Во-первых, общим недоразвитием психики, обусловленным органическими причинами (пренатальной и постнатальной церебральной патологией), приводящими к задержке полового развития и недостаточности формирования свойственной нормальной психике рефлексии. А во-вторых — становлением полового созревания в особых условиях психоневрологического интерната.

При формировании сексуального поведения и полоролевой идентичности при шизофрении происходит слияние физиологически сохраненных «осколков» преморбидных сексуальных и полоролевых свойств личности с непосредственными клиническими проявлениями болезни. В результате происходит трансформация либидо больного и формирование сексуального поведения и полоролевой идентичности по шизофреническому типу, вследствие чего возникают ее нарушения и пerversии, патогномичные этой категории больных, проявляющиеся параноидально-бредовыми построениями (нахождение внутри женской сущности, чувство себя и мужчиной, и женщиной, чувство сделанности полового акта, метафизическое толкование мастурбации) и грубой вычурностью (демонстративная интерпретация картинок ТАТ как проявления сексуальной жестокости и насилия, а также демонстративная мастурбация).

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие законных представителей пациентов на публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception

of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Consent for publication. Written consent was obtained from the legal representatives of patients for publication of relevant medical information within the manuscript.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авилов А.Ю. Девиации полоролевой идентичности мужчин с умственной отсталостью в условиях психоневрологического интерната. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб.; 2021.
2. Авилов А.Ю. Применение тематического апперцептивного теста (ТАТ) в исследовании гендерной идентичности мужчин с умственной отсталостью. Проблемы современного педагогического образования. 2017; 55: 286–99.
3. Авилов А.Ю., Бизюк А.П. Особенности гендерной идентичности и сексуального поведения у лиц с нарушениями психики. Психология XXI века: психология как наука искусство и призвание. Сборник научных трудов участников международной научной конференции молодых ученых. 2017: 95–100.
4. Бухановский А.О. Транссексуализм: клиника, систематика, дифференциальная диагностика, психосоциальная адаптация и реабилитация. Автореф. дис. ... д-р мед. наук. М.; 1994.
5. Дворянчиков Н.В. Полоролевая идентичность у лиц с девиантным сексуальным поведением. Автореф. дис. ... канд. псих. наук. М.; 1998.
6. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб.: Речь; 2003.
7. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Половое воспитание детей. Л.: Медицина; 1988.
8. Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия. М.: Книжный клуб книговец; 2013.
9. Марковкин В.М., Картилишев А.В. Патохимия шизофрении (патогенетические, диагностические и прогностические аспекты). М.: Медицина; 1988.
10. Матевосян С.Н. Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола). М.: Медицинское информационное агентство; 2012.
11. Незнанов Н.Г., Кацубинский А.П., Мазо Г.Э. Биопсихосоциальная психиатрия: руководство для врачей. СПб.: СИМКБ; 2020.
12. Пискарева Т.К., Ениколопов С.Н. Нарушения половой идентичности и проблемы психического здоровья

- вья. Обозрения психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2019; 3: 28–35.
13. Попова Г.А. Расстройство половой самоидентификации в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М.; 2020.
 14. Снежневский А.В. Шизофрения. М.: Медицина; 1972.
 15. Цукер К., Бредли С.Дж. Расстройства гендерной идентичности и психосексуальные проблемы у детей и подростков. М.: Городец; 2020.
 16. Arcelus J., Bouman W.P., Van Den Noortgate W. et al. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*. 2015; 30(6): 807–15. DOI:10.1016/j.eurpsy.2015.04.005.
 17. Benjamin H. The Transsexual Phenomenon: A Scientific Report on Transsexualism and Sex Conversion in the Human Male and Female. NY: Julian Press; 1966.
 18. Blanchard R. The she — male phenomenon and the concept of partial autogynephilia. *J. Sex. Marital. Ther.* 1993; 19(1): 69–76.
 19. Campo J., Nijman H., Evers C. et al. Gender identity disorders as a symptom of psychosis, schizophrenia in particular. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2001; 145(39): 1876–80.
 20. Coleman E., Bockting W., Botzer M. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People. *International Journal of Transgenderism*. 2012; 13(4): 165–232.
 21. Connolly F., Gittleson N. The Relationship Between Delusions of Sexual Change and Olfactory and Gustatory Hallucinations in Schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 1971; 119(551): 443–4.
 22. Cuypere de G. Schizophrenia and symptomatic transsexualism, two case reports. *Eur Psychiatry*. 1993; 8: 163–7.
 23. Gittleson N., Dawson-Butterworth K. Subjective Ideas of Sexual Change in Female Schizophrenics. *The British Journal of Psychiatry*. 1967; 113(498): 491–4.
 24. Kuypers L., Wijnen C. Gender Identities and Gender Dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*. 2013; 43 (2): 377–85.
 25. Laub D., Fisk N. A Rehabilitation Program for Gender Dysphoria Syndrome by Surgical Sex Change. *Plast. reconstruct. Surg.* 1974; 53(4): 388–403.
 26. Lukianowicz L. Transvestism and psychosis. *Basel: Psychiatry and Neurology*. 1995; 138: 67–78.
 27. Person E., Ovesey L. The transsexual syndrome in males. *American Journal of Psychotherapy*. 1974; 28: 4–20.
 28. Wanta J.W., Niforatos J.D., Durbak E. et al. Mental Health Diagnoses Among Transgender Patients in the Clinical Setting: An All-Payer Electronic Health Record Study. *Transgender Health*. 2019; 4(1): 313–5
 29. Warrier V., Greenberg D.M., Weir E. et al. Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. *Nat. Commun.* 2020; 11(1): 1–12.
 30. Wylie K., Barrett J., Besser M. et al. Good Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Adults with Gender Dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy*. 2014; 29(2): 154–214.

REFERENCES

1. Avilov A.Yu. Deviations of gender role identity of men with mental retardation in the conditions of a neuropsychiatric boarding school. PhD thesis. Sankt-Peterburg; 2021 (in Russian).
2. Avilov A.Yu. Application of the thematic apperceptive test (TAT) in the study of gender identity of men with mental retardation. *Problemy sovremennoy pedagogicheskoy obrazovaniya*. 2017; 55: 286–99 (in Russian).
3. Avilov A.Yu., Bizyuk A.P. Features of gender identity and sexual behavior in persons with mental disorders. *Psikhologiya XXI veka: psikhologiya kak nauka iskusstvo i prizvaniye. Sbornik nauchnykh trudov uchastnikov mezhdunarodnoy nauchnoy konferentsii molodykh uchenykh*. 2017: 95–100 (in Russian).
4. Bukhanovskiy A.O. Transsexualism: clinic, systematic, differential diagnosis, psychosocial adaptation and rehabilitation. PhD thesis. Moskva; 1994 (in Russian).
5. Dvoryanchikov N.V. Gender role identity in persons with deviant sexual behavior. PhD thesis. Moskva; 1998. (in Russian).
6. Isaev D.N., Kagan V.E. Sex education of children. Leningrad: Meditsina Publ.; 1988 (in Russian).
7. Isaev D.N. Mental retardation in children and teenagers. Sankt-Peterburg: Rech' Publ.; 2003 (in Russian).
8. Kraft-Ebing R. Sexual psychopathology. Moskva: Knizhnyy klub knigovek; 2013 (in Russian).
9. Markovkin V.M., Kartilishchev A.V. Pathochemistry of schizophrenia (pathogenetic, diagnostic and prognostic aspects). Moskva: Meditsina Publ.; 1988 (in Russian).
10. Matevosyan S.N., Vvedenskiy G.E. Sexual dysphoria (clinical and phenom-

- enological features and therapeutic and rehabilitation aspects of the syndrome of «rejection» of sex)]. Moskva: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo; 2012 (in Russian).
11. Neznakov N.G., Katsyubinskiy. A.P, Mazo G.E. Biopsichosotsial'naya psikiatriya: rukovodstvo dlya vrachev. [Biopsychosocial psychiatry: a guide for doctors]. Sankt-Peterburg: SIMKB Publ.; 2020 (in Russian).
 12. Piskareva T.K., Enikolopov S.N. Narusheniya polovoy identichnosti i problemy psikhicheskogo zdorov'ya. Obozreniya psikiatrii i meditsinskoy psikhologii. V.M. Bekhtereva. [Sexual identity disorders and mental health problems]. 2019; 3: 28–35 (in Russian).
 13. Popova G.A. Narusheniya polovoy identichnosti i problemy psikhicheskogo zdorov'ya. Obozreniya psikiatrii i meditsinskoy psikhologii. [Sexual identity disorder within the framework of non-psychotic forms of endogenous diseases and personality disorders]. PhD thesis. Moskva; 2020 (in Russian).
 14. Snezhnevskiy A.V. Shizofreniya. [Schizophrenia]. Moskva: Meditsina Publ.; 1972.
 15. Tsuker K., Bredli S.Dzh. Rasstroystva gendernoy identichnosti i psikhoseksual'nyye problemy u detey i podrostkov. [Gender identity disorders and psychosexual problems in children and adolescents]. Moskva: Gorodets Publ.; 2020 (in Russian).
 16. Arcelus J., Bouman W.P., Van Den Noortgate W. et al. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*. 2015; 30(6): 807–15. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.04.005.
 17. Benjamin H. The Transsexual Phenomenon: A Scientific Report on Transsexualism and Sex Conversion in the Human Male and Female. NY: Julian Press; 1966.
 18. Blanchard R. The she — male phenomenon and the concept of partial autogynephilia. *J. Sex. Martial. Ther.* 1993; 19(1): 69–76.
 19. Campo J., Nijman H., Evers C. et al. Gender identity disorders as a symptom of psychosis, schizophrenia in particular. *Nederlands Tijdschriftvoor Geneeskunde*. 2001; 145(39): 1876–80.
 20. Coleman E., Bockting W., Botzer M. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People. *International Journal of Transgenderism*. 2012; 13(4): 165–232.
 21. Connolly F., Gittleson N. The Relationship Between Delusions of Sexual Change and Olfactory and Gustatory Hallucinations in Schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 1971; 119(551): 443–4.
 22. Cuyper de G. Schizophrenia and symptomatic transsexualism, two case reports. *Eur Psychiatry*. 1993; 8: 163–7.
 23. Gittleson N., Dawson-Butterworth K. Subjective Ideas of Sexual Change in Female Schizophrenics. *The British Journal of Psychiatry*. 1967; 113(498): 491–4.
 24. Kuiper L., Wijnen C. Gender Identities and Gender Dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*. 2013; 43 (2): 377–85.
 25. Laub D., Fisk N. A Rehabilitation Program for Gender Dysphoria Syndrome by Surgical Sex Change. *Plast. reconstr. Surg.* 1974; 53(4): 388–403.
 26. Lukianowicz L. Transvestism and psychosis. *Basel: Psychiatry and Neurology*. 1995; 138: 67–78.
 27. Person E., Ovesey L. The transsexual syndrome in males. *American Journal of Psychotherapy*. 1974; 28: 4–20.
 28. Wanta J.W., Niforatos J.D., Durbak E. et al. Mental Health Diagnoses Among Transgender Patients in the Clinical Setting: An All-Payer Electronic Health Record Study. *Transgender Health*. 2019; 4(1): 313–5.
 29. Warrier V., Greenberg D.M., Weir E. et al. Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. *Nat. Commun*. 2020; 11(1): 1–12.
 30. Wylie K., Barrett J., Besser M. et al. Good Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Adults with Gender Dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy*. 2014; 29(2): 154–214.

УДК 349.24:331.43:693.8:303.436.4
DOI: 10.56871/MHCO.2023.34.71.007

ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ТРУДА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТНИКОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СВАРОЧНЫХ РАБОТ

© Наталья Викторовна Власова¹, Елена Рафиловна Абдрахманова^{1, 2},
Ляйля Марселевна Масыгутова^{1, 2}, Лена Мирзаевна Карамова¹,
Линара Альфировна Рафикова¹, Алина Риннатовна Музафарова¹,
Наталья Владимировна Бояринова¹

¹ Уфимский научно-исследовательский институт медицины труда и экологии человека.
450106, Российская Федерация, г. Уфа, ул. Степана Кувыкина, 94

² Башкирский государственный медицинский университет. 450008, Российская Федерация, г. Уфа, ул. Ленина, 3

Контактная информация: Наталья Викторовна Власова — к.б.н., научный сотрудник отдела медицины труда.
E-mail: vnv.vlasova@yandex.ru ORCID ID: 0000-0002-8552-4756 SPIN: 6277-0748

Для цитирования: Власова Н.В., Абдрахманова Е.Р., Масыгутова Л.М., Карамова Л.М., Рафикова Л.А.,
Музафарова А.Р., Бояринова Н.В. Влияние условий труда на состояние здоровья и лабораторные показатели
работников при выполнении сварочных работ // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 3. С. 70–78.
DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.34.71.007>

Поступила: 26.04.2023

Одобрена: 30.05.2023

Принята к печати: 04.09.2023

РЕЗЮМЕ. В настоящее время профессия сварщика является одной из самых востребованных в различных отраслях промышленности. Цель работы — проанализировать условия труда, показатели здоровья и определить значимость лабораторных исследований, регламентированных в рамках периодических медицинских осмотров для своевременной диагностики изменений в состоянии здоровья электрогазосварщиков, работающих и проживающих на территории Республики Башкортостан. Проведено клинико-диагностическое обследование работников-электрогазосварщиков, работающих на предприятиях республики. Рассмотрено влияние вредных производственных факторов: химического, физического и тяжести трудового процесса. Выявлены заболевания костно-мышечной и нервной систем, болезни системы кровообращения, органов дыхания и нейросенсорная тугоухость с признаками воздействия шума. Диагностированы достоверные изменения лабораторных показателей в зависимости от стажа работы и длительности контакта с производственными факторами. Необходимо проведение диспансерного наблюдения данной категории рабочих с разработкой и обоснованием индивидуальных медико-профилактических мероприятий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: условия труда; электрогазосварщик; дифференциальная диагностика.

INFLUENCE OF WORKING CONDITIONS ON THE STATE OF HEALTH AND LABORATORY INDICATORS OF EMPLOYEES WHEN PERFORMING WELDING WORKS

© Natalya V. Vlasova¹, Elena R. Abdrakhmanova^{1, 2}, Lyailya M. Masyagutova^{1, 2},
Lena M. Karamova¹, Linara A. Rafikova¹, Alina R. Muzafarova¹, Natalya V. Boyarinova¹

¹ Ufa Research Institute of Occupational Medicine and Human Ecology. Stepan Kuvykin 94, Ufa, Russian Federation, 450106

² Bashkir State Medical University. Lenina str., 3, Ufa, Russian Federation, 450008

Contact information: Natalya V. Vlasova — PhD in Biology, Researcher, Department of Occupational Medicine.

E-mail: vnv.vlasova@yandex.ru ORCID ID: 0000-0002-8552-4756 SPIN: 6277-0748

For citation: Vlasova NV, Abdrakhmanova ER, Masyagutova LM, Karamova LM, Rafikova LA, Muzafarova AR, Boyarinova NV. Influence of working conditions on the state of health and laboratory indicators of employees when performing welding works. *Medicine and health care organization (St. Petersburg)*. 2023;8(3):70-78. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.34.71.007>

Received: 26.04.2023

Revised: 30.05.2023

Accepted: 04.09.2023

ABSTRACT. Currently, the profession of a welder is one of the most sought after in various industries. The purpose of the work is to analyze working conditions, health indicators and determine the significance of laboratory tests regulated as part of periodic medical examinations for the timely diagnosis of changes in the health status of electric and gas welders working and living on the territory of the Republic of Bashkortostan. A clinical and diagnostic examination of workers — electric and gas welders working at the enterprises of the republic was carried out. The influence of harmful production factors is considered: chemical, physical and the severity of the labor process. Diseases of the musculoskeletal and nervous systems, diseases of the circulatory system, respiratory organs, and sensorineural hearing loss with signs of noise exposure were identified. Reliable changes in laboratory parameters were diagnosed depending on the length of service and the duration of contact with production factors. It is necessary to carry out dispensary observation of this category of workers with the development and justification of individual medical and preventive measures.

KEY WORDS: working conditions; electric and gas welder; differential diagnosis.

ВВЕДЕНИЕ

Республика Башкортостан является одним из крупнейших промышленных регионов Российской Федерации. Почти все виды производственной деятельности требуют привлечения специалистов для выполнения электрогазосварочных работ — электрогазосварщиков.

Технологический процесс электрогазосварки относится к операциям с вредными условиями труда, является одним из наиболее неблагоприятных с точки зрения риска возникновения профессиональных заболеваний на рабочих местах электрогазосварщиков [17, 26].

В процессе своей трудовой деятельности электрогазосварщик подвергается воздействию целого комплекса опасных и вредных производственных факторов физической и химической природы: излучение, сварочный аэрозоль,

искры и брызги металла и шлака, производственный шум и др. [9, 11, 19, 21].

Для электрогазосварщиков промышленные аэрозоли традиционно занимают ведущее место среди неблагоприятных факторов производственной среды, поскольку влияние сварочного аэрозоля на организм представляет собой комбинированное воздействие вредных веществ, имеющих различные механизмы повреждающего действия — от фиброгенного и общетоксического до аллергенного и канцерогенного, и способствовать формированию источником профессиональных заболеваний органов дыхания [10, 30].

Для оценки состояния здоровья и ранней диагностики изменений в организме человека наиболее часто применяется клинический анализ крови — гемограмма [3, 15], в связи с высокой лабильностью и быстрой реакцией

кровенотворной системы на различные воздействия вредных производственных факторов, особенно химической этиологии. Некоторые из химических веществ, содержащихся в аэрозолях, вызывают изменения гемопоэза, другие нарушают синтез порфирина и гема в гемоглобине, третьи — изменение состава гемоглобина и гемолиз [2, 12, 14, 18, 22, 27, 29].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить значимость лабораторных исследований, регламентированных в рамках периодических медицинских осмотров, для своевременной диагностики изменений в состоянии здоровья электрогазосварщиков, работающих на территории Республики Башкортостан.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.01.2021 № 29н и Приложению к Порядку проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, проведено клинико-диагностическое обследование работников-электрогазосварщиков (225 человек), работающих на предприятиях Республики Башкортостан в присутствии аэрозолей преимущественно фиброгенного действия (АПФД), представляющих сложную смесь разнонаправленного действия [24].

Все обследуемые работники — мужчины в возрасте от 47,16 до 48,34 лет, со средним общим стажем 23,66±0,66 года.

В работе использованы гематологические и биохимические методы исследования, согласно общепринятым методикам [20]. Результаты исследований обработаны с использованием программного пакета статистического анализа прикладных программ STATISTICA 6.0 с

определением средних величин, показателя достоверности по коэффициенту Стьюдента (t) и уровня значимости (p). Стажевая детерминированность нарушений здоровья была определена с помощью коэффициента корреляции (r) и непараметрического критерия χ^2 .

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Согласно результатам специальной оценки условий труда (СОУТ), в работе электрогазосварщика ведущим вредным и опасным фактором является химический, представленный веществами 1–4-го класса опасности, с различным характером действия на организм. Сварочные аэрозоли представляют сложную смесь преимущественно фиброгенного действия (кремний диоксид аморфный в смеси с оксидами марганца в виде аэрозоля конденсации, дижелезотриоксид, вольфрам, алюминий и его соединения) и химических веществ различной природы, в том числе марганец, цинк, хром (VI), хром (III), бериллий, никель, хром трифторид, газы, обладающие остронаправленным действием на организм. Работа электрогазосварщика связана с применением легковоспламеняющихся и взрывчатых материалов. Для данной профессиональной группы работников характерно сочетание приоритетных факторов рабочей среды и трудового процесса: химического фактора (класс 3.1) с шумом (класс 3.1) и тяжестью трудового процесса (класс 3.1) (табл. 1).

Проведенный анализ распространенности общей неинфекционной заболеваемости позволил установить, что первое ранговое место занимают болезни костно-мышечной системы (КМС). Данная патология выявлена у 51,56% обследованных. Далее следуют болезни системы кровообращения, представленные гипертонической болезнью и выявленные у 28,2% электрогазосварщиков. Заболевания нервной системы представлены расстройством вегетативной

Таблица 1

Классификация условий труда газосварщиков по степени вредности и опасности

Table 1

Classification of working conditions for gas welders according to the degree of harmfulness and danger

Оценка факторов по критериям P.2.2.2006-05 / Evaluation of factors according to criteria P.2.2.2006-05				Общая оценка условий труда / General assessment of working conditions
Вредный фактор / Harmful factor	Химический / Chemical	Физический / Physical	Тяжесть труда / Burden of labor	
Электрогазосварщики / Electric and gas welders	3.1	3.1	3.1	3.2

нервной системы — 24,89%. Нейросенсорная тугоухость и признаки воздействия шума составили 21,33% всех осмотренных.

Обращает на себя внимание низкая выявляемость болезней органов дыхания — 1,33% всех обследованных. Очевидно, это связано с тем, что работники не всегда сообщают врачу при прохождении периодического медицинского осмотра достоверную информацию о состоянии своего здоровья с целью сохранить допуск к работе во вредных и(или) опасных условиях труда, а также отсутствием настороженности у специалистов, проводящих эти медосмотры [1, 4, 23, 28]. Лабораторные исследования, регламентированные в рамках периодических медицинских осмотров, имеют важное диагностическое значение и позволяют дать первичную оценку общему состоянию организма, особенно для лиц, работающих с вредными производственными факторами.

Проведенные гематологические исследования показали, что у всех обследованных, работа которых связана со сварочными аэрозолями, средние показатели общего анализа крови (эритроцитов, гемоглобина, лейкоцитов и тромбоцитов) находятся в пределах референтных значений, кроме показателя «индекс аллергизации» (ИА), среднее значение которого составило $1,45 \pm 0,03$.

Сравнительный анализ отклонений гематологических показателей от референтных значений показал следующее. Повышенные показате-

ли гемоглобина (более 160 г/л) отмечаются у 23,56% мужчин. У 23,11% обследованных выявлены изменения гематокрита. Эритроцитоз встречается у 16,00% обследованных, что указывает на активизацию эритропоэза. У 19,11% работающих выявлено увеличение параметров эритроцита (MCV) и у 27,56% — содержания гемоглобина в отдельном эритроците (MCH). Результаты исследований позволили установить, что у незначительного количества человек выявлен тромбоцитоз. Эозинофильные гранулоциты выше 5% диагностировались у 54,22% электрогазосварщиков (табл. 2).

Результаты исследований, полученных у работников с различным стажем работы, представлены в таблице 3. Так, в группе рабочих со стажем 11–20 лет были выявлены наиболее высокие показатели эритроцитов, гемоглобина и гематокрита по сравнению с аналогичными показателями рабочих со стажем от 0 до 10 лет. Параллельно с эритроцитозом и высоким уровнем гемоглобина отмечается тенденция к повышению эритроцитарных индексов. Постоянная ингаляция химических веществ в условиях производства, возможно, способствует явлениям гипоксии в организме работающих, чем и могут объясняться сдвиги гематологических показателей. Нами были проведены аналогичные исследования [16, 25].

В доступной научной литературе имеются единичные, противоречивые работы, посвященные

Таблица 2

Частота отклонений гематологических показателей у работников (%)

Table 2

The frequency of deviations of hematological parameters in workers (%)

Направление отклонения показателей / Deflection direction indicators	Электрогазосварщики (ср. общий стаж $47,75 \pm 0,59$ / Electric and gas welders (average seniority $47,75 \pm 0,59$) n=225
Гемоглобин >160 г/л / Hemoglobin >160 g/l	23,56
Эритроциты $>5,5 \times 10^{12}$ /л / Erythrocytes 10^{12} /l	16,00
Гематокрит $>48\%$ / Hematocrit $>48\%$	23,11
MCV >95 фл	19,11
MCH >31 фл	27,56
Лейкоциты $>9,0 \times 10^9$ /л / Leukocytes $>9,0 \times 10^9$ /l	18,22
Эозинофилы $>5\%$ / Eosinophils $>5\%$	54,22
Тромбоциты $>320 \times 10^9$ /л / Platelets $>320 \times 10^9$ /l	8,44
Индекс аллергизации $>1,2$ у.е. / Allergicization index $>1,2$ c.u.	69,33

изучению влияния аэрозолей преимущественно фиброгенного действия на эритроцитарный росток кроветворения по мере увеличения стажа работы у электрогазосварщиков [11, 13].

Для оценки достоверности полученных результатов в отношении показателей красной крови нами был использован критерий χ^2 . Достоверность была выявлена для показателей $MCV \chi^2=5,09$ ($p < 0,001$), $MCH \chi^2=8,84$ ($p < 0,001$).

Установлена корреляционная связь гематологических показателей с длительностью контакта с вредными производственными факторами у обследованных мужчин ($r=0,97-0,99$). С годами профессиональной деятельности возрастает число работников с эозинофилией и индексом алергизации, корреляционная связь которых также достигает высоких значений ($r=0,97-0,99$). Увеличение числа эозинофильных гранулоцитов и постепенное нарастание их частоты клинически подтверждает алергизирующую способность химических веществ, присутствующих в рабочей зоне электрогазосварщиков, указывает на серьезную сенсибилизацию организма, вероятность формирования

аутоиммунных процессов и клинических форм патологий. Об этом также свидетельствует повышенный ИА у работников. По результатам биохимических исследований сыворотки крови у электрогазосварщиков в зависимости от стажа работы выявлено нарушение углеводного и липидного обменов (табл. 4).

Среди работающих с увеличением стажа работы наблюдаются повышенные уровни глюкозы — от 4,00% в начале работы до 30,00% при стаже более 30 лет. Установлена высокая степень функциональной связи этого показателя со стажем ($r=1,00$). Выявлено увеличение с годами профессиональной деятельности числа работников с повышенным содержанием холестерина, корреляционная связь которого достигает $r=0,98$. Обнаруженные нарушения липидного метаболизма у стажированных работников, вероятнее всего, являются следствием воздействия химического фактора при работе со сварочными аэрозолями и имеют значительное влияние на развитие атерогенных процессов в организме электрогазосварщиков. По некоторым литературным данным, изменения

Таблица 3

Частота отклонений гематологических показателей у работников в зависимости от стажа работы (%)

Table 3

The frequency of deviations of hematological parameters in workers depending on the length of service

Направление отклонения показателей / Deflection direction indicators	Электрогазосварщики / Electric and gas welders (n=225)			
	0–10 лет / 0–10 years (n=25)	11–20 лет / 11–20 years (n=67)	21–30 лет / 21–30 years (n=73)	более 30 лет / over 30 years (n=60)
Гемоглобин >160 г/л / Hemoglobin >160 g/l	20,00	28,36	26,05	16,67
Эритроциты >5,5×10 ¹² /л / Erythrocytes >5,5×10 ¹² /l	16,00	20,90	13,70	13,33
Гематокрит >48% / Hematocrit >48%	16,00	28,36	23,29	20,00
MCV >95 фл	4,00	14,93	23,29	25,00** $\chi^2=5,09$ ($p < 0,001$)
MCH >31 фл	4,00	22,39	34,25	35,00** $\chi^2=8,84$ ($p < 0,001$)
Лейкоциты >9,0×10 ⁹ /л / Leukocytes >9,0×10 ⁹ /l	8,00	22,39	17,81	18,33
Эозинофилы >5% / Eosinophils >5%	52,00	46,27	56,16	58,33
Тромбоциты >320×10 ⁹ /л / Platelets >320×10 ⁹ /l	4,00	8,96	6,85	10,00
Индекс алергизации >1,2 у.е. / Allergicization index >1,2 с.у.	68,00	67,16	72,60	50,00* $\chi^2 = 2,31$ ($p < 0,05$)

* Достоверность различий с первым годом работы ($p < 0,05$) / Significance of differences from the first year of operation ($p < 0,05$).

** Достоверность различий с первым годом работы ($p < 0,001$) / Significance of differences from the first year of operation ($p < 0,001$).

Таблица 4

Частота отклонений биохимических показателей у электрогазосварщиков в зависимости от стажа работы (%)

Table 4

The frequency of deviations of biochemical parameters in electric and gas welders, depending on the length of service (%)

Направление отклонения показателей / Deflection direction in dicators	Электрогазосварщики / Electric and gas welders (n=225)			
	стаж 0–10 лет / experience 0–10 years (n=25)	стаж 11–20 лет / experience 11–20 years (n=67)	стаж 21–30 лет / experience 21–30 years (n=73)	Стаж более 30 лет / Experience over 30 years (n=60)
Глюкоза >6,1 ммоль/л / Glucose >6,1 ммоль/л	4,00	22,39	26,03	30,00* $\chi^2=6,87$ (p <0,001)
Холестерин >5,2 ммоль/л / Cholesterol >5,2 ммоль/л	32,00	50,75	57,53	65,00* $\chi^2=7,77$ (p <0,001)

* Достоверность различий с первым годом работы (p <0,001) / Significance of differences from the first year of operation (p <0,001).

в биохимических показателях при воздействии вредных химических веществ могут быть связаны с увеличением стажа работы [5–8, 16]. Повышенные параметры углеводного и липидного обменов у стажированных работников можно рассматривать как специфические изменения, развивающиеся под воздействием вредных факторов производства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, установлено, что загрязнение воздуха рабочей зоны химическими веществами 1–4-го классов опасности является вредным фактором рабочей среды и трудового процесса в работе электрогазосварщика.

Выявленные сдвиги в картине крови следует рассматривать как индивидуальную ответную реакцию на вредное внешнее воздействие. Процессы, происходящие в красном ростке кроветворения, непосредственно связаны с продолжительностью воздействия производственных факторов.

Необходимо проведение диспансерного наблюдения данной категории рабочих с разработкой и обоснованием индивидуальных медико-профилактических мероприятий.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие пациентов на публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information within the manuscript.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрахманова Е.Р., Мясягутова Л.М., Габбасов А.З. и др. Результаты специальной оценки условий труда у работников различных отраслей экономики Республики Башкортостан. Санитарный врач. 2020; 4: 41–7.
2. Ахминеева А.Х., Воронина Л.П., Севостьянова И.В., Полунина О.С. Уровень С-реактивного протеина у пациентов с респираторно-кардиальной коморбидностью. Астраханский медицинский журнал. 2014; 9(1): 45–9.
3. Бондарчук С.В., Тыренко В.В., Михалева М.А., Юркин А.К. Клеточный состав крови: показатели

- гемограммы здоровых лиц Санкт-Петербурга. Гены & Клетки. 2016; 9(3): 129–34. DOI: 10.23868/gc120610.
4. Валеева Э.Т., Шайхлисламова Э.Р., Бакиров А.Б. и др. Недостатки санитарно-гигиенических характеристик условий труда, затрудняющие проведение экспертизы связи заболевания с профессией. Гигиена и санитария. 2021; 100(11): 1256–60. DOI: 10.47470/0016-9900-2021-100-11-1256-1260.
 5. Галимзянов А.Ф., Гарипов Р.З., Анисимов А.Ю. и др. Изучение распространенности факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у населения Республики Татарстан с применением специализированного программного обеспечения. Медицина и организация здравоохранения. 2021; 2: 27–34.
 6. Галимова Р.Р., Тимашева Г.В., Валеева Э.Т., Бакиров А.Б. Оценка ранних метаболических нарушений у работников современного нефтехимического производства. Здоровье населения и среда обитания. 2018; 3: 4–6.
 7. Гимаева З.Ф., Бакиров А.Б., Бадамшина Г.Г., Каримова Л.К. Показатели липидного спектра сыворотки крови у работников химического производства. Медицинский вестник Башкортостана. 2015; 4: 45–8.
 8. Гимранова Г.Г., Тимашева Г.В., Бакиров А.Б. и др. Диагностические маркеры ранних метаболических нарушений у работников нефтедобывающего предприятия. Медицина труда и промышленная экология. 2022; 62(2): 130–5. DOI: 10.31089/1026-9428-2022-62-2-130-135.
 9. Гришагин В.М., Еремин Л.П., Деменкова Л.Г. Процессы образования и состав твердой фазы сварочного аэрозоля как наиболее вредного фактора при сварке горно-шахтного оборудования. Горный информационно-аналитический бюллетень (научно-технический журнал). 2010; 3: 412–22.
 10. Гутич Е.А., Косяченко Г.Е., Сычик Л.М. Профессиональный риск здоровью работников, подвергающихся воздействию аэрозолей искусственных минеральных волокон. Медицина труда и экология человека. 2020; 1: 73–80.
 11. Елифанов А.В., Ковязина О.Л., Лепунова О.Н., Шалабодов А.Д. Влияние условий труда на показатели кардиореспираторной системы и крови у электросварщиков с различным стажем работы. Экология человека. 2018; 3: 27–32. DOI: 10.33396/1728-0869-2018-3-27-32.
 12. Ершов В.И. Наглядная гематология. М.: ГЕОТАР-Медиа; 2008.
 13. Зашихина В.В., Дерягина Л.Е., Никитин В.С. и др. Изменение показателей крови при воздействии пылегазовых факторов производственной среды. Экология человека. 2007; 12: 24–9.
 14. Зюбина Л.Ю., Шагина Л.А., Паначеева Л.А. Профессионально обусловленные гемопатии и профессиональные заболевания крови. Медицина труда и промышленная экология. 2008; 11: 15–20.
 15. Казакова М.С., Луговская С.А., Долгов В.В., Казакова М.С. Референтные значения показателей общего анализа крови взрослого работающего населения. Клиническая лабораторная диагностика. 2012; 6: 43–9. DOI: 10.51620/0869-2084-2023-68-2.
 16. Каримова Л.М., Власова Н.В., Гайнуллина М.К., Масыгутова Л.М. Гематологические показатели у работников водообеспечивающих сооружений нефтехимических предприятий. Гигиена и санитария. 2022; 9: 1029–34. DOI: 10.47470/0016-9900-2022-101-9-1029-1034.
 17. Козлова А.А., Прусакова А.В. Сварочный аэрозоль как основной неблагоприятный гигиенический фактор у электрогазосварщиков. Вестник Ангарского государственного технического университета. 2015; 9: 214–8.
 18. Кузник Б.И. Физиология и патология системы крови. М.: Вузская книга; 2004.
 19. Лазаренков А.М. Исследование условий труда работающих в литейных цехах при выполнении сварочных работ. Литье и металлургия. 2019; 3: 163–5.
 20. Луговская С.А., Морозова В.Т., Почтарь М.Е., Долгов В.В. Лабораторная гематология. М.: ЮНИМЕД-пресс; 2002.
 21. Любченко П.Н., Лебедин Ю.С., Виницкая Т.Е. и др. Содержание альвеоломуцина в крови и клеточный состав бронхоальвеолярных смывов у электросварщиков. Пульмонология. 2002; 5: 42–5.
 22. Льюис С.М., Байн Б., Бейтс И., Румянцев, ред. Гематология. М.: ГЕОТАР-Медиа; 2009.
 23. Масыгутова Л.М., Абдрахманова Е.Р., Бакиров А.Б., Габдулвалеева Э.Ф. Основные подходы к диагностике профессиональных аллергических заболеваний в современных условиях. Социальные аспекты здоровья населения. 2022; 68(4): 14. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-4-14.
 24. Приказ Минздрава России от 28.01.2021 № 29н (ред. от 01.02.2022) «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры» (Зарегистрировано в Минюсте России 29.01.2021 № 62277). Доступен по: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-28012021-n-29n-ob-utverzhenii/> (дата обращения 15.05.2023).
 25. Тимашева Г.В., Масыгутова Л.М., Валеева Э.Т., Репина Э.Ф. Информативные изменения показателей гомеостаза для оценки индивидуального риска адаптационных нарушений у работников химической промышленности. Клиническая лабораторная диагностика. 2019; 64(1): 29–33. DOI: 0.18821/0869-2084-2019-64-1-29-33.

26. Халфин Р.Р. Улучшение условий труда электрогазосварщика на производстве. Евразийское Научное Объединение. 2017; 5(27): 66–8.
27. Хоффбрант В., Петтит Д. Клиническая гематология. М.: Практика; 2007.
28. Шастин А.С., Газимова В.Г., Гусельников С.Р. и др. Заболеваемость работников металлургического предприятия по результатам периодических медицинских осмотров и анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Медицина труда и экология человека. 2022; 4: 46–64. DOI: 10.46563/0044-197X-2020-64-6-305-310.
29. Anoop K., Sasmal D., Amand B. et al. Deltamethrin-induced oxidative stress and mitochondrial caspase-dependent signaling pathways in murine splenocytes. *Environmental Toxicology*. 2016; 31(7): 808–19. DOI: 10.1002/tox.22091.
30. Descatha A., Le Guillou F., Cohen-Jonathan A.M. et al. Is the severity of asthma related to the molecular weight of the allergen? *Rev Mal Respir*. 2006; 23(2): 135–40.
1. Abrakmanova E.R., Masyagutova L.M., Gabbasov A.Z. i dr. Rezul'taty spetsial'noy otsenki usloviy truda u rabotnikov razlichnykh otrasley ekonomiki Respubliki Bashkortostan. [The results of a special assessment of the working conditions of workers in various sectors of the economy of the Republic of Bashkortostan]. *Sanitarnyy vrach*. 2020; 4: 41–7 (in Russian).
2. Akhmineeva A.Kh., Voronina L.P., Sevostyanova I.V., Polunina O.S. Uroven' C-reaktivnogo belka u bol'nykh s respiratorno-kardial'noy komorbidnost'yu. [The level of C-reactive protein in patients with respiratory-cardiac comorbidity]. *Astrakhan medical journal*. 2014; 9(1): 45–9 (in Russian).
3. Bondarchuk S.V., Tyrenko V.V., Mikhaleva M.A., Yurkin A.K. Kletochnyy sostav krovi: pokazateli gemogrammy zdorovykh lits. [Cellular blood composition: hemogram parameters of healthy individuals in St. Petersburg]. *Genes & Cells*. 2016; 9(3): 129–34. DOI: 10.23868/gc120610 (in Russian).
4. Valeeva E.T., Shaykhlislamova E.R., Bakirov A.B. i dr. Nedostatki sanitarno-gigiyenicheskikh kharakteristik usloviy truda, zatrudnyayushchiye provedeniye ekspertizy svyazi zabolevaniya s professiyey. [Disadvantages of sanitary and hygienic characteristics of working conditions that make it difficult to conduct an examination of the connection of the disease with the profession]. *Gigiena i sanitariya*. 2021; 100(11): 1256–60. DOI: 10.47470/0016-9900-2021-100-11-1256-1260 (in Russian).
5. Galimzyanov A.F., Garipov R.Z., Anisimov A.Yu. i dr. Izucheniye rasprostranennosti faktorov riska razvitiya serdechno-sosudistyykh zabolevaniy u naseleniya respubliki Tatarstan s primeneniym spetsializirovannogo programmno obespecheniya. [Study of the prevalence of risk factors for the development of cardiovascular diseases in the population of the Republic of Tatarstan using specialized software]. *Medicine and healthcare organization*. 2021; 2: 27–34 (in Russian).
6. Galimova R.R., Timasheva G.V., Valeeva E.T., Bakirov A.B. Otsenka rannikh metabolicheskikh narusheniy u rabotnikov sovremennogo neftekhimicheskogo proizvodstva. [Assessment of early metabolic disorders in modern petrochemical workers]. *Zdorov'ye naseleniya i sreda obitaniya*. 2018; 3: 4–6 (in Russian).
7. Gimaeva Z.F., Bakirov A.B., Badamshina G.G., Karimova L.K. Pokazateli lipidnogo spektra syvorotki krovi u rabotnikov khimicheskogo proizvodstva. [Indices of the lipid spectrum of blood serum in workers of chemical production]. *Meditinskiy vestnik Bashkortostana*. 2015; 4: 45–8 (in Russian).
8. Gimranova G.G., Timasheva G.V., Bakirov A.B. i dr. Diagnosticheskiye markery rannikh metabolicheskikh narusheniy u rabotnikov nefteobrabatovayushchego predpriyatiya. [Diagnostic markers of early metabolic disorders in workers of an oil producing enterprise]. *Meditina truda i promyshlennaya ekologiya*. 2022; 62(2): 130–5. DOI: 10.31089/1026-9428-2022-62-2-130-135 (in Russian).
9. Grishagin V.M., Eremin L.P., Demenkova L.G. Protsessy obrazovaniya i sostav tverdogo fazy svarchnogo aerolya kak naibolee vrednogo faktora pri svarke gornoshakhtnogo oborudovaniya. [The processes of formation and composition of the solid phase of the welding aerosol as the most harmful factor in the welding of mining equipment]. *Mining information and analytical bulletin (scientific and technical journal)*. 2010; 3: 412–22 (in Russian).
10. Gutich E.A., Kosyachenko G.E., Sychik L.M. Professional'nyy risk zdorov'yu rabotnikov, podvergayushchikhsya vozdeystviyu aerorozley iskusstvennykh mineral'nykh volokon. [Occupational risk to the health of workers exposed to aerosols of artificial mineral fibers]. *Meditina truda i promyshlennaya ekologiya*. 2020; 1: 73–80 (in Russian).
11. Elifanov A.V., Kovyazina O.L., Lepunova O.N., Shalabodov A.D. Vliyaniye usloviy truda na pokazateli kardiorespiratornoy sistemy i krovi u elektrosvarshchikov c razlichnym stazhem raboty. [The influence of working conditions on the parameters of the cardiorespiratory system and blood in electric welders with different work experience]. *Ekologiya cheloveka*. 2018; 3: 27–32. DOI: 10.33396/1728-0869-2018-3-27-32 (in Russian).
12. Ershov V.I. Naglyadnaya gematologiya. [Visual hematology]. Moscow: GEOTAR-Media Publ.; 2008 (in Russian).
13. Zashikhina V.V., Deryagina L.E., Nikitin V.S. i dr. Izmeneniye pokazateley krovi pri vozdeystvii pylegazovykh faktorov proizvodstvennoy sredy. [Changes in blood parameters under the influence of dust and gas factors of the production environment]. *Ekologiya cheloveka*. 2007; 12: 24–9 (in Russian).

14. Zyubina L.Yu., Shpagina L.A., Panacheeva L.A. Professional'no obuslovlennyye gemopatii i professional'nyye zabolevaniya krovi. [Occupational hemopathy and occupational blood diseases]. *Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya*. 2008; 11: 15–20 (in Russian).
15. Kazakova M.S., Lugovskaya S.A., Dolgov V.V., Kazakova M.S. Referentnyye znacheniya pokazateley obshchego analiza krovi vzroslogo rabotayushchego naseleniya. [Reference values of indicators of the general blood test of the adult working population]. *Klinicheskaya laboratornaya diagnostika*. 2012; 6: 43–9. DOI: 10.51620/0869-2084-2023-68-2 (in Russian).
16. Karamova L.M., Vlasova N.V., Gainullina M.K., Masyagutova L.M. Gematologicheskiye pokazateli u rabotnikov vodoobespechivayushchikh sooruzheniy neftekhimicheskikh predpriyatiy. [Hematological indicators in workers of water supply facilities of petrochemical enterprises]. *Gigiyena i sanitariya*. 2022; 9: 1029–34. DOI: 10.47470/0016-9900-2022-101-9-1029-1034 (in Russian).
17. Kozlova A.A., Prusakova A.V. Svarochnyy aerosol' kak osnovnoy neblagopriyatnyy gigiyenicheskiy faktor u elektrogazosvarshchikov. [Welding aerosol as the main unfavorable hygienic factor for electric and gas welders]. *Vestnik Angarskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta*. 2015; 9: 214–8 (in Russian).
18. Kuznik B.I. Fiziologiya i patologiya sistemy krovi. [Physiology and pathology of the blood system]. Moscow: Vuzovskaya kniga Publ.; 2004 (in Russian).
19. Lazarenkov A.M. Issledovaniye usloviy truda rabotayushchikh v liteynykh tsekhakh pri vypolnenii svarochnykh rabot. [Study of working conditions of workers in foundries when performing welding work]. *Lit'ye i metallurgiya*. 2019; 3: 163–5 (in Russian).
20. Lugovskaya S.A., Morozova V.T., Pochtart M.E., Dolgov V.V. Laboratornaya gematologiya. [Laboratory hematology]. Moscow: YUNIMED-press Publ.; 2002 (in Russian).
21. Lyubchenko P.N., Lebedin Yu.S., Vinitskaya T.E. i dr. Soderzhaniye al'veolomutsina v krovi i kletochnyy sostav bronkhoal'veolyarnykh smyvov u elektrosvarshchikov. [The content of alveolomycin in the blood and the cellular composition of bronchoalveolar washings in electric welders]. *Pul'monologiya*. 2002; 5: 42–5 (in Russian).
22. Lewis S.M., Bine B., Bates I., Rumyantsev A.G., red. Gematologiya. [Hematology]. Moscow: GEOTAR-Media Publ.; 2009 (in Russian).
23. Masyagutova L.M., Abdrakhmanova E.R., Bakirov A.B., Gabdulvaleeva E.F. Osnovnyye podkhody k diagnostike professional'nykh allergicheskikh zabolevaniy v sovremennykh usloviyakh. [Basic approaches to the diagnosis of occupational allergic diseases in modern conditions]. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2022; 68(4): 14. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-4-14 (in Russian).
24. Order of the Ministry of Health of Russia dated January 28, 2021 N 29n "Ob utverzhdenii Poryadka provedeniya obyazatel'nykh predvaritel'nykh i periodicheskikh meditsinskikh osmotrov rabotnikov, predusmotrennykh chast'yu chetvertoy stat'i 213 Trudovogo kodeksa Rossiyskoy Federatsii, perechnya meditsinskikh protivopokazaniy k osushchestvleniyu rabot s vrednymi i (ili) opasnymi proizvodstvennymi faktorami, a takzhe rabotam, pri vypolnenii kotorykh provodyatsya obyazatel'nyye predvaritel'nyye i periodicheskiye meditsinskiye osmotry" (as amended dated February 1, 2022) ["On approval of the procedure for conducting mandatory preliminary and periodic medical examinations of employees, provided for by part four of Article 213 of the Labor Code of the Russian Federation, a list of medical contraindications for work with harmful and (or) dangerous production factors, as well as work in the performance of which mandatory preliminary and periodic medical examinations" (Registered with the Ministry of Justice of Russia on January 29, 2021 N 62277)]. Available at: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-28012021-n-29n-ob-utverzhenii/> (accessed: 15.05.2023) (in Russian).
25. Timasheva G.V., Masyagutova L.M., Valeeva E.T., Repina E.F. Informativnyye izmeneniya pokazateley gomeostaza dlya otsenki individual'nogo riska adaptatsionnykh narusheniy u rabotnikov khimicheskoy promyshlennosti. Klinicheskaya laboratornaya diagnostika. [Informative changes in homeostasis indicators for assessing the individual risk of adaptive disorders in workers in the chemical industry]. *Clinical laboratory diagnostics*. 2019; 64(1): 29–33 (in Russian).
26. Khalfin R.R. Uluchsheniye usloviy truda elektrogazosvarshchika na proizvodstve. [Improving the working conditions of an electric and gas welder in production]. *Yevraziyskoye Nauchnoye Ob'yedineniye*. 2017; 5(27): 66–8 (in Russian).
27. Hoffbrant V., Pettit D. Klinicheskaya gematologiya. [Clinical hematology]. Moscow: Praktika Publ.; 2007 (in Russian).
28. Shastin A.S., Gazimova V.G., Guselnikov S.R. i dr. Zabolevayemost' rabotnikov metallurgicheskogo predpriyatiya po rezul'tatam periodicheskikh meditsinskikh osmotrov i analiza zabolevayemosti s vremennoy utratoy trudosposobnosti. [Morbidity of employees of a metallurgical enterprise based on the results of periodic medical examinations and analysis of morbidity with temporary disability. Occupational medicine and human ecology]. 2022; 4: 46–64 DOI: 10.46563/0044-197X-2020-64-6-305-310 (in Russian).
29. Anoop K., Sasmal D., Amand B. et al. Deltamethrin-induced oxidative stress and mitochondrial caspase-dependent signaling pathways in murine splenocytes. *Environmental Toxicology*. 2016; 31(7): 808–19. DOI: 10.1002/tox.22091.
30. Descatha A., Le Guillou F., Cohen-Jonathan A.M. et al. Is the severity of asthma related to the molecular weight of the allergen? *Rev Mal Respir*. 2006; 23(2): 135–40.

HISTORY OF MEDICINE

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

УДК 614.2+008+398.3+616.58+615.89+615.851+649.8
DOI: 10.56871/MHCO.2023.62.19.008

ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ В КОНТЕКСТЕ СУЕВЕРНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ В РУССКОЙ НАРОДНО-БЫТОВОЙ МЕДИЦИНЕ

© Галина Львовна Микиртичан, Татьяна Владимировна Каурова,
Павел Андреевич Аверченко

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Контактная информация: Татьяна Владимировна Каурова — к.м.н., старший преподаватель кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: meditanika@gmail.com ORCID ID: 0009-0006-1191-2533 SPIN: 9162-3627

Для цитирования: Микиртичан Г.Л., Каурова Т.В., Аверченко П.А. Заболевания кожи в контексте суеверных представлений в русской народно-бытовой медицине // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 3. С. 79–88. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.62.19.008>

Поступила: 07.06.2023

Одобрена: 06.07.2023

Принята к печати: 04.09.2023

РЕЗЮМЕ. Суеверия относительно здоровья бытовали в народе на протяжении веков: не понимая реальных причин недугов, люди находили им множество сверхъестественных объяснений. В статье рассматривается специфика суеверных представлений — обычаев, примет, поверий — о причинах заболеваний кожи у взрослого и детского населения, а также их влияние на способы лечения в русском народном быту. Несмотря на то что суеверные способы лечения занимали одно из первых мест в лечении различных кожных болезней, относительно данного вопроса в литературе встречаются только отрывочные данные. Авторами сделана попытка систематизировать сведения по этой теме. Для реализации цели исследования были изучены труды отечественных авторов-исследователей русской народно-бытовой медицины, а также ряд историко-этнографических и фольклорных материалов. Кожные заболевания, известные с древнейших времен, были довольно частым явлением среди всех возрастов и сословий, а область таинственного в деле происхождения кожных болезней была чрезвычайно велика и разнообразна. Русская народно-бытовая медицина состояла из рациональных средств и различных магических приемов. В статье приводятся примеры бытовавших в народе взглядов на причины и происхождение кожных болезней, представляющих особый интерес, т.к. они объясняют и своеобразные способы народного самоврачевания. В числе причин кожных болезней признавалось, с одной стороны, воздействие неблагоприятных внешних факторов, с другой — злых духов. Суеверия необычайно живучи: в мировоззрении современных людей, несмотря на достижения доказательной медицины, стойко сохраняются суеверия и приметы относительно здоровья. В дерматологической практике этому, вероятно, способствуют разнообразие кожных заболеваний, длительность течения большинства из них, полиморфизм высыпаний, локализация на видимых участках кожного покрова, трудности терапии. По наблюдениям врачей, подобные методы лечения кожных заболеваний остаются популярными среди населения и в настоящее время.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: суеверия; кожные болезни; русская народно-бытовая медицина; представления о причинах кожных болезней в русском быту; приемы врачевания.

SKIN DISEASES IN THE CONTEXT OF SUPERSTITIOUS IDEAS IN RUSSIAN FOLK MEDICINE

© Galina L. Mikirtichan, Tat'jana V. Kaurova, Pavel A. Averchenko

Saint Petersburg State Pediatric Medical University. Lithuania 2, Saint Petersburg, Russian Federation, 194100

Contact information: Tatyana V. Kaurova — PhD, Senior Lecturer, Department of Humanities and Bioethics.

E-mail: meditanika@gmail.com ORCID ID: 0009-0006-1191-2533 SPIN: 9162-3627

For citation: Mikirtichan GL, Kaurova TV, Averchenko PA. Skin diseases in the context of superstitious ideas in Russian folk medicine. Medicine and health care organization (St. Petersburg). 2023;8(3):79-88. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.62.19.008>

Received: 07.06.2023

Revised: 06.07.2023

Accepted: 04.09.2023

ABSTRACT. Superstitions concerning health have existed among the people for centuries: unknown about the real causes of ailments, people found many supernatural explanations of them. The article examines the specifics of superstitious ideas — customs, omens, beliefs about the causes of skin diseases in the adult and child population, as well as their influence on the methods of treatment in Russian everyday life. Despite the fact that superstitious methods of treatment occupied one of the first places in the treatment of various skin diseases, only fragmentary data are found in the literature regarding this issue. The authors tried to systematize information on this topic. With this purpose the works of domestic authors — researchers of Russian national routine medicine, as well as a number of historical, ethnographic and folklore materials have been studied. Skin diseases, known from ancient times, were quite common among people of all ages and classes, and the area of the mysterious origin of skin diseases was extremely large and diverse. Russian folk routine medicine included a number of rational means and various magical techniques. The article provides examples of popular views on the causes and origin of skin diseases being of particular interest, since they also explain peculiar ways of popular self-healing. Among the causes of skin diseases on the one hand, the impact of adverse external factors was recognized, on the other hand evil spirits were present. Superstition is unusually tenacious: in the worldview of modern people, despite the achievements of evidence-based medicine, superstitions and signs regarding health persist. In dermatological practice, this is probably facilitated by the variety of skin diseases, the duration of most of them, polymorphism of rashes, localization in visible areas of the skin, and the difficulties of providing effective therapy. According to doctors' observations, such methods of treating skin diseases remain popular among the population at present.

KEY WORDS: superstition; skin diseases; Russian folk routine medicine; ideas about the causes of skin diseases in Russian life; healing techniques.

Историк и этнограф XIX века, знаток русско-народного быта М.М. Забылин, автор труда «Русский народ: его обычаи, обряды, предания, суеверия и поэзия», изданного в 1880 году, писал: «К чему бы отнести, что не только у нас на Руси, но и во всей Европе существует так много суеверных искаженных понятий и убеждений? Кажется, их можно бы уничтожить, но, к несчастью, их одно поколение передает другому из века в век, со всеми их мелочами, обрядностями, приписывая часто совершенно ничтожным вещам непонятные чудеса» [13].

И далее он рассуждает о том, что такое «глупое убеждение» распространено не только среди простолюдинов или людей, не получивших

никакого образования и наследовавших такие понятия от отцов и дедов, но «отчего же люди более развитые, даже люди образованные не чужды разных предрассудков? Вот задача, которую решить нелегко» [13]. Эти слова звучат актуально и сегодня. Вера в суеверия и приметы не стала меньше и в XXI веке.

Поскольку суеверия присущи людям независимо от их образования, возраста, социального статуса, это позволяет предположить, что они упрощают и стабилизируют образ постоянно меняющегося социального мира, делают его более понятным и прогнозируемым [11].

Применительно к сфере здравоохранения суеверия и приметы занимают в жизни как пациен-

та (простого человека), так и медиков (профессиональных работников) значимое место, что подтверждено рядом исследований [15, 29].

В латинском языке слово «superstitio» («суеверие») означает «выживший», «пережиток», поэтому суевериями чаще всего называют остатки древнеязыческих верований и обрядов. Всякое суеверие — предрассудок, но не всякий предрассудок — суеверие. Чтобы стать суеверием, он должен исходить из веры в существование сверхъестественных сил, из признания пользы колдовских действий человека в попытках воздействовать на природу, здоровье, предзнаменования будущего [28]. Великий знаток русского языка В.И. Даль (1801–1872) называл суеверием (от древнеславянского слова «сue» или «vsue» — «зря», «напрасно») «ошибочное, пустое, вздорное, ложное верование во что-либо; вера в чудесное, сверхъестественное, в ворожбу, гадания, в приметы, знамения; вера в причину и последствия, где никакой причинной связи не видно» [6].

Толковый словарь русского языка под редакцией Д.Н. Ушакова содержит следующее определение термина «суеверие»: «Религиозный предрассудок, представляющий явления и события в жизни проявлением чудесных сверхъестественных сил и предзнаменованием будущего. Суеверие возникло на почве первобытных, пережиточных представлений о силах природы. Вера в приметы — одно из характерных проявлений суеверия» [26].

Целью данной статьи является раскрытие специфики суеверных представлений (обычаев, примет, поверий) о причинах заболеваний кожи у взрослого и детского населения, а также их влияние на способы лечения в русском народном быту. Основой данной работы явилось изучение трудов отечественных авторов — исследователей русской народно-бытовой медицины в контексте особенностей функционирования культуры в традиционном обществе [3, 4, 9, 15, 18, 20, 25], а также анализ историко-этнографических и фольклорных материалов, содержащих сведения о старинных поверьях русского народа при различных заболеваниях [7, 8, 14, 21].

Суеверие — народное убеждение, имеющее свою историческую и психологическую основу. Источником или предпосылкой для возникновения суеверий принято считать мифологическое мышление со свойственным ему уважением к традициям предков. Некоторые черты архаики настойчиво пребывают в жизнь, сохраняясь и в настоящее время.

Все суеверия, независимо от того, в какой форме они проявляются, объединяет один об-

щий признак — они утверждают существование потусторонних, сверхъестественных сил, от которых как будто бы зависит жизнедеятельность человека. По источнику происхождения суеверия зачастую были связаны со случайным совпадением времени и места событий, на самом деле не имеющих между собой видимой связи. Суеверия и народные поверья неотделимы от магии и магического познания. В магическом миропонимании вся видимая природа воспринималась ареной действия живых сил, духов и сущностей. Границы между внешне-материальной действительностью и внутренне-духовными мирами считались проницаемыми [3]. Суеверная примета — дитя страха. Люди, постоянно чувствуя себя под угрозой опасности, источника которой не знали, тревожно искали хотя бы малейшего знака, позволявшего им предусмотреть, и, быть может, предупредить дурное влияние.

Приметы, обычаи и поверья сказывались на всех проявлениях народной жизни. Особую роль играли суеверия в стремлении людей сыскать себе счастье, богатства, разные земные блага, избавиться от болезней.

Суеверия относительно здоровья также бытовали на протяжении веков: люди, не понимая реальных причин недугов, находили им множество сверхъестественных объяснений. Для традиционного, языческого, если не по форме, то по духу, взгляда на природу болезней и методы их лечения большое значение имели разного рода приметы, ориентируясь на которые человек стремился избежать несчастья или, по крайней мере, психологически к нему подготовиться [9]. Причем приметы эти, несмотря на разделяющие их столетия, чрезвычайно схожи по логике построения и даже общей стилистике. Для сравнения можно обратиться к работе Г.И. Попова (1856–1909), в которой исследуется народная медицина по материалам этнографического бюро князя В.Н. Тенишева¹. Среди примет, считавшихся плохим признаком для больного, называются и воронье карканье, и несвоевременное пение петуха. По мнению Г.И. Попова, приметы, прогностика народной медицины «лишь в небольшом ряде случаев основываются на

¹ «Этнографическое бюро» создано князем В.Н. Тенишевым в 1897 году с целью наиболее полного изучения жизни и быта великорусского населения, массового сбора информации о русском крестьянстве. В итоге трехлетней (1898–1900) работы был собран богатейший материал, содержавший описание русской традиционной культуры 23 губерний Европейской России второй половины XIX века.

физических и физиологических признаках и почти всей тяжестью лежат на чисто суеверных основах» [21].

Чрезвычайно большая роль в происхождении тех или иных болезней приписывалась колдовству, порче, чародейству, вселению беса и др. Изучению старинных поверий русского народа при различных заболеваниях посвящено большое количество работ. Относительно роста и развития детей на Руси существовало множество самых разнообразных примет. Авторы, исследовавшие русскую народно-бытовую медицину (В.Ф. Демич, Г.И. Попов, Л.Ф. Змеев и др.), описывали множество предрассудков, суеверий и иногда совершенно диких обрядов, связанных с уходом за детьми, с их болезнями и лечением. Выдающийся исследователь русской народной медицины врач В.Ф. Демич (1858–1930) отмечал: «Ни в какой области народной жизни суеверие не проявляется с такой силой, как в деле лечения и воспитания детей» [7]. Особую роль в русском народном быту придавали суевериям в вопросах происхождения кожных заболеваний у детей и взрослых, а цикл суеверных средств и способов лечения занимал одно из первых мест.

Бытовавшие в народной медицине взгляды на причины и происхождение кожных болезней представляют особый интерес, т.к. они объясняют и своеобразные способы народного самолечения. Кожные заболевания, известные с древнейших времен, были довольно частым явлением среди всех возрастов и сословий. Их высокая распространенность в крестьянской среде объяснялась скученностью людей в избах, необходимостью там же содержать скот, невозможностью поддержания чистоты. На некоторые кожные заболевания влияли и климатические условия: постоянное ношение одежды в условиях холода, влажности и антисанитарии повышали вероятность грибковой инфекции, различных дерматитов и чесотки. Эти же причины способствовали развитию кожных болезней у детей, экзематизации кожных процессов при несоответствующем содержании и редком купании [7, 18]. Однако в народных представлениях о происхождении болезней бытовали отзвуки суеверий, неправильные представления, ненаучные толкования, доставшиеся в наследство от средневековья [27]. Все болезни подразделялись на происходящие от естественных причин и непонятных, сверхъестественных. В числе причин кожных болезней признавалось, с одной стороны, воздействие неблагоприятных внешних факторов, с другой — злых духов [5, 28].

В народе считалось, что кожную болезнь можно получить через передачу ее кем-нибудь другим, через «подброс» и «относ» (например, бородавки). Здесь следует отметить, что «перенесение» болезни играло в крестьянском быту двойную роль: и в качестве одной из причин кожных заболеваний, и в качестве способа избавления от них. Эта передача совершалась также через какие-нибудь наговоренные предметы, которые бросаются на дороге, меже и т.п., или через одежду, снятую с больного и где-нибудь оставленную. Во всех этих случаях болезнь переходит на того, кто поднимет или возьмет эти предметы. Руководствуясь такими соображениями, при различных сыпях белое ребенка перевязывали поясом, относили на перекресток и оставляли там, будучи вполне уверены, что кто поднимет, на того и «хвороба наносится» [21]. Это связано с суеверными представлениями о перекрестках дорог как о своеобразной границе внешнего и потустороннего мира, месте скопления энергии. Вот почему поднять какую-нибудь вещь на меже или на перекрестке крестьяне опасались. Поднявший должен был отнести вещь на прежнее место и там три раза плюнуть на сторону. В основе этого верования, без сомнения, лежит подмеченный народом факт распространения (перенесения) некоторых болезней (сыпей) инфекционного характера через вещи, бывшие в соприкосновении с больным. Так, в тех случаях, когда хотели передать бородавки другим, вырезали на палке, по числу бородавок, рубчики и бросали на перекрестках дорог, ни с кем не говоря и не оглядываясь: кто поднимет, на того перейдут бородавки, или иногда для этого бросали срезанную и завязанную в тряпку бородавку. Чтобы вылечить чесотку, брали кусочек ткани, терли им по больному месту и бросали на большой дороге: кто первый поднимет его, к тому и болезнь перейдет [25].

Вера в сглаз является одним из самых распространенных видов суеверий на протяжении нескольких тысячелетий, причем ритуалы, связанные с избавлением и защитой от сглаза, сохраняются и по сей день почти в неизменной форме. Боязнь сглаза — это наиболее распространенный в России иррациональный вид страха, заключающийся в том, что человек опасается другого человека, его «дурного» глаза, который мистическим образом может нанести вред [10]. В народе считалось, что заболевания кожи, особенно у детей, можно получить от сглаза, в понятие которого входили «представления о необъяснимой опасности, которая может произойти от контакта с другим человеком:

разговора, речей (оговор, приговор, урок), прикосновения (прикос, ураз), дыхания (озевыши, озов, озек, озык, озеп), взгляда (призор, сглаз)». В этом смысле особенно опасались «чужаков», людей с физическими отклонениями: кривых, слепых, одноногих и одноруких, хромых, немых; людей с определенным цветом волос и глаз (обычно черных); нарушителей норм супружества, например бывших замужем два или три раза. Вариант сглаза — озов — напускался недобрым глазом на тех детей, которые зевали и не крестили рта; урок мог произойти от завистливой похвалы. В результате сглаза у ребенка могла появиться любая детская болезнь, в том числе красные пятна и сыпь [22].

Еще одной причиной кожных болезней являлось представление, что человек заболел от того, что перешагнул через «нечисть» — место на улице или дворе, где простой народ опорожнял мочевой пузырь [16].

Возникновение заболеваний также связывали с «воздействием на человека мифологических персонажей как наказание за нарушение запретов, регламентирующих взаимоотношения между ними и человеком»: по своей сути мифологические персонификации разнообразных болезней [3]. Человеческие недомогания проникали в дом или организм человека извне, неожиданно. Они как живое, враждебное существо временно селились в теле человека и могли быть из него перенесены на других. В народной традиции демонов, вызывающих различные болезни, чаще всего представляли в антропоморфном виде: в облике безобразной костлявой женщины, нередко изможденной, увечной или страшной девки с огненными глазами и оскаленными зубами, обычно с распущенными волосами, босыми, закутанными в какую-нибудь ткань, реже в мужском или неопределенном облике (некто) [3, 23]. Люди верили в «насылного» беса, который может принять вид какого-нибудь зверя или птицы и, появившись неожиданно перед жертвой, произвести то или другое заболевание, в том числе кожное. В суеверно настроенном воображении самые простые случаи в состоянии были создать непоколебимую уверенность в неизбежности какого-то заболевания [21].

Демоны могли представляться и явлениями природы: туманом, облаком, мглой, воздухом. Так, в ряде местностей существовало поверье, что облако, летевшее достаточно низко над землей, вызывало болезни на том пространстве, которое оно занимало в своем полете. Во избежание этого народ решил ставить сторожей на высоких курганах, чтобы стражи, заведя обла-

ко, давали знать о нем всем жителям и те могли бы спрятаться [8, 23].

Изучение народно-медицинской символики, связанной с различными природными объектами (огнем, водой, землей, луной, деревьями, животными), позволяет уточнить традиционные представления о болезнях [17]. Согласно некоторым объяснениям, в воздействии ветряных струй, потоков воздуха виделись непосредственные причины болезни. В аспекте опытного познания символика ветра может свидетельствовать о наблюдении за влиянием атмосферных перемен на телесные состояния. Можно предположить, что результаты систематических наблюдений за реакциями организма при смене сезонов фиксировались в приметах. В народе держалась вера, что ветер приносит порчу, и от его воздействия в человека могут попасть недуги. Так, к ветру как возбудителю болезни относилось появление простуды на губах — ветреница (*herpeslabialis*), и называлось это «поцелуем лихоманки» [3]. Считалось, что различные сыпи, особенно у детей, по народным представлениям, «привязывались с ветру» [21]. По другим данным, болезнь можно было получить, повязав на себя сорванный вихрем платок. К символике воздушных перемещений относился такой атрибут болезней, как крылья. Видимо, с этим связаны поверья, что болезнь могут принести первые ласточки. В мифологическом мышлении ветер мог играть роль силы возмездия за нарушения человеком мирового порядка [3].

По народным представлениям, целый ряд различных кожных заболеваний связан своим происхождением с огнем. Так, считали, что одной из причин «летучего огня» (*herpeslabialis*), а также других кожных заболеваний являлось неуважительное отношение к огню, который, по народным представлениям, был божественного происхождения — из меча архангела Михаила. Подобные высыпания могли появиться у ребенка, нарушившего запрет не плевать в огонь. Говорили: «В огонь плевать нельзя — пузырь на языке вскочит или летучкой заболеешь». Возможно, связь заболеваний кожи с огнем обосновывалась и сходством признаков и симптомов ожогов и поражений кожи, вызванных некоторыми заболеваниями.

Причиной кожных заболеваний, особенно чесотки или другой зудящей сыпи, в народно-медицинских представлениях нередко выступало животное. Так, считалось, что заболевания могли появиться у человека, если он наступал на полосы от расчесов земли лапами собаки или волка. Среди примеров кожных заболеваний,

связанных с образом волка, уместно упомянуть известное аутоиммунное заболевание — системную красную волчанку (СКВ). Термин *Lupus erythematosus* (волчанка) происходит от латинского слова «*lupus*» (волк). Так называют заболевание, для которого характерна похожая по форме на бабочку сыпь на лице. По мнению первых врачей, описавших заболевание, наружные проявления болезни, окружности с бледной кожей, напоминают укус волка. Отсюда и произошло это название. «Волчья терминология» использовалась еще со средневекового периода для обозначения различных кожных поражений, характеризующихся глубокими ранами, похожими на следы от укуса. Другое представление о происхождении этого термина связано с суевериями средневековья — это внушающая страх идея магического перевоплощения некоторых людей в животных, ликантропия (согласно средневековому фольклору, некоторые люди обладали способностью превращаться в волка, иными словами, были оборотнями). В ряде толкований считалось, что животные, выступающие символами огня (собака, волк, орел), могут наказывать людей, поражая их кожными болезнями [24]. Возможно, эти мифологические воззрения и легли в основу верований, согласно которым кожа человека, наступившего на место, где рассерженные волк или собака рвали землю когтями, могла быть поражена зудящей сыпью, нарывами и язвами [2, 7, 24].

В других случаях виновником болезни являлся сам больной: появление простуды на губах (*herpes labialis*) происходит от «подуму»: человек мог заболеть, глядя на больного с другой сыпью [21].

В вопросах лечения кожных заболеваний у детей и взрослых большая роль также отводилась суевериям. Суеверная терапия кожных заболеваний довольно обширна. Заболевший человек не спешил прибегнуть к помощи лекаря, поэтому обращался к народным воззрениям, основанным на интуиции, не переставая верить, что вылечиться можно от всего, кроме смерти. Народные способы лечения имели широкое распространение среди различных слоев общества во все времена: и в период Средневековья, и в традиционной культуре русского крестьянства Нового времени. Причиной этого являлись, главным образом, отсутствие медицинской помощи и низкий образовательный уровень населения, особенно в сельской местности. Об этом писал известный отечественный гигиенист, судебный медик и историк медицины Я.А. Чистович (1820–1885): «другие русские люди, люди не богатые, темные, мало образованные и

в особенности “простой народ” совсем не лечились и даже боялись немецкого лечения. Не то чтоб они не хворали и не нуждались в помощи при болезнях: но помощь лечебная понималась ими особенным способом, помимо иноземных лекарей, — частью недоступных для небогатых людей, а частью незнакомых и от того странных и внушавших боязнь вместо доверия. Быв застигнуты болезнью, простые и темные люди искали помощи в своей же собственной среде, искали ее у знахарей и ведунов, по преданию, исстари занимавшихся этим делом» [27].

Русская народно-бытовая медицина состояла из рациональных средств и различных магических приемов. И если в основе применения рациональных средств лежал богатый народный опыт и многовековые наблюдения крестьян за окружающей их природой, то магические приемы были основаны на ложных представлениях о происхождении болезней [4].

Важную роль в вопросах лечения кожных заболеваний играл принцип подобия (имитативная магия), который основывается на провоцировании желаемого, исходя из образно-символического сходства. Для этого часто применяли кору растений по аналогии с кожей, прикладывая кору или обертывая ею пораженные места. Рожу лечили прикладыванием земляники или цветов герани (красное — красным). «Колтун»² (или гостец), который по народным воззрениям представляется как злой дух, поселившийся в человеке, лечили отваром белой омелы, полагая, что он перейдет на ее такие же спутанные и слипшиеся стебли [3, 22]. Если кто-нибудь «оскорблял» его неумелым лечением, то гостец обращался в опасную и трудно излечимую болезнь.

Другое выражение этого принципа проявлялось в очерчивании кругом кожных высыпаний углем (известно, что патологический очаг на коже часто имеет округлую форму), что также могло быть связано с суеверной идеей ограничить болезнь кругом или чертой. По принципу подобия лечили бородавки сорванными с корнем травинками. Или в сене искали травинку, скошенную вместе с землей и корнем, и этим корешком терли бородавки: как трава с корнем скошена, так и бородавка с корнем выпадет [21]. Принцип подобия обосновывает и лечение кожных заболеваний при помощи огня и раскаленных или горящих предметов в случаях, когда картина кожного заболевания имела внешние

² Колтун — воспаление сальных желез на голове, возникающее в результате нарушения условий гигиены, нерасчесывания, вшивости.

признаки ожога. Лечение огнем было широко распространено. По народному понятию, так называемый чистый огонь (добытый трением или высеченный из огнива) обладал очищающей и лечебной силой, поэтому для очищения тела от сыпи высекали над пораженными участками искры, отбивали огниво перед лицом больного так, чтобы на него летели искры. В некоторых местах к лицу больного ребенка с мокнущим лишаем, называемым «огонник» (экзема), прикладывали помело, которым заматают в печи. Огнем лечили и так называемую летучку, или «летучий огонь» (герпетические сыпи на лице). В ряде местностей при лечении различных сыпей у детей использовалась магическая символика безымянного пальца, который, не имея названия, по народным поверьям обладал особыми свойствами и был связан с потусторонним миром. Чтобы вылечить ребенка, говорили: «Этому пальцу имя нет, а этому младенцу боли нет, огонь. Огонь, возьми свой огонь, оставь моего дитя чистого и здорового». В некоторых случаях при помощи огня лечили и рожу, как бы «выжигали» ее. Для этого брали горсть замашки, выщипывали несколько волокон и, с произнесением особого рода заговора, зажигали над местом, пораженным рожей. Возможно, эти способы врачевания были связаны также с древним языческим почитанием огня [1, 2, 12, 23, 28].

В лечении различных заболеваний, в том числе кожных, применялись методы парциальной магии, предполагавшие перенос свойств целого на его части. Подобные действия выражались введением в ритуал предметов-заместителей, которые находились в соприкосновении с больным и как часть символизировали целое. Ниткой «вымеряли» болезнь: обмеряли у больного ребенка голову, туловище, руки, ноги и эту нитку (с волосами и ногтями ребенка) клали в дырочку, просверленную в двери, забивали дырочку колышком, после этого болезнь, как запрятанная в дерево двери, исчезает с ребенка. Считалось, что вымеривание уничтожает болезнь [5, 12, 22]. Для того чтобы уничтожить болезнь совсем (в том числе сыпи у детей), в ряде случаев поступали таким образом: у больного выстригали несколько волос, остригали ногти, просверливали в осине дыру на уровне роста ребенка и, положив туда ногти и волосы, заколачивали камешком [3, 21]. Предметы-заместители, выступающие носителями болезни, передавались и сакральной природной сфере. Для этого воду, которой обмывали больного, сливали только в определенные локусы, которые мыслились контактными

с иным миром. Так же поступали и с другими предметами, которые контактировали с больными [3].

С волком/собакой были связаны не только представления о некоторых заболеваниях кожи, но и приемы их лечения. В русском народном быту широкое хождение имел обряд избавления от болезни через ее перенесение (метод «переводки») на животных. Для этого иногда при некоторых сыпях смазывали пораженные места сметаной и давали слизать болезнь собаке или прикладывали к высыпаниям, нарывам кусок хлеба и бросали собаке со словами: «Возьми свой хлеб». Другой способ лечения кожных заболеваний, связанный с животными, состоял в следующем: следовало имитировать завязывание бородавки ниткой, после чего использованные нитки перемешать с пшеном и выбросить «...под курятник, под насест. Куры пшено склюют, а нитка там сгниет, тогда бородавки сойдут». Обращение к курам в лечебных заговорах и других магических процедурах связано, по-видимому, с народными представлениями о петухе и курице как «чистых» животных, с тем, что петух способен видеть нечистую силу, предупреждать о несчастье своим необычным поведением [21]. Особой силой воздействия на приносимые ими болезни наделялись хтонические существа: лягушки, жабы, змеи, ящерицы. Знаковые в ритуальном плане, эти животные применялись в магических приемах излечения от недугов. Болезнь можно было передать через поцелуй жабе, или через плевок в рот лягушки. Частички одежды больного человека помещали на спину жабы (инвариант утопления одежды больного). С целью отвратить от человека заболевание пили воду, в которой девять дней находилась лягушка, пили настои лягушечьей печени или отвар лягушки в молоке [3].

Особыми магическими свойствами наделялась шкура змеи. Поскольку она способна отделяться и после этого сохраняться, ей приписывалась особая концентрация жизненной силы, что и использовалось при лечении кожных заболеваний. Так, в ряде областей лечение чесотки сводилось к тому, что больного мыли водой, настоянной на коже змеи, или в бане сжигали кожу этого животного [17].

В некоторых случаях высыпания лечили землей. Так, в некоторых местностях для этого натирали ею рубашку и надевали на больного. В магических целях применяли хлеб и крупы. Вероятно, связано это было с тем, что хлеб — важнейший сакральный продукт земледельческой культуры. Например, для избавления от

бородавок надо было протирать их мокрым пшеном «на убыль месяца» [5, 22].

У детей часто встречалось растрескивание кожи на руках или ногах («черт лыко дерет») — по современным представлениям, проявления дисгидроза — в этом случае считалось, что для избавления надо чернилами на больных пальцах написать три крестика [25].

Представление о ритуальной чистоте березы, наделенности ее особой силой обусловили представления о том, что береза не боится нечистой силы и болезней: считалось, что прикосновение березовых веток (мытьё в бане с березовым веником) предотвращает кожные болезни [17, 19].

К родинкам было двойное отношение: в ряде местностей пытались избавиться от них и лечили «тощей слюной» (слюной, взятой утром, до приема пищи и воды) [22]. По другим представлениям, наличие родинок считалось счастливым знаком и, вероятно, было связано с народными представлениями о порче: искусственным отвлечением «дурного» взгляда считались амулеты, а естественным — родинки [19].

Одним из методов предохранения от различных болезней и напастей, широко применявшимся на Руси и не потерявшим своей популярности в наше время, был метод вязания и ношения особых узлов — наузов. Завязывание и обвязывание понималось, во-первых, в смысле преграды болезни и порче, во-вторых, в смысле захвата нитью или узлом болезни и переноса ее в другое место. Нередко такой прием использовался для лечения детей с высыпаниями на коже. Общераспространенный прием лечения бородавок заключался в том, что на нитке завязывали, по числу бородавок, узлы и зарывали ее в землю, навоз или клали под пятку двери: бородавки пропадут, как только нитка сгниет; нередко при этом обводили ниткою около бородавок по очереди, начиная с самой большой, и завязывали узлы [21, 25]. От бородавок практиковался и такой способ: считалось, что «надо перевязать девять раз бородавку суровой ниткою и этих девять узлов выбросить — бородавки пройдут» [25].

Таким образом, очевидно, что спектр суеверных средств чрезвычайно разнообразен. По-видимому, нет ни одной болезни, против которой, по народным представлениям, не было бы в запасе того или другого суеверного средства. Суеверные способы занимали одно из первых мест в лечении различных кожных болезней. Разнообразие кожных заболеваний, длительность течения большинства из них, полиморфизм высыпаний, локализация на видимых участках кожного покрова, трудности терапии

поддерживают живучесть суеверий и в современной дерматологической практике. Учитывая, что хронические дерматозы оказывают большое влияние на психологический статус больного, суеверные представления и ритуалы, вероятно, способствуют снижению интенсивности переживаний и компенсации недостатка информации о дальнейшем течении заболевания. Врачи-дерматологи и сегодня нередко сталкиваются с подобной практикой лечения пациентами кожных заболеваний.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балов А. Детские болезни и их лечение в русской народной медицине. Практическая медицина. 1898; 33: 597–9.
2. Балов А. Народные средства при лечении некоторых кожных болезней. Фельдшер. 1892; 2: 22.
3. Герасимова И.А., Мильков В.В. Народная медицина в Древней Руси. Психология и психотехника. 2015; 3(78): 245–58. DOI: 10.7256/2070-8955.2015.3.14524.
4. Голицына О.Ю. Суеверия и предрассудки в русской медицинской культуре XVIII века. Вестник Поморского университета. Серия «Гуманитарные и социальные науки». Архангельск. 2009; 6: 17–21.
5. Гусаков Н.И. Истоки отечественной дерматовенерологии. М.; 2002.

6. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка. М.: Мир книги; 2002.
7. Демич В.Ф. Очерки народной медицины: педиатрия у русского народа. СПб.; 1892.
8. Демич В.Ф. Легенды и поверья в русской народной медицине. Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1899; сентябрь: 1151–83; октябрь: 1240–67.
9. Долгов В.В. Быт и нравы Древней Руси: миры повседневности XI–XIII вв. М.: Яуза; Эксмо; 2007.
10. Долгорукова М.Ю. Социально-психологический анализ феномена «сглаза». Российский научный журнал. 2011; 1(20): 206–11.
11. Долгорукова М.Ю. Суеверия как вариант обыденного знания. Российский научный журнал. 2011; 3(22): 203–8.
12. Елеонская Е.Н. Сказка, заговор и колдовство в России. Сб. трудов. М.: Индрик; 1994.
13. Забылин М.М., Платонов О.А. Русский народ. Его обычаи, обряды, предания, суеверия и поэзия. М.: Институт русской цивилизации; 2014.
14. Змеев Л.Ф. Чтения по врачебной истории России. СПб.: типография В. Демакова; 1896.
15. Короткова М.Н., Трошин И.С. Отношение медицинского персонала к применению магических ритуалов, заговоров и примет в профессиональной деятельности. История и археология: материалы IV Международной научной конференции. СПб.: Свое издательство; 2017: 31–4. Доступен по: <https://moluch.ru/conf/hist/archive/243/12714/> (дата обращения: 11.07.2023).
16. Ларин И.А. Народное лечение накожных и венерических болезней в Астраханской губернии. Русский медицинский вестник. 1902; 9: 15–23.
17. Мазалова Н.Е. Народная медицина локальных групп Русского Севера. Российский фонд фундаментальных исследований. Русский Север. СПб.; 1995.
18. Малахов А.С., Малахов С.Н. Феномен болезни в сознании и повседневной жизни человека Древней Руси (XI — начало XVII века). Армавир: Дизайн-студия Б; 2014.
19. Панкеев И.А. Тайны русских суеверий. М.: Яуза; 1998.
20. Покровский Е.А. Физическое воспитание детей у разных народов преимущественно России. Материалы для медико-антропологического исследования. М.; 1884.
21. Попов Г.И. Русская народно-бытовая медицина: по материалам этнографического бюро князя В.Н. Тенишева. СПб.: типография А.С. Суворина; 1903.
22. Поповкина Г.С. Знахари и знахарство у восточных славян юга Дальнего Востока России. Владивосток: Дальнаука; 2008.
23. Русские дети. Основы русской педагогики. Иллюстрированная энциклопедия. СПб.: Искусство-СПб; 2006.
24. Содномпилова М.М. Традиционные представления тюрко-монгольских народов Внутренней Азии о заболеваниях кожи: природа заболеваний и приемы лечения. Медицинская антропология и биоэтика. 2019; 18(2).
25. Суеверия и предрассудки крестьян Воронежской губернии: Хрестоматия. Воронеж: Истоки; 2013.
26. Ушаков Д.Н. Большой толковый словарь русского языка: современная редакция. М.: Дом Славянской книги; 2008.
27. Чистович Я.А. История первых медицинских школ в России. СПб.: Типография Якова Трея; 1883.
28. Шахнович М.И. Приметы верные и суеверные. Атеистические очерки народного знания и бытового суеверия. Л.: Лениздат; 1984.
29. Якунина Е.А., Ивлиева Д.А. Роль примет и суеверий во врачебной практике. Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2017; 7(1): 86–7. Доступен по <https://medconfer.com/files/archive/2017-01/2017-01-4388-A-11496.pdf> 11.07.2023 (дата обращения: 11.07.2023).

REFERENCES

1. Balov A. Detskiye bolezni i ikh lecheniye v russkoy narodnoy meditsine. [Children's diseases and their treatment in Russian folk medicine]. Prakticheskaya meditsina. 1898; 33: 597–9 (in Russian).
2. Balov A. Narodnyye sredstva pri lechenii nekotorykh kozhnykh bolezney. [Folk remedies for the treatment of certain skin diseases]. Fel'dsher. 1892; 2: 22 (in Russian).
3. Gerasimova I.A., Mil'kov V.V. Narodnaya meditsina v Drevney Rusi. [Folk medicine in Ancient Russia]. Psikhologiya i psikhotehnika. 2015; 3(78): 245–58. DOI: 10.7256/2070-8955.2015.3.14524 (in Russian).
4. Golitsyna O.Yu. Sueveriya i predrassudki v russkoy meditsinskoy kul'ture XVIII veka. [Superstitions and prejudices in the Russian medical culture of the XVIII century]. Vestnik Pomorskogo universiteta. Seriya «Gumanitarnye i sotsial'nye nauki». Arkhangel'sk. 2009; 6: 17–21 (in Russian).
5. Gusakov N.I. Istoki otechestvennoy dermatovenerologii. [The origins of Russian dermatovenerology]. Moskva; 2002 (in Russian).
6. Dal' V.I. Tolkovyy slovar' zhivogo velikorusskogo yazyka. [Explanatory dictionary of the living Great Russian language]. Moskva: Mir knigi Publ.; 2002 (in Russian).
7. Demich V.F. Ocherki narodnoy meditsiny: pediatriya u russkogo naroda. [Essays on folk medicine: pediatrics among the Russian people]. Sankt-Peterburg; 1892 (in Russian).
8. Demich V.F. Legendy i pover'ya v russkoy narodnoy meditsine. [Legends and beliefs in Russian folk medicine]. Vestnik obshchestvennoy gigiyeny, sudebnoy i prakticheskoy meditsiny. 1899; sentyabr': 1151–83; oktyabr': 1240–67 (in Russian).
9. Dolgov V.V. Bytinravy Drevney Rusi: miry povsednevnosti XI–XIII vv. [The way of life and customs of Ancient Rus-

- sia: the worlds of everyday life of the XI–XIII centuries]. Moskva: Yauza Publ.; Eksmo Publ.; 2007 (in Russian).
10. Dolgorukova M.Yu. Sotsial'no-psikhologicheskii analiz fenomena «sglaza». [Socio-psychological analysis of the phenomenon of the «evil eye»]. Rossiyskiy nauchnyy zhurnal. 2011; 1 (20): 206–11 (in Russian).
 11. Dolgorukova M.Yu. Sueveriya kak variant obydenogo znaniya. [Superstition as a variant of everyday knowledge]. Rossiyskiy nauchnyy zhurnal. 2011; 3(22): 203–8 (in Russian).
 12. Eleonskaya E.N. Skazka, zagovor i koldovstvo v Rossii. [Fairy tale, conspiracy and witchcraft in Russia]. Sb. trudov. Moskva: Indrik Publ.; 1994 (in Russian).
 13. Zabylin M.M., Platonov O.A. Russkiy narod. Ego obychai, obryady, predaniya, sueveriya i poeziya. [Russian people. Its customs, rituals, legends, superstitions and poetry]. Moskva: Institut russkoy tsivilizatsii; 2014 (in Russian).
 14. Zmeev L.F. Chteniya po vrachebnoy istorii Rossii. [Readings on the medical history of Russia]. Sankt-Peterburg: tipografiya V. Demakova; 1896 (in Russian).
 15. Korotkova M.N., Troshin I.S. Otnosheniye meditsinskogo personala k primeneniyu magicheskikh ritualov, zagovorov i primet v professional'noy deyatelnosti. Istoriya i arkhologiya. [The attitude of medical personnel to the use of magical rituals, spells and signs in professional activities. History and Archeology]. Materialy IV Mezhdunarodnoy nauchnoy konferentsii. SPb.: Svoe izdatel'stvo; 2017: 31–4. Available at: <https://moluch.ru/conf/hist/archive/243/12714/> (accessed: 11.07.2023) (in Russian).
 16. Larin I.A. Narodnoye lecheniye nakozhnykh i venericheskikh bolezney v Astrakhanskoy gubernii. [Folk treatment of cutaneous and venereal diseases in the Astrakhan province]. Russkiy meditsinskiy vestnik. 1902; 9: 15–23 (in Russian).
 17. Mazalova N.E. Narodnaya meditsina lokal'nykh grupp Russkogo Severa. [Folk medicine of local groups of the Russian North]. Rossiyskiy fond fundamental'nykh issledovaniy. Russkiy Sever. Sankt-Peterburg; 1995 (in Russian).
 18. Malakhov A.S., Malakhov S.N. Fenomen bolezni v soznanii i povsednevnoy zhizni cheloveka Drevney Rusi (XI — nachalo XVII veka). [The phenomenon of disease in the consciousness and daily life of a person of Ancient Russia (XI — early XVII century)]. Armavir: Dizaynstudiya B; 2014 (in Russian).
 19. Pankeev I.A. Tayny russkikh suyeveriy. [Secrets of Russian superstitions]. Moskva: Yauza Publ.; 1998 (in Russian).
 20. Pokrovskiy E.A. Fizicheskoye vospitaniye detey u raznykh narodov preimushchestvenno Rossii. [Physical education of children among different peoples, mainly in Russia]. Materialy dlya mediko-antropologicheskogo issledovaniya. Moskva; 1884 (in Russian).
 21. Popov G.I. Russkaya narodno-bytovaya meditsina: po materialam etnograficheskogo byuro knyazya V.N. Tenisheva. [Russian folk medicine: based on the materials of the Ethnographic Bureau of Prince V.N. Tenishev]. Sankt-Peterburg: tipografiya A.S. Suvorina; 1903 (in Russian).
 22. Popovkina G.S. Znakhari i znakharstvo u vostochnykh slavyan yuga Dal'nego Vostoka Rossii. [Healers and quackery among the Eastern Slavs of the South of the Russian Far East]. Vladivostok: Dal'nauka; 2008 (in Russian).
 23. Russkie deti. Osnovy russkoy pedagogiki. Illyustrirovannaya entsiklopediya. [Fundamentals of Russian pedagogy]. Sankt-Peterburg: Iskustvo-SPb Publ.; 2006 (in Russian).
 24. Sodnompilova M.M. Traditsionnyye predstavleniya tyurkomongol'skikh narodov Vnutrenney Azii o zabolevaniyakh kozhi: priroda zabolevaniy i priyemy lecheniya. [Traditional ideas of the Turkic-Mongolian peoples of Inner Asia about skin diseases: the nature of diseases and treatment methods]. Meditsinskaya antropologiya i biotika. 2019; 18(2) (in Russian).
 25. Sueveriya i predrassudki krest'yan Voronezhskoy gubernii. [Superstitions and prejudices of the peasants of the Voronezh Province]. Khrestomatiya. Voronezh: Istoki Publ.; 2013 (in Russian).
 26. Ushakov D.N. Bol'shoy tolkovyy slovar' russkogo yazyka: sovremennaya redaktsiya. [Large explanatory dictionary of the Russian language: modern edition]. Moskva: Dom Slavyanskoy knigi Publ.; 2008 (in Russian).
 27. Chistovich Ya.A. Istoriya pervykh meditsinskikh shkol v Rossii. [History of the first medical schools in Russia]. Sankt-Peterburg: Tipografiya Yakova Treya; 1883 (in Russian).
 28. Shakhnovich M.I. Primety vernyye i suyeverye. Ateisticheskiye ocherki narodnogo znaniya i bytovogo suyeveriya. [The signs are true and superstitious. Atheistic essays on folk knowledge and everyday superstition]. Leningrad: Lenizdat Publ.; 1984 (in Russian).
 29. Yakunina E.A., Ivlieva D.A. Rol' primet i suyeveriy vo vrachebnoy praktike. [The role of beliefs and superstitions in medical practice]. Byulleten' meditsinskikh Internet-konferentsiy. 2017; 7(1): 86–7. Available at: <https://medconfer.com/files/archive/2017-01/2017-01-4388-A-11496.pdf> 11.07.2023 (accessed: 11.07.2023) (in Russian).

УДК 94+72.092+72.012/.035+726.5.03+711.4+719
DOI: 10.56871/MHCO.2023.87.10.009

АРХИТЕКТУРА БОЛЬНИЦ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА: ОТ ПЕТРОВСКОГО БАРОККО К ХАЙ-ТЕКУ. ЧАСТЬ I. ПЕТРОВСКОЕ БАРОККО

© Галина Львовна Микиртичан, Александр Зиновьевич Лихтшангоф,
Любовь Николаевна Лисенкова, Владислава Игоревна Макеева,
Полина Александровна Жикоренцева, Владимир Николаевич Южанинов

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Российская Федерация, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Контактная информация: Любовь Николаевна Лисенкова — к.и.н., доцент, кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: lunili@yandex.ru ORCID ID: 0000-0001-7211-1090 SPIN: 5058-6883

Для цитирования: Микиртичан Г.Л., Лихтшангоф А.З., Лисенкова Л.Н., Макеева В.И., Жикоренцева П.А., Южанинов В.Н. Архитектура больниц Санкт-Петербурга: от петровского барокко к хай-теку. Часть I. Петровское барокко // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 3. С. 89–101. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.87.10.009>

Поступила: 01.06.2023

Одобрена: 12.07.2023

Принята к печати: 04.09.2023

РЕЗЮМЕ. Санкт-Петербург, история которого насчитывает немногим более 300 лет, воплотил в себе множество достижений человеческого духа, ума и воли. Возникший по замыслу великого Петра, он стал центром культурной и научной жизни нашей страны. Один из красивейших городов мира — Санкт-Петербург — благодаря своим архитектурным ансамблям может служить путеводителем по архитектурным стилям не только дворцов, храмов, административных и промышленных зданий, но и медицинских учреждений, в частности больниц. Эти объекты, отличающиеся разнообразной архитектурной стилистикой, составляют уникальное культурно-историческое наследие России. Планируется цикл статей, посвященных больничной архитектуре Санкт-Петербурга в историческом ракурсе: от ее истоков до современности. Разработана систематизация больничных учреждений города по архитектурным стилям: петровское барокко, классицизм, эклектика, неоклассицизм, модерн, конструктивизм, сталинский ампи́р, функционализм, хай-тек. Временные рамки в описании играют второстепенную роль, они могут пересекаться — это связано с параллельным существованием в разные периоды нескольких направлений архитектуры в застройке города. Построенные в одном архитектурном стиле, здания в последующие годы могли быть перестроены в другом, целый ряд лечебных заведений первоначально располагался в уже построенных зданиях, не предназначенных для больниц. Представляемая статья посвящена петровскому барокко — первому архитектурному направлению северной столицы, возникшему в начале XVIII века и связанному с расположенностью Петра I к западноевропейской строительной стилистике. Больничная архитектура города берет свое начало со строительства первых госпиталей. Кратко рассмотрена история создания Адмиралтейского (Морского) и Военно-сухопутного госпиталей на Выборгской стороне, Кронштадтского Морского госпиталя. Затронута дискуссия, связанная с ранним этапом «военно-госпитального дела» в Санкт-Петербурге. Предпринята попытка восстановить внешний облик (экстерьер) Адмиралтейского и Военно-сухопутного госпиталей, опираясь на составленную Д. Трезини «Опись каменному и деревянному строению гошпитали, которая на Выборгской стороне».

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Санкт-Петербург; больничная архитектура; петровское барокко; Адмиралтейский (Морской) и Военно-сухопутный госпитали; Кронштадтский Морской госпиталь; Д. Трезини.

ARCHITECTURE OF HOSPITALS IN ST. PETERSBURG: FROM PETROVSKY BAROQUE TO HI-TECH. PART I. PETER'S BAROQUE

© Galina L. Mikirtichan, Alexander Z. Likhtshangof, Lyubov N. Lisenkova,
Vladislava I. Makeeva, Polina A. Zhikorentseva, Vladimir N. Yuzhaninov

Saint Petersburg State Pediatric Medical University. Lithuania 2, Saint Petersburg, Russian Federation, 194100

Contact information: Lyubov N. Lisenkova — PhD, Associate Professor, Department of Humanities and Bioethics.
E-mail: lunili@yandex.ru ORCID ID: 0000-0001-7211-1090 SPIN: 5058-6883

For citation: Mikirtichan GL, Likhtshangof AZ, Lisenkova LN, Makeeva VI, Zhikorentseva PA, Yuzhaninov VN.
Architecture of hospitals in St. Petersburg: from petrovsky baroque to hi-tech. Part I. Peter's baroque. Medicine and health care organization (St. Petersburg). 2023;8(3):89-101. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.87.10.009>

Received: 01.06.2023

Revised: 12.07.2023

Accepted: 04.09.2023

ABSTRACT. Saint Petersburg, whose history dates back to a little over 300 years, has embodied many achievements of the human spirit, mind and will. Established according to the plan of Peter the Great, it became the center of the cultural and scientific life of our country. One of the most beautiful cities in the world, thanks to its architectural ensembles, St. Petersburg can serve as a guide to the architectural styles of not only palaces, temples, administrative and industrial buildings, but also medical institutions, in particular hospitals. These objects, distinguished by their diverse architectural styles, constitute the unique cultural and historical heritage of Russia. We are planning series of articles about the hospital architecture of St. Petersburg from a historical perspective: from its construction to the present state. Systematization of the city's hospital institutions according to architectural styles has been developed: Peter's baroque, classicism, eclecticism, neoclassicism, modern, constructivism, Stalinist Ampir style, functionalism, high-tech. The time frame in the description plays a secondary role; they can overlap — this is due to the parallel existence in different periods of several directions of architecture in the city's development. Built in one architectural style, the buildings could have been rebuilt in accordance with a different style in subsequent years; a number of medical institutions were initially located in already constructed buildings that were not intended for hospitals. Presented article is devoted to Peter the Great's baroque style — the first architectural trend of the northern capital, which arose at the beginning of the 18th century, and is associated with Peter the I's affinity for Western European building styles. The city's hospital architecture dates back to the construction of the first hospitals. The history of the creation of the Admiralty (Naval) and Military Land Hospitals on the Vyborg region, and the Kronstadt Naval Hospital is briefly reviewed. The discussion related to the early stage of the “military hospital business” in St. Petersburg is touched upon. An attempt was made to restore the appearance (exterior) of the Admiralty and Military Land Hospitals, based on the “Inventory of the stone and wooden structure of the hospital on the Vyborg side” compiled by D. Trezzini.

KEY WORDS: Saint Petersburg; hospital architecture; Peter's Baroque; Admiralty (Naval) and Military Land Hospitals; Kronstadt Naval Hospital; D. Trezzini.

Санкт-Петербург по праву снискал славу одного из красивейших городов мира, центра российской и одного из центров мировой культуры. Здесь рождались отечественная научная медицина и здравоохранение, открывались и строились первые лечебные учреждения. Архитектура города на Неве изучена достаточно хорошо. Она вобрала в себя ведущие стили и направления, разработанные зодчими разных эпох. Од-

нако архитектура служебных, в том числе медицинских учреждений, исследована мало. Обобщающих, исчерпывающих работ по данной теме нет. Между тем данные постройки представляют большой интерес для специалистов разных областей (историков, врачей, архитекторов, культурологов). В данной статье сделана попытка систематизировать по архитектурному стилю разного типа больничные учреждения

Санкт-Петербурга. Временные рамки в описании играют второстепенную роль, они могут пересекаться — это связано с параллельным существованием в разные периоды нескольких направлений архитектуры в застройке города. Возведенные в одном архитектурном стиле, здания в последующие годы могли быть перестроены в другом. Необходимо заметить, что целый ряд лечебных заведений первоначально располагался в уже построенных зданиях, не предназначенных для больниц. Так, например, здание больницы для душевнобольных Святого Николая Чудотворца изначально было построено в качестве Исправительного учреждения. Здание больницы Святой Марии Магдалины и Императорский Санкт-Петербургский клинический повивальный институт были особняками, Елизаветинская Община сестер милосердия — дачей графа Кушелева-Безбородко. Первая в России детская больница (Николаевская детская больница), открытая в 1834 г., дважды меняла адрес, пока не получила в 1916 г. собственное здание. Сводные данные по больницам представлены в таблице 1.

ПЕТРОВСКОЕ БАРОККО

История больничной архитектуры Петербурга начинается со строительства первых «гошпиталей» (лазаретов). Тяжелая и затянувшаяся Северная война (1700–1721), которую вел Петр I за возвращение балтийских земель, привела к резкому росту числа раненых и больных солдат и «морских служителей». Необходимо было безотлагательно организовать медицинское дело в основанном 16 мая 1703 г. городе-крепости «Санкт-Питербурх». В 1704 г. обсуждался вопрос об учреждении на невских берегах военно-сухопутного госпиталя, в 1706 г. здесь уже была «Главнейшая» морская больница [13, 22]¹. Война со Швецией продолжалась, размещавшиеся в приспособленных деревянных постройках казарменного типа лазареты не справлялись с огромным потоком «немошных» воинов. Кроме того, быстро росла численность горожан, военные составляли основную часть населения наряду с рабочими разных специальностей и чиновниками. Вероятно, первыми местами для оказания медицин-

ской помощи для строительных команд, состоящих из солдат и рабочих, были небольшие приемные покои, размещавшиеся в шалашах, шатрах, землянках, наспех сколоченных дощатых бараках. А для военных в расположении полков и команд устраивались так называемые лечебные избы [4].

24 января 1715 г. Петр I издал указ строить «гошпитали» на Выборгской стороне по чертежу доктора и архиятра² Р.К. Эрскина (1677–1718) [13, 14, 17, 22, 23]. Проект предусматривал возведение большого комплекса зданий (фахверковские постройки)³, которые объединяли в одном месте Адмиралтейский (Морской) и Военно-сухопутный госпитали. Композиционным центром должна была стать госпитальная церковь, а по обоим концам — анатомические театры для каждого госпиталя, здесь должны были обучаться лекарские ученики. Государь возложил надзор за строительством на своего любимого архитектора Доменико Трезини (ок. 1670–1734), который, сохранив замысел своего предшественника, подготовил новый проект госпиталей уже в камне — они станут образцом строгого петровского барокко (рис. 1).

Забываясь о восстановлении боеспособности и сохранении здоровья своих солдат и матросов, Петр торопил с постройкой каменных госпиталей. При начале строительства адмиралтейского госпиталя Петр I произнес краткое напутствие, где были такие слова: «Здесь всякий изнеможенный служивый найдет себе помощь и успокоение, которого ему доселе не было; дай только Бог, чтобы никогда многие не имели нужды сюда быть привозимы» [3].

В декабре 1723 г. восточная половина строения (Морской госпиталь) была закончена, сюда по указу государя были переведены больные «морские служители» Адмиралтейского ведомства. Уже после смерти Петра I, в мае 1725 г., из-за плачевного состояния деревянных госпитальных казарм, расположенных на Малой Неве (ныне Большая Невка) у реки Карповки на Санкт-Петербургском острове, сюда, в восточный корпус, были переведены «немошные» Военно-сухопутного ведомства [17].

¹ Опираясь на архивные документы, исследователи сделали много, чтобы восстановить историю создания в Петербурге первых лазаретов. Но остается еще немало вопросов, связанных с ранним этапом «военно-госпитального дела» в северной столице [1–18, 20–25, 29, 30, 32–34].

² Архиятр — главный врач и руководитель всей медицинской службы государства; должность, введенная Петром I.

³ Фахверковские постройки — тип ограждающей конструкции преимущественно малоэтажных зданий, представляет собой каркас, образованный системой горизонтальных и вертикальных элементов и раскосов из деревянного бруса с заполнением промежутков камнем, кирпичем и другими материалами.

Таблица 1

Table 1

Основные архитектурные стили больниц Санкт-Петербурга

Main architectural styles of hospitals in Saint Petersburg

Стиль / Type of architectural style	Временные границы / Time period	Особенности архитектуры / Architecture Features	Ведущие архитекторы / Leading architects	Больницы / Hospitals
Петровское барокко / Peter's Baroque	С момента основания города до конца 1730-х гг. / From the foundation of the city until the end of the 1730s	Рациональность и сдержанность, простота объемов (в плане прямоугольный); высокая на голландский манер крыша; пилястры; мелкая расстеловка окон; рустовка углов; преобладание ярких цветов при покраске штукатурки стен / Rationality and restraint, simplicity of volumes (rectangular in plan); high Dutch-style roof; pilasters; small glazing of windows; rustication of corners; the predominance of bright colors when painting plaster walls	Д. Трезини, М.Г. Земцов, П. Трезини, И.К. Коробов / D. Trezzini, M.G. Zemtsov, P. Trezzini, I.K. Korobov	Адмиралтейский (Морской) и Военно-сухопутный госпитали / Admiralty (Naval) and Military Land Hospitals. Кронштадтский Морской госпиталь / Kronstadt Marine Hospital
Классицизм / Classicism	Вторая половина XVIII века — 30–40-е гг. XIX века / Second half of the 18 th century — 30–40s 19 th century	Симметрично-осевые композиции; полное господство ордерной системы, в пропорциях и формах близкой к античности; мощные колонные портики; треугольные фронтоны; сдержанное оформление окон и дверей; светло-желтые и белые тона в отделке фасадов / Symmetrical-axial compositions; complete dominance of the order system, in proportions and forms close to antiquity; powerful columned porticoes; triangular gables; discreet design of windows and doors; light yellow and white tones in the decoration of facades	В.И. Баженов, А.Н. Воронихин, Дж. Кваренги, Д. Квадри, Н.А. Львов, А. Порто, Л. Руска, Л.И. Шарлемань, А.Е. Штрауберг / V.I. Bazhenov, A.N. Voronikhin, G. Quarenghi, D. Quadri, N.A. Lvov, A. Porto, L. Rusca, L.I. Charlemagne, A.E. Stauber	Калининская городская больница / Kalinkinsk City Hospital. Обуховская больница / Obukhovskaya hospital. Мариинская больница / Mariinsky Hospital. Императорская Медико-Хирургическая Академия. Главный корпус / Imperial Medical-Surgical Academy. Main building. Больница Святой Марии Магдалины (для взрослых) / St Mary Magdalene Hospital (for adults). Петропавловская больница / Peter and Paul Hospital. Больница для душевнобольных Святого Николая Чудотворца / Hospital for the mentally ill St. Nicholas the Wonderworker. Елизаветинская община сестер милосердия / Elizabethian Community of Sisters of Mercy
Эклектика / Eclecticism	30–90 ^е гг. XIX века / 30–90s 19 th century	Художественное направление в архитектуре, ориентированное на сочетание в одном сооружении различных стилей прошлого или произвольный выбор стилистического оформления зданий / An artistic movement in architecture focused on combining different styles of the past in one building or an arbitrary choice of stylistic design of buildings	Л.Н. Бенуа, А.К. Гаммерштедт, Е.С. Воротилов, Ц.А. Кавос, И.С. Китнер, В.Р. Курзанов, А.Х. Пель, А.Ф. Пель, Л.В. Шмеллинг / Л.Н. Benois, A.K. Hammerstedt, E.S. Vorotilov, Ts.A. Kavos, I.S. Kitner, V.R. Kurzanov, A.H. Pel, A.F. Pel, L.V. Schmelling	Лечебница Святого Лазаря (Максимилиановская больница) / Hospital of St. Lazarus (Maximilian Hospital). Детская больница принца Ольденбургского / Prince's Oldenburgsky Children's Hospital. Свято-Троицкая община сестер милосердия / Holy Trinity Community of Sisters of Mercy. Императорский Санкт-Петербургский клинический повивальный институт / Imperial St. Petersburg Clinical Midwifery Institute. Клиника кожных болезней им. В.К. Синягина и А.К. Чекалевой / Clinic of Skin Diseases named after V.K. Sinyagin and A.K. Cherkaleva. Еленинская женская раковая больница им. А.Г. и Е.И. Елисеевых / Eleninskaya Women's Cancer Hospital named after A.G. and E.I. Eliseevs

Продолжение табл. 1 / Continuation of the table 1

Стиль / Type of architectural style	Временные границы / Time period	Особенности архитектуры / Architecture Features	Ведущие архитекторы / Leading architects	Больницы / Hospitals
Неоготика / Neo-Gothic	30–40-е гг. XIX века — начало XX века / 30–40s 19 th century — early 20 th century	Выгнутые вверх конструкции; острокопечные своды и крыши; высокие шпили; стрельчатые окна и арки; обилие башенок / Elongated structures; pointed vaults and roofs; tall spiers; lancet windows and arches; abundance of turrets	Р.Б. Бернгард, фон О.Г. Гиппиус / R.B. Bernhard, von O.G. Gippius	Евангелическая женская больница / Evangelical Women's Hospital. Больница для душевнобольных (Готический дом) / Hospital for the Mentally Ill (Gothic House)
Неорусский / Neo-Russian	30-е гг. XIX века — начало XX века / 30s 19 th century — early 20 th century	Использование мотивов средневекового русского зодчества; яркая декоративность / The use of motifs of medieval Russian architecture; bright decorative	Ю.Ю. Бенуа / Y.Y. Benua	Крестовоздвиженская община сестер милосердия / Holy Cross Community of Sisters of Mercy
Необарокко / Neo-Baroque	Середина XIX века — начало XX века / Mid 19 th century — early 20 th century	Подчеркнутые пышность и богатство фасадов за счет лепнины, пилястр, колонн и вензелей / The splendor and richness of the facades are emphasized by the stucco molding of pilasters, columns and monograms	Л.А. Ильин, А.И. Клейн, А.В. Розенберг / L.A. Ilyin, A.I. Klein, A.V. Rosenberg	Городская больница им. Петра Великого / City Hospital named after Peter the Great
Неоренессанс / Neo-Renaissance	Вторая половина XIX века — начало XX века / Second half of the 19 th century — beginning of the 20 th century	Воспроизведение архитектурных решений эпохи Возрождения; строгая симметрия; рациональное членение фасадов, рустика, пилястры; венецианские или брамантовы окна / Reproduction of architectural solutions of the Renaissance; strict symmetry; rational division of facades, rustication, pilasters; venetian or brass windows	Р.А. Гелике, П.Ю. Сузор, Р.А. Гоedicke, Р. Ю. Suzor	Елизаветинская клиническая больница для малолетних детей / Elizavetinskaya Clinical Hospital for Children. Дом французского благотворительного общества с больницей / House of the French charitable society with hospital
Кирпичный / Brick	Середина XIX века — начало XX века / Mid 19 th century — early 20 th century	Отсутствие штукатурки и краски на фасадах; кирпичная кладка выполняет декоративное значение / No plaster and paint on the facades; brickwork serves a decorative purpose	Ф.И. Габерцетель, Ф.Ф. Лумберг, Д.К. Пруссак, В.Я. Симонов, А.И. Томишко / F.I. Haberzetel, F.F. Lumberg, A.A. Pashikhin, D.K. Prussak, V.Y. Simonov, A.I. Tomishko	Волковская купеческая богадельня / Volkovskaya merchant almshouse. Евгениевская община сестер милосердия / Evgenyevskaya community of sisters of mercy. Больница Обуховского завода / Obukhov Plant Hospital. Лазарет Охтинского порохового завода / Infirmary of the Okhtinsky Powder Plant
Неоклассицизм / Neoclassicism	Последняя треть XIX века — первая четверть XX века / Last third of the 19 th century — first quarter of the 20 th century	Ретроспективные проекты в стиле классицизма; ордерная система; классические пропорции; сдержанность декоративного убранства; мягкие умеренные тона (светло-желтый, белый, голубой) / Retrospective projects in the style of classicism; order system; classic proportions; restraint of decorative decoration; soft moderate tones (light yellow, white, blue)	К.Ф. Альтман, А.М. Вишняков, А.Г. Голубков, П.Ю. Сузор, И.И. Яковлев / K.F. Altman, A.M. Vishnyakov, A.G. Golubkov, P.Y. Suzor, I.I. Yakovlev	Больница в память императора Александра II благотворительного общества последователей гомеопатии / Hospital in memory of Emperor Alexander II, charitable society of followers of homeopathy. Лечебница А.Я. Фрея — Лечебница А.Э. Барии / Hospital A.Ya. Freya — Hospital A.E. Bari. Акушерско-гинекологическая клиника баронета Виллие, Военно-медицинская академия / Baronet Willie Obstetrics and Gynecology Clinic, Military Medical Academy. Императорская Николаевская детская больница / Imperial Nikolaev Children's Hospital

Продолжение табл. 1 / Continuation of the table 1

Стиль / Type of architectural style	Временные границы / Time period	Особенности архитектуры / Architecture Features	Ведущие архитекторы / Leading architects	Больницы / Hospitals
Модерн / Modern	90-е гг. XIX века — первое десятилетие XX века / 90s XIX century — first decade of the XX century	Асимметрия, свободная планировка, отвечающая функциям здания; обилие причудливо изогнутых линий, лианообразные извивы и переплетения; мозаика, майолика, витражи / Asymmetry, free layout, corresponding to the functions of the building; an abundance of intricately curved lines, vine-like twists and weaves; mosaic, majolica, stained glass	В.И. Ван-дер-Гюхт, Г.Е. Гинц, Г.И. Люцедарский, М.И. Китнер, Р.Ф. Мельер / V.I. van der Gucht, G.E. Ginz, G.I. Lyutsedarsky, M.I. Kitner, R.F. Meltzer	Больница Общины сестер милосердия Святого Георгия / Hospital of the Community of Sisters of Charity of St. George. Детская городская больница в память Священного коронования Их Императорских Величеств / Children's City Hospital in memory of the Holy Coronation of Their Imperial Majesties. Ортопедический институт / Orthopedic Institute. Ольгин приют для больных в память Григория / Olgas' shelter for the sick in memory of Gregory
Конструктивизм / Constructivism	20–30-е гг. XX столетия / 20–30s XX century	Простота, лаконичность и геометрическая четкость форм; примат функционального содержания здания над его формой; смелое реформирование пространства / Simplicity, conciseness and geometric clarity of forms; the primacy of the functional content of the building over its form; bold reformation of space	А.И. Герелло, Д.Л. Кричевский, О.Л. Лялин, Л.В. Руднев, И.И. Фомин / A.I. Hegello, D.L. Krichevsky, O.L. Lyalin, L.V. Rudnev, I.I. Fomin	Больница имени Ф.Ф. Эрисмана (11 корпус) / Hospital named after F.F. Erisman (11 th building). Больница имени С.П. Боткина (Административный корпус с приемным покоем, 3 павильона летучих инфекций, хирургический корпус, прозекторская) / Hospital named after S.P. Botkin (Administrative building with emergency room, 3 pavilions for volatile infections, surgical building, autops department) Профилакторий Кировского района / Dispensary of Kirovsky district
Сталинский ампи́р / Stalin Ampir style	Середина 30-х — середина 50-х гг. XX века / Mid 30s — mid 50s XX century	Возвращение к традициям русского классицизма, монументализм и фундаментальность построек; использование архитектурных ордеров; барельефы с геральдическими композициями и изображениями трудящихся / Return to the traditions of Russian classicism; monumentalism and fundamentality of buildings; use of architectural orders; bas-reliefs with heraldic compositions and images of working	Л.Е. Асс, Д.Н. Бурышкин, А.С. Гинцберг, В.Н. Наумичев / L.E. Ass, D.N. Buryshkin, A.S. Ginsberg, V.N. Naumichev	Роддом Кузнецовский Московского района / Kuznetsovsky Maternity Hospital, Moskovsky District. Городские больницы № 9, 20 / City hospitals N 9, 20. Корпус Института онкологии (Городского онкологического диспансера) / Building of the Institute of Oncology (City Oncology Dispensary). Медсанчасть № 19 Ленинградского металлургического завода им. XXII Съезда КПСС / Medical unit N 19 of the Leningrad Metal Plant named after XXII Congress of the CPSU (communist party of the soviet union). Корпус Военно-морского госпиталя (Старо-Петергофский проспект, 2) / Naval Hospital building (Staro- Peterhofsky Prospekt, 2)

Окончание табл. 1 / Ending of the table 1

Стиль / Type of architectural style	Временные границы / Time period	Особенности архитектуры / Architecture Features	Ведущие архитекторы / Leading architects	Больницы / Hospitals
Функционализм / Functionalism	50-е — конец 80-х гг. XX века / 50s — late 80s XX century	Исключительная утилитарность построек, минимализм в отделке фасадов, широкое использование стекла и бетона, «ленточное» остекление, использование горизонтальных крыш / Exeptional utilitarianism of buildings, minimalism in facade decoration, extensive use of glass and concrete, strip glazing, use of horizontal roofs	А.С. Гольдин, Н.Е. Ефимова, Б.И. Козырев, Э.В. Кондратович, Л.А. Панкратова, Н.Н. Трегубов, В.Г. Филиппов, О.В. Штейнмиллер/ A.S. Goldin, N.E. Efimova, B.I. Kozurev, E.V. Kondratovich, L.A. Pankratova, N.N. Tregubov, V.G. Filippov, O.V. Steinmiller	Детская городская больница № 1 / City Children's Hospital № 1. Медицинский протезно-ортопедический центр / Medical prosthetic and orthopedic center. Городские больницы № 2, 3, 17, 26 / City hospitals N 2, 3, 17, 26. Ленинградский научно-исследовательский институт скорой помощи имени профессора И.И. Джанелидзе / Leningrad Research Institute of Emergency Medicine named after Professor I.I. Dzhanelidze. Госпиталь управления внутренних дел Леноблгористолкозов / Hospital of the Department of Internal Affairs of the Leningrad City Executive Committee. Ленинградская областная клиническая больница / Leningrad Regional Clinical Hospital. МСЧ № 122 / Medical unit № 122
Хай-тек / High-tech	80–90-е гг. XX века — по настоящее время / 80–90s 20 th century — present	Применение современных конструкций и высоких технологий; функциональность, преобладание лаконичных форм и простых линий; тотальное застекление фасадов; превалирование серых и стальных тонов / Use of modern designs and high technologies; functionality; the predominance of laconic forms and simple lines; total glazing of facades; the prevalence of gray and steel tones	Л.В. Гуляева, Т.Ю. Душина, Н.Г. Захарова, С.М. Зельцман, Ю.К. Митюрев, Н.А. Смолин, Э.А. Тышлерский/ L.V. Gulyaeva, T.Yu. Dushina, N.G. Zakharova, S.M. Zeltsman, Yu.K. Mityurev, N.A. Smolin, E.A. Tyshersky	Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никитичева МЧС России / All-Russian Center for Emergency and Radiation Medicine named after A.M. Nikiforov EMERCOM of Russia. Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова / Federal Center of Heart, Blood and Endocrinology named after V.A. Almazov. Федеральный специализированный перинатальный центр / Federal Specialized Perinatal Center. Институт детской гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой / Institute of Pediatric Hematology and Transplantation named after Raisa Gorbacheva

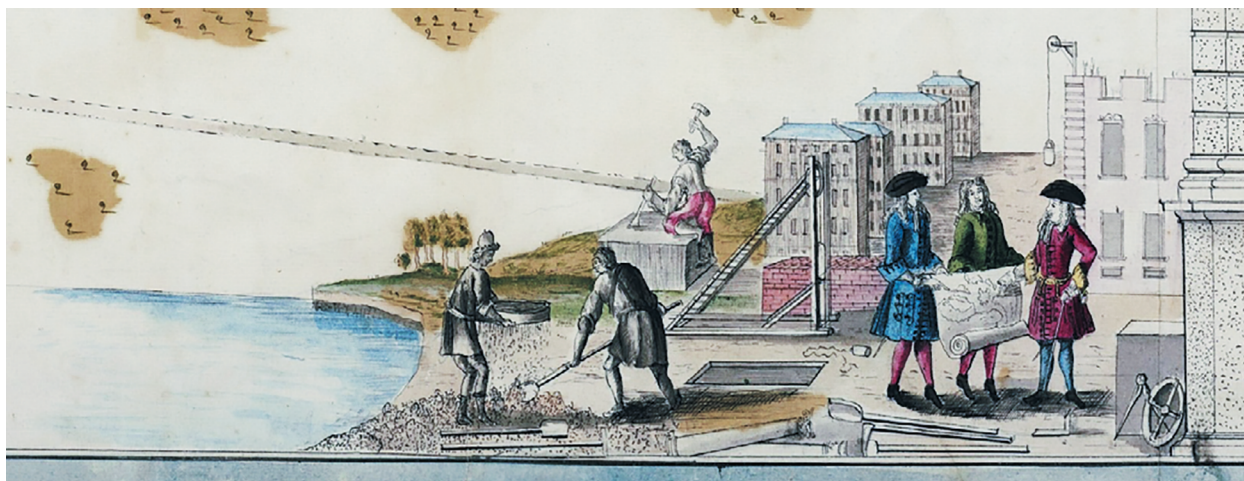


Рис. 1. Топографический план Санкт-Петербурга. План К.Ф. Койета. Н. Микетти, М.Г. Земцов, Д. Трезини на постройке военного госпиталя на Выборгской стороне. Рисунок на плане. 1722 г. [27]

Fig. 1. Topographic plan of Saint Petersburg. Plan K.F. Coieta. N. Michetti, M.G. Zemtsov, D. Trezzini at the construction of a military hospital on the Vyborg side. Drawing on the plan. 1722 [27]



Рис. 2. Фасад госпиталя на Выборгской стороне. Рисунок (карандаш, чернила). Неизвестный художник. 1740-е годы. Государственный Эрмитаж [31]

Fig. 2. Facade of the hospital on the Vyborg side. Unknown artist. Drawing (pencil, ink), 1740s. The State Hermitage Museum [31]

Строительство западного крыла здания тормозилось, прежде всего, из-за нехватки средств, лишь в 1733 г. завершилось возведение каменного госпитального комплекса [1]⁴. На правом берегу Невы поднялись двухэтажные, в белых тонах, протяженные корпуса Адмиралтейского и Сухопутного госпиталей (рис. 2). Пилястровый ордер, галерея с точеными балясами и высокая крыша, покрашенные «красной черленью», а по краям, там, где располагались анатомические театры, — флигеля под восьмиугольными куполами, покрытые белым железом, с точеными балясами перил, также как и деревянные рамы окон, покрашенные в зеленый цвет⁵. Сдержанное петровское барокко приобрело нарядный, праздничный вид.

⁴ Ряд исследователей полагают, что строительство каменных зданий Адмиралтейского и Сухопутного госпиталей было закончено в 1732 г. [20].

⁵ Авторы попытались восстановить внешний облик (экстерьер) Адмиралтейского и Военно-сухопутного госпиталей, опираясь на составленную Д. Трезини «Опись каменному и деревянному строению гошпитали,

После смерти Доменико Трезини завершение его проекта было поручено архитекторам М.Г. Земцову (1688–1943) и Пьетро Трезини (1692–1760), позднее — архитектору И.К. Коробову (ок. 1700–1747). К концу 1730-х гг. были возведены боковые каменные корпуса, и госпитали стали представлять П-образный комплекс построек, раскрытый на север (рис. 3) [24]. К сожалению, строительство общей госпитальной церкви, которая должна была стать центром симметричной композиции, так и не было завершено. После неоднократных перестроек в XIX веке здесь находился анатомический театр, позднее — библиотека, которая находится там и поныне (рис. 4) [23].

С 1733 г. госпитали стали «генеральными» (учебными) — при них были открыты госпитальные школы по подготовке лекарей для

которая на Выборгской стороне, первой половине, в которую переведены из Адмиралтейского ведомства больные служители», которая хранится в Российском государственном историческом архиве (РГИА. Ф. 467. СПб. 1724. Оп. 4. Д. 592. Л. 9–10) [23].



Рис. 3. План императорского столичного города Санкт-Петербурга 1737 г. Комплекс госпиталей на плане Санкт-Петербурга 1737 г. [19]

Fig. 3. Plan of the imperial capital city of Saint Petersburg in 1737. A complex of hospitals on the plan of St. Petersburg in 1737 [19]

нужд российской армии и флота, в 1786 г. реорганизованные в медицинско-хирургические училища. В 1798 г. на их базе была создана Императорская медико-хирургическая академия, а госпитали стали ее клинической базой [25].

Процесс строительства медико-хирургической Академии (ныне Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова) всегда шел в ногу со временем, многие здания были построены в разные эпохи, поэтому нельзя отнести весь архитектурный ансамбль к какому-нибудь определенному архитектурному стилю — каждое здание, каждую кафедру следует изучать отдельно (рис. 4)⁶.

Адмиралтейский госпиталь на острове Котлин (крепость Кронштадт) был основан в 1717 г. [23, 26]⁷. Первое время он состоял из небольших деревянных казарм, мало приспособленных для приема больных. 31 июля 1721 г. последовал указ Петра I о перемещении госпиталя в каменные здания. Вскоре, однако, коман-

дование крепости пришло к выводу о том, что размещать лазарет в центре города неудобно и опасно. Новый госпиталь построили в северо-восточной части острова, где он находится и в настоящее время. Первые больные были размещены в нем в 1730 г. Госпиталь состоял из трех одноэтажных деревянных, на каменном фундаменте флигелей [28]. Из-за многочисленных пожаров деревянные здания госпиталя часто перестраивались⁸.

Первые петровские госпитали были построены по распространенной тогда анфиладной системе, представлявшей ряд последовательно в один ряд примыкающих друг к другу больших проходных палат на 20–30 коек. Такая планировка из-за сообщения всех помещений между собой способствовала распространению инфекции и была совершенно непригодна для лечебных учреждений (рис. 5) [33]. Первые правила устройства и содержания госпиталей устанавливались Петровскими указами, затем «Регламентом о госпиталях» 1735 г. [9].

Заключая краткую характеристику лечебных учреждений, построенных в архитектурном стиле петровское барокко, подчеркнем самоотверженность первых зодчих и строителей Санкт-Петербурга, которые в краткие сроки, в тяжелейших условиях войны, нехватки средств и ресурсов не только построили первые госпитали, где оказывалась помощь раненым и больным солдатам, матросам, но и заложили основу торжественного облика северного «парадиза». Несомненно, определяющую роль сыграли разум и воля Петра I, его понимание важности развития лечебного дела, подготовки врачей из «природных россиян», вообще процветания медицины и других наук.

⁶ Над созданием богатейшего архитектурного ансамбля Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова трудились, кроме уже названных зодчих, Д. Трезини, М.Г. Земцов, П. Трезини, И.К. Коробов, архитекторы А. Порто, Ч. Камерон, А.Н. Воронихин, А.Д. Захаров, К.Я. Соколов, А.Х. Пель, военный инженер Г.С. Войницкий и другие.

⁷ Вопрос о дате открытия Кронштадтского госпиталя, как и Санкт-Петербургского Морского и Сухопутного госпиталей, продолжает оставаться дискуссионным.

⁸ В 1830-е гг. по проекту архитектора Э.Х. Анерта для Кронштадтского госпиталя было построено в классическом стиле каменное здание из трехэтажных корпусов, расположенных в виде буквы «Н». На каждом этаже центрального корпуса и боковых флигелей — широкий коридор, по обе стороны которого расположены просторные и светлые палаты, на втором и третьем этажах еще и операционные. Госпиталь был рассчитан на 2 тысячи коек. В середине главного здания на втором этаже располагалась церковь во имя Святого Благочинного князя Александра Невского. 6 октября 1840 г. состоялось освящение храма и торжественное открытие нового госпиталя, который был последним словом в области лазаретного строительства той поры. В 1905 г. при анатомическом театре вблизи главного корпуса госпиталя архитектором В.А. Косяковым построена церковь Святого Николая Чудотворца в византийском стиле [26, 28]. Морской госпиталь в Кронштадте — ныне 35-й ордена Ленина Военно-морской госпиталь имени Н.А. Семашко.



Рис. 4. Здание клиник Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова на Пироговской набережной

Fig. 4. Clinics of the Military Medical Academy named after S.M. Kirov on Pirogovskaya embankment

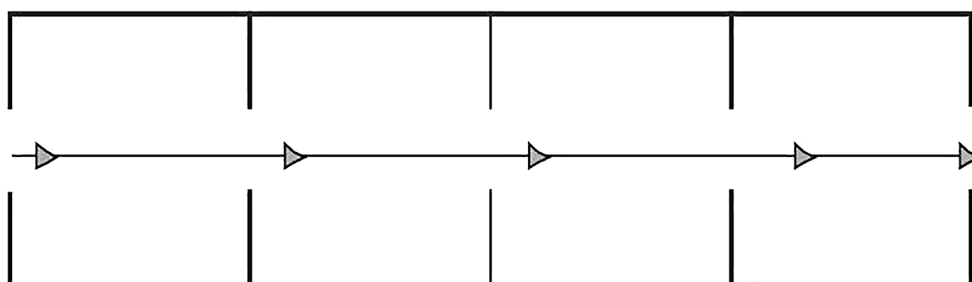


Рис. 5. Анфиладная схема планировки больниц

Fig. 5. Enfilade layout of organizing hospitals

Новый этап в развитии больничной архитектуры города связан с эпохой классицизма, которой будет посвящена следующая статья.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article,

final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белевитин А.Б., Швец В.А., Цветков С.А., Овчинников Д.В. Старейшие Санкт-Петербургские военные госпитали: круглая дата истории. Военно-медицинский журнал. 2010; 11: 70–8.
2. Будко А.А. Военно-медицинская академия в контексте истории медицины России XVIII века. Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2015; 4(52): 246–50.
3. Будко А.А., Селиванов Е.Ф. Госпитальное и больничное дело. Три века Санкт-Петербурга: энциклопедия в 3 т. Т. 1. Осьмнадцатое столетие. В 2 кн. Кн. 1. СПб.: СПбГУ; 2001: 261–3.
4. Будко А.А., Шабунин А.В. История медицины Санкт-Петербурга. XVIII век. СПб.: ВММ МО РФ, Территориальное управление Адмиралтейского района «Невский проспект»; 2002.

5. Будко А.А., Бринюк Н.Ю. «Особливую изъясняя признательность свою раненым...». Вклад Петра I в становление российской военной медицины. Военно-исторический журнал. 2022; 6: 96–107.
6. Георги И.Г. Описание российского императорского столичного города Санкт-Петербурга и достопамятностей окрестностей оного. Ч. II. СПб.; 1794.
7. Грекова Т.И., Голиков Ю.П. Медицинский Петербург. СПб.: Фолио-Пресс, Фолио-Плюс; 2001.
8. Квицинский М.И. Краткий исторический очерк Калининковского (ныне Санкт-Петербургского) морского госпиталя за первое 50-летие его существования. Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1853; 7: 77–80.
9. Костюк А.В. Военно-морские госпитали в XVIII веке. Военно-исторический журнал. 2011; 12: 48–51.
10. Костюк А.В. Учреждение отечественных военноморских госпиталей в XVIII столетии. Военно-медицинский журнал. 2011; 332(11): 84–9.
11. Ивченко Е.В., Овчинников Д.В., Карпущенко Е.Г. К вопросу о дате основания Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Известия Российской Военно-медицинской академии. 2016; 35(1): 55–9.
12. Лахтин М.Ю. Этюды по истории медицины. М.; 1902.
13. Милашева Н.В., Самойлов В.О. Первые военные госпитали Санкт-Петербурга. Вестник Военно-медицинской академии. 2020; 3(71): 258–66. DOI: 10.17816/bmma50571.
14. Милашева Н.В., Самойлов В.О. Петр Великий, Северная война и госпитали на Выборгской стороне. Вестник Военно-медицинской академии. 2013; 2(42): 254–8.
15. Никитин А.Н. Краткий обзор состояния медицины в России в царствование императрицы Екатерины II. СПб.; 1855.
16. Никитин Е.А., Яремко В.И. Первому военноморскому госпиталю — 300 лет. Клиническая патофизиология. 2015; 2: 59–60.
17. Овчинников Д.В., Крюков Е.В., Фисун А.Я. и др. У истоков Военно-медицинской академии (посвящается 350-летию императора Петра Великого). Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2022; 2(24): 439–50. DOI: <https://doi.org/10.17816/bmma106315>.
18. Первый Военно-морской ордена Ленина госпиталь. Краткий исторический очерк. К 250-летию со дня основания. Л.; 1965.
19. План императорского столичного города Санкт-Петербурга 1737 г. Комплекс госпиталей на плане Санкт-Петербурга 1737 г. Доступен по: http://www.etomesto.ru/map-peterburg_1737/ (дата обращения: 24.05.2023).
20. Половинка В.С., Симоненко В.Б., Абашин В.Г., Меркушев И.А. Московский и Санкт-Петербургский генеральные госпитали как предтеча Медико-хирургической академии (к 225-летию Военно-медицинской академии). Клиническая медицина. 2020; 11–12: 800–6. DOI: 10.30629/0023-2149-2020-98-11-12-800-806.
21. Рихтер В.М. История медицины в России. Ч. 3. М.; 1820.
22. Самойлов В.О., Милашева Н.В. От госпитальных казарм до генеральных госпиталей на Выборгской стороне. Вестник Российской военно-медицинской академии. 2019; 2: 267–72. Доступен по: <https://doi.org/10.17816/bmma25956> (дата обращения: 24.05.2023).
23. Самойлов В.О., Милашева Н.В. Строительство генеральных госпиталей в эпоху Петра Великого. Вестник Военно-медицинской академии. 2019; 3(67): 254–8.
24. Симоненко В.Б., Абашин В.Г., Меркушев И.А. Архитекторы Медико-хирургической академии. Строительство комплекса Сухопутного и Морского госпиталей по генеральному проекту Доминико Трезини. Клиническая медицина. 2021; 99(5–6): 395–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2021-99-5-6-395-399>.
25. Соснин В.В., Будко А.А. Петр I: «Здесь изнеможенный воин найдет себе помощь и успокоение». Система медицинского обеспечения боевых действий создавалась в России веками. История военной медицины. 2004; 1: 54–8.
26. Тимофеевский Ф.А. Краткий исторический очерк двухсотлетия города Кронштадта. Кронштадт; 1913.
27. Топографический план Санкт-Петербурга. План К.Ф. Койета. Микетти, Земцов, Трезини на постройке военного госпиталя на Выборгской стороне. Рисунок на плане. 1722 г. Доступен по: https://commons.wikimedia.org/wiki/Category:Koiet_map_of_Saint_Petersburg_1722 (дата обращения: 24.05.2023).
28. 300 лет Морскому Кронштадтскому госпиталю. Доступен по: <https://visitkronshtadt.ru/gospital> (дата обращения: 24.05.2023).
29. Чистович Я.А. История первых медицинских школ в России. СПб.; 1883.
30. Чистович Я.А. Очерки по истории русских медицинских учреждений XVIII столетия. СПб.: Типография Якова Трея; 1870.
31. Фасад госпиталя на Выборгской стороне. Рисунок (карандаш, чернила). 1740-е гг. Государственный Эрмитаж. Доступен по: <https://www.hermitagemuseum.org/wps/portal/hermitage/digital-collection/02.+Drawings/1390538/?lng=ru%C2%A0> (дата обращения: 24.05.2023).
32. Шараевский Г.Ю., Сосин В.В. Санкт-Петербургский адмиралтейский госпиталь (к 280-летию 1-го Военно-морского клинического госпиталя). Военно-медицинский журнал. 1995; 11: 63–4.
33. Штрейс А.И. Исторический обзор больничного строительства в Ленинграде и санитарная оценка больничных планов. Автореф. дис. ... доктора мед. наук. Л.; 1958.
34. Яремко В.И. Первому Военно-морскому клиническому госпиталю 299 лет (1715–2014 гг.). В кн.:

Сборник материалов межвузовской научно-практической конференции «Проблемы интеграции гражданского и военного секторов экономики в интересах обеспечения военной безопасности». СПб.: Военная академия материально-технического обеспечения; 2014: 328–34.

REFERENCES

- Belevitin A.B., Shvets V.A., Tsvetkov S.A., Ovchinnikov D.V. Stareyshiye Sankt-Peterburgskiy voyennyye gospitali: kruglaya data istorii. [The oldest St. Petersburg military hospitals: the round date of history]. *Voenno-meditsinskiy zhurnal*. 2010; 11: 70–8. (in Russian).
- Budko A.A. Voenno-meditsinskaya akademiya v kontekste istorii meditsiny Rossii XVIII veka. [Military Medical Academy in the context of the History of Russian Medicine of the XVIII century]. *Vestnik Rossiyskoy Voenno-meditsinskoy akademii*. 2015; 4(52): 246–50. (in Russian).
- Budko A.A., Selivanov E.F. Gospital'noe i bol'nichnoe delo. Tri veka Sankt-Peterburga. [Hospital and hospital business. Three centuries of St. Petersburg]. *Entsiklopediya v 3 t. T. 1. Os'mnadsatoe stoletie. V 2 kn. Kn. 1. Sankt-Peterburg: SPbGU; 2001: 261–3. (in Russian).*
- Budko A.A., Shabunin A.V. Istoriya meditsiny Sankt-Peterburga. XVIII vek. [History of medicine of St. Petersburg. XVIII century]. Sankt-Peterburg: VMM MO RF, Territorial'noye upravleniye Admiral'teyskogo rayona «Nevskiy prospekt»; 2002. (in Russian).
- Budko A.A., Brinyuk N.Yu. «Osoblivuyu iz'yavlyal priznatel'nost' svoyu ranenym...». Vklad Petra I v stanovleniye rossiyskoy voennoy meditsiny. [«I especially expressed my gratitude to the wounded...». Peter I's contribution to the formation of Russian military medicine]. *Voenno-istoricheskiy zhurnal*. 2022; 6: 96–107. (in Russian).
- Georgi I.G. Opisanie rossiyskogo imperatorskogo stolichnogo goroda Sankt-Peterburga i dostopamyatnostey vokrestnostey onogo. Ch. II. [Description of the Russian imperial capital city of St. Petersburg and the sights in its surroundings. Part II]. Sankt-Peterburg; 1794. (in Russian).
- Grekhova T.I., Golikov Yu.P. Meditsinskiy Peterburg. [Medical Petersburg]. Sankt-Peterburg: Folio-Press Publ., Folio-Plyus Publ.; 2001. (in Russian).
- Kvitsinskiy M.I. Kratkiy istoricheskiy ocherk Kalinkovskogo (nyne Sankt-Peterburgskogo) morskogo gospitalya za pervoye 50-letie yego sushchestvovaniya. [A brief historical sketch of the Kalinkovsky (now St. Petersburg) Naval Hospital for the first 50 years of its existence. Medical additions to the Marine Collection]. *Meditsinskie pribavleniya k Morskoy sborniku*. 1853; 7: 77–80. (in Russian).
- Kostyuk A.V. Voenno-morskie gospitali v XVIII veke. [Naval hospitals in the XVIII century]. *Voenno-istoricheskiy zhurnal*. 2011; 12: 48–51. (in Russian).
- Kostyuk A.V. Uchrezhdenie otechestvennykh voennomorskikh gospitalей v XVIII stoletii. [Establishment of Russian naval hospitals in the XVIII century]. *Voenno-meditsinskiy zhurnal*. 2011; 332(11): 84–9. (in Russian).
- Ivchenko E.V., Ovchinnikov D.V., Karpushchenko E.G. K voprosu o date osnovaniya Voenno-meditsinskoy akademii im. S.M. Kirova. [On the issue of the date of foundation of the Military Medical Academy named after S.M. Kirov]. *Izvestiya Rossiyskoy Voenno-meditsinskoy akademii*. 2016. 35(1): 55–9. (in Russian).
- Lakhtin M.Yu. Etyudy po istorii meditsiny. [Studies on the history of medicine]. Moskva; 1902. (in Russian).
- Milasheva N.V., Samoylov V.O. Pervyye voyennyye gospitali Sankt-Peterburga. [The first military hospitals of St. Petersburg]. *Vestnik Voenno-meditsinskoy akademii*. 2020; 3(71): 258–66. DOI: 10.17816/brmma50571. (in Russian).
- Milasheva N.V., Samoylov V.O. Petr Velikiy, Severnaya voyna i gospitali na Vyborgskoy storone. [Peter the Great, the Northern War and hospitals on the Vyborg side]. *Vestnik Voenno-meditsinskoy akademii*. 2013; 2(42): 254–8. (in Russian).
- Nikitin A.N. Kratkiy obzor sostoyaniya meditsiny v Rossii v tsarstvovaniye imperatritsy Yekateriny II. [A brief overview of the state of medicine in Russia during the reign of Empress Catherine II]. Sankt-Peterburg; 1855. (in Russian).
- Nikitin E.A., Yaremko V.I. Pervomu voyenno-morskoyu gospitalyu — 300 let. [The first naval hospital is 300 years old]. *Klinicheskaya patofiziologiya*. 2015; 2: 59–60. (in Russian).
- Ovchinnikov D.V., Kryukov E.V., Fisun A.Ya. i dr. U istokov Voenno-meditsinskoy akademii (posvyashchaetsya 350-letiyu imperatora Petra Velikogo). [At the origins of the Military Medical Academy (dedicated to the 350th anniversary of Emperor Peter the Great)]. *Vestnik Rossiyskoy Voenno-meditsinskoy akademii*. 2022; 2(24): 439–50. DOI: 10.17816/brmma106315. (in Russian).
- Pervyy Voenno-morskoy ordena Lenina gospital'. Kratkiy istoricheskiy ocherk. K 250-letiyu so dnya osnovaniya. [The first Naval Hospital of the Order of Lenin. A brief historical sketch. To the 250th anniversary of the foundation]. Leningrad; 1965. (in Russian).
- Plan imperatorskogo stolichnogo goroda Sankt-Peterburga 1737 g. Kompleks gospitalей na plane Sankt-Peterburga 1737 g. [Plan of the imperial capital city of St. Petersburg 1737. Hospital complex on the plan of St. Petersburg 1737]. Available at: http://www.etomesto.ru/map-peterburg_1737 (accessed: 24.05.2023). (in Russian).
- Polovinka V.S., Simonenko V.B., Abashin V.G., Merkushev I.A. Moskovskiy i Sankt-Peterburgskiy general'nyye gospitali kak predtecha Mediko-khirurgicheskoy akademii (k 225-letiyu Voenno-meditsinskoy akademii). [Moscow and St. Petersburg General Hospitals as the forerunner of the Medical and Surgical Academy (to the 225th anniversary of the Military Medical Aca-

- demy)]. *Klinicheskaya meditsina*. 2020; 11–2: 800–6. DOI: 10.30629/0023-2149-2020-98-11-12-800-806. (in Russian).
21. Rikhter V.M. *Istoriya meditsiny v Rossii*. Ch. 3. [History of medicine in Russia. Part 3]. Moskva; 1820. (in Russian).
 22. Samoylov V.O., Milasheva N.V. Ot gospital'nykh kazarm do general'nykh gospital'ey na Vyborgskoy storone. [From hospital barracks to general hospitals on the Vyborg side]. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii*. 2019; 2: 267–72. Available at: <https://doi.org/10.17816/brmma25956> (accessed: 24.05.2023). (in Russian).
 23. Samoylov V.O., Milasheva N.V. Stroitel'stvo general'nykh gospital'ey v epokhu Petra Velikogo. [Construction of general hospitals in the era of Peter the Great]. *Vestnik Voennomeditsinskoy akademii*. 2019; 3(67): 254–8. (in Russian).
 24. Simonenko V.B., Abashin V.G., Merkushev I.A. Arkhitektory Mediko-khirurgicheskoy akademii. Stroitel'stvo kompleksa Sukhoputnogo i Morskogo gospital'ey po general'nomu proyektu Dominiko Trezzini. [Architects of the Medical and Surgical Academy. Construction of a complex of Land and Sea hospitals according to the general project of Dominico Trezzini]. *Klinicheskaya meditsina*. 2021; 99(5–6): 395–9. DOI: 10.30629/0023-2149-2021-99-5-6-395-399. (in Russian).
 25. Sosnin V.V., Budko A.A. Petr I: «Zdes' iznemozhennyy voyn naydet sebe pomoshch' i uspokoyeniye». Sistema meditsinskogo obespecheniya boyevykh deystviy sozdavalas' v Rossii vekami. [Peter I: «Here the exhausted warrior will find help and comfort.» The system of medical support for combat operations has been created in Russia for centuries]. *Istoriya voennoy meditsiny*. 2004; 1: 54–58. (in Russian).
 26. Timofeevskiy F.A. Kratkiy istoricheskiy ocherk dvukhsotletiya goroda Kronshtadta. [A brief historical sketch of the bicentennial of the city of Kronstadt]. Kronshtadt; 1913. (in Russian).
 27. Topograficheskiy plan Sankt-Peterburga. Plan K.F. Koyeta. Miketti, Zemtsov, Trezzini na postroyke voyennogo gospitalya na Vyborgskoy storone. Risunok na plane. 1722. [Topographic plan of St. Petersburg. K.F. Coyet's plan. Michetti, Zemtsov, Trezzini on the construction of a military hospital on the Vyborg side. Drawing on the plan]. Available at: [https://commons.wikimedia.org/wiki/Category: Koiet_map_of_Saint_Petersburg_1722](https://commons.wikimedia.org/wiki/Category:Koiet_map_of_Saint_Petersburg_1722) (accessed: 24.05.2023). (in Russian).
 28. 300 let Morskomu Kronshtadtskomu gospitalyu. [300 years of the Kronstadt Naval Hospital]. Available at: <https://visitkronshtadt.ru/gospital> (accessed: 24.05.2023). (in Russian).
 29. Chistovich Ya.A. *Istoriya pervykh meditsinskikh shkol v Rossii*. [History of the first medical schools in Russia]. Sankt-Peterburg; 1883. (in Russian).
 30. Chistovich Ya.A. *Ocherki po istorii russkikh meditsinskikh uchrezhdeniy KHVIII stoletiya*. [Essays on the history of Russian medical institutions of the XVIII century]. Sankt-Peterburg: Tipografiya Yakova Treya; 1870. (in Russian).
 31. Fasad gospitalya na Vyborgskoy storone. Risunok (karan-dash, chernila). 1740-e gg. [The facade of the hospital on the Vyborg side. Drawing (pencil, ink). 1740s.]. Gosudarstvennyy Ermitazh. Available at: <https://www.hermitagemuseum.org/wps/portal/hermitage/digital-collection/02.+Drawings/1390538/?lng=ru%C2%A0> (accessed: 24.05.2023). (in Russian).
 32. Sharaevskiy G.Yu., Sosin V.V. Sankt-Peterburgskiy admiralteyskiy gospital' (k 280-letiyu 1-go Voenno-morskogo klinicheskogo gospitalya). [St. Petersburg Admiralty Hospital (dedicated to the 280th anniversary of the 1st Naval Clinical Hospital)]. *Voenno-meditsinskiy zhurnal*. 1995; 11: 63–4. (in Russian).
 33. Shtreys A.I. *Istoricheskiy obzor bol'nichnogo stroitel'stva v Leningrade i sanitarnaya otsenka bol'nichnykh planov*. [Historical review of hospital construction in Leningrad and sanitary assessment of hospital plans]. PhD thesis. Leningrad; 1958. (in Russian).
 34. Yaremko V.I. Pervomu Voenno-morskemu klinicheskemu gospitalyu 299 let (1715–2014 gg.). [The First Naval Clinical Hospital is 299 years old (1715–2014)]. V kn.: *Sbornik materialov mezhvuzovskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Problemy integratsii grazhdanskogo i voyennogo sektorov ekonomiki v interesakh obespecheniya voyennoy bezopasnosti» Sankt-Peterburg: Voennaya akademiya material'no-tekhnicheskogo obespecheniya*; 2014: 328–34. (in Russian).

УДК 614.2+94+616.314+37.014.2
DOI: 10.56871/MHCO.2023.95.56.010

К ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ: ВТОРАЯ МОСКОВСКАЯ ЗУБОВРАЧЕБНАЯ КЛИНИКА

© Владимир Александрович Бондарь¹, Константин Анатольевич Пашков^{1, 2}

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова.
127473, Российская Федерация, г. Москва, ул. Делегатская, 20, стр. 1

² Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко.
105064, Российская Федерация, г. Москва, ул. Воронцово Поле, 12, стр. 1

Контактная информация: Владимир Александрович Бондарь — старший лаборант кафедры истории медицины.
E-mail: bondar.documents@mail.ru ORCID ID: 0009-0006-0914-9903

Для цитирования: Бондарь В.А., Пашков К.А. К истории отечественной стоматологии: Вторая московская зубоврачебная клиника // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 3. С. 102–111.
DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.95.56.010>

Поступила: 08.06.2023

Одобрена: 10.07.2023

Принята к печати: 04.09.2023

РЕЗЮМЕ. В статье на основании архивных материалов описана недолгая история 2-й Московской зубоврачебной клиники — бывшей московской зубоврачебной школы приват-доцента Г.З.И. Вильга, решением Народного комиссариата здравоохранения превращенной в 1918 году в учебно-вспомогательное учреждение при одонтологическом отделении медицинского факультета Московского университета. Причиной подобной реорганизации системы зубоврачевания на базе зубоврачебных школ и в стране в целом стали реформы, предложенные П.Г. Дауге, выпускником 1-й Московской зубоврачебной школы доктора И.М. Коварского. В статье приводится подробное расписание новообразованной 2-й Московской зубоврачебной клиники, которая функционировала и как учебное заведение, и как клиника для лечения зубных болезней. Показано, что в расписание дополнительно вводится новый предмет — общественное зубоврачевание, преподавателем которого, по решению заседания Объединенного педсовета, впоследствии был предложен К.С. Гинзбург. Тем не менее авторы статьи приводят достаточно аргументов в пользу ухудшения качества получаемого образования в зубоврачебных школах-клиниках после таких пертурбаций в привычной системе: с практическими навыками зубоврачевания у выпускников московских зубоврачебных клиник 1919 года явно были большие проблемы. Пересмотр программы обучения и нехватка преподавателей привели к тому, что к началу сентября 1919 года, когда пора было уже сдавать выпускные экзамены, большинство учащихся не смогли пройти запланированное количество практических занятий, таким образом, не могли быть допущены к выпускным экзаменам. Однако, по распоряжению Зубоврачебной подсекции Наркомздрава, большая часть выпускников все же была к ним допущена. И даже для тех учащихся, кто не смог выдержать государственные экзамены, дорога к зубоврачеванию не была закрыта — решением коллегии Зубоврачебной подсекции от 8–10 октября 1919 года их можно было допустить к работе в зубоврачебных амбулаториях в качестве подсобного персонала. Авторы статьи так подробно рассказывают об изменениях в учебном процессе, чтобы можно было однозначно сделать один вывод: качество получаемого образования значительно ухудшалось. Помимо изменений в учебном процессе в статье рассматриваются изменения в финансировании такого рода новообразованных заведений: если до революции обучение будущих зубных врачей в частной зубоврачебной школе стоило довольно дорого, а оказываемая преподавателями при участии обучающихся зубоврачебная помощь населению приносила школам небольшой, но стабильный дополнительный доход, то после победы революции и обучение слушателей, и лечение нуждающихся в зубоврачебном пособии пациентов стали бесплатными. Все это повлияло на основные механизмы снабжения школ-клиник необходимыми материалами для работы и обучения, добавило бумажной волокиты и бюрократии. На таком подробном примере 2-й Московской зубоврачебной клиники показано, что попытка превратить

процветающие частные зубо врачебные школы в государственные зубо врачебные клиники в условиях нехватки преподавателей и при отсутствии достаточного финансирования не могла быть успешной и привела лишь к снижению качества получаемого образования учащимися. Статья написана на основе архивных источников, впервые вводимых в научный оборот.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: история стоматологии; зубо врачебная клиника; Г.-З.И. Вильга.

TO THE HISTORY OF DOMESTIC DENTISTRY: THE SECOND MOSCOW DENTAL CLINIC

© *Vladimir A. Bondar*¹, *Konstantin A. Pashkov*^{1, 2}

¹ A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry. Delegatskaya 20–1, Moscow, Russian Federation, 127473

² N.A. Semashko National Research Institute of Public Health. Vorontsovo Pole 12–1, Moscow, Russian Federation, 105064

Contact information: Vladimir A. Bondar — Senior Laboratory Assistant, Department of History of Medicine.

E-mail: bondar.documents@mail.ru ORCID ID: 0009-0006-0914-9903

For citation: Bondar VA, Pashkov KA. To the history of domestic dentistry: the second Moscow dental clinic. *Medicine and healthcare organization* (St. Petersburg). 2023;8(3):102-111. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.95.56.010>

Received: 08.06.2023

Revised: 10.07.2023

Accepted: 04.09.2023

ABSTRACT. Based on archival materials, this article describes the short history of the 2nd Moscow Dentistry Clinic — a former Moscow dental school of privat-docent G.-Z.I. Vilga, transformed in 1918 by a decision of the People's Commissariat of Health into an educational and auxiliary institution at the odontology department of the medical faculty of Moscow University. Such reorganization of the system of dentistry on the basis of dental schools and in the country as a whole was caused by the reforms proposed by P.G. Dauge, a graduate of the 1st Moscow Dentistry School of Dr. I.M. Kovarsky. The article provides a detailed schedule of the newly formed 2nd Moscow Dental Clinic, which functioned both as an educational institution and as a clinic for treatment dental diseases. It is shown that the schedule additionally includes a new subject — public dentistry, whose teacher, according to the decision of the United Pedagogical Council meeting, was later proposed by K.S. Ginzburg. However, the authors of this article provide ample arguments in favor of the worsening of the quality of education provided by dental schools-clinics after such perturbations in the habitual system: the graduates of the Moscow dental clinics of 1919 could obviously have had great problems with the practical skills in dentistry. Revision of the curriculum and lack of teachers was the reason that by the beginning of September 1919, when it was already time to take the final examinations, most students could not get the planned number of practical classes and thus could not be admitted to pass the final exams. However, by order of the Dentistry subsection of the People's Commissariat for Health, most of the graduates were still allowed to take them. And even for those students who were not able to pass state examinations, the way to dentistry was not closed: by the decision of the board of the Dentistry sub-section in October, 8–10, 1919 they could be permitted to work in dental outpatient clinics as unskilled workers. The authors of the article describe the changes in the educational process in such details that the only conclusion is unequivocal: the quality of the education received was greatly worsening. In addition to the changes in the educational process, the article examines changes in the financing of such newly-formed institutions: if before the revolution training of future dentists in a private dental school was quite expensive, and the dental care provided by teachers with the participation of students brought the schools a small but stable additional income, after the victory of the revolution both training of students and treatment of patients in need of dental care became free of charge. All this affected the basic mechanisms of supplying schools-clinics with the necessary materials for work and training, and added to the paperwork and bureaucracy. This detailed example of the 2nd Moscow Dentist Clinic shows that the attempt to transform the flourishing private dental schools into state dental clinics under conditions of teacher shortage and lack of sufficient funding could not be successful and led only to a reduction in the quality of students' education. The article is written on the basis of archival sources, which are introduced into scientific circulation for the first time.

KEY WORDS: history of dentistry; dental clinic; G.-Z.I. Vilga.

Принято считать, что история создания современной отечественной стоматологии началась 11 июля 1918 года — в тот день, когда Совет народных комиссаров РСФСР постановил организовать Народный комиссариат здравоохранения; через неделю было утверждено положение о Наркомздраве, при котором была создана лечебная секция и в ее составе Зубоврачебная подсекция. Руководителем этой подсекции по рекомендации В.И. Ленина был назначен Павел Георгиевич Дауге (1869–1946) — зубной врач по образованию, принимавший активное участие в революционном движении.

Зубоврачебное образование в дореволюционной России можно было получить либо путем наставничества, позволявшего получить звание дантиста (от второго способа получения специалистов к этому времени уже отказались), либо в частных зубоврачебных школах, выпускавших зубных врачей. Выпускник 1-й Московской зубоврачебной школы доктора И.М. Коварского, П.Г. Дауге был принципиальным противником подобного школьного образования. «Главную причину несовершенства зубоврачебных школ в России, — говорил он в своем программном докладе после назначения на должность главного зубного врача страны, — следует искать в том обстоятельстве, что все без исключения зубоврачебные школы представляют собою частные учебные заведения, не связанные органически с медицинским факультетом и не обладающие нужными научными средствами, — физическими, химическими, бактериологическими лабораториями, анатомическим театром и пр.»¹.

План предстоящих реформ П.Г. Дауге заранее согласовал с В.И. Лениным, и 1 октября 1918 года было опубликовано соответствующее постановление Народного комиссариата здравоохранения и Народного комиссариата просвещения «О реформе зубоврачебного образования»: зубоврачебные школы закрывали, но некоторые, наиболее успешные, следовало использовать как учебно-вспомогательные учреждения при вновь открываемых одонтологических отделениях медицинских факультетов университетов. Продолжительность обучения в зубоврачебных школах составляла 2,5 года — 5 семестров по полгода; после закрытия школ слушателям 5-го и 3-го семестров было предоставлено право окончить образование при тех же отделениях, созданных из бывших школ. Учащимся, окончившим полный курс зубовра-



Рис. 1. Гилярий-Здислав Иванович Вильга (1864–1942). Из собрания музея истории медицины МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Fig. 1. Gilyar-Zdislav Ivanovich Vilga (1864–1942). From the collection of the Museum of the History of Medicine at Moscow State Medical University named after A.I. Evdokimov

чебных школ, разрешено было держать выпускной экзамен на звание зубного врача при вновь организуемых одонтологических отделениях [2].

Конкретный план действий бывший директор московской зубоврачебной школы, приват-доцент Московского университета Гилярий-Здислав Иванович Вильга (рис. 1) доложил на заседании Ученой одонтологической комиссии 2 сентября 1918 года. Программа теоретических курсов оставалась для 3-го и 5-го семестров прежней, следовало лишь по возможности улучшить практические занятия; экзамены для 3-го и 5-го семестров в каждой из незакрытых школ должен был проводить прежний педагогический персонал; срок экзаменов назначался с 15 сентября по 1 октября с правом назначения дополнительных экзаменов с 1 октября по 15 октября; для нужд преподавания требовались оба помещения незакрытых зубоврачебных школ; лекторов и руководителей практических работ предпочтительно было набирать из числа преподавателей тех же школ. При занятиях в клинике зубных болезней один

¹ Государственный архив Российской Федерации (далее ГА РФ). Ф. А482. Оп. 1. Д. 12. Л. 1–5.



Рис. 2. Внешний вид московской зубо­вра­чеб­ной школы Гилярия Ивановича Вильга, расположенной по адресу Арбат, дом 44, в домовладении Нейдгарт. Из собрания музея истории медицины МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Fig. 2. The outside look of the Moscow Dental School of Gilyariy Ivanovich Vilga, located at Arbat, 44, Neidgart House. From the collection of the Museum of the History of Medicine at Moscow State Medical University named after A.I. Evdokimov

демонстратор должен был обслуживать не более 10 кресел, при выполнении работ по протезной технике на фантомах он мог курировать группу из 30–40 учащихся, при изготовлении протезов — из 15–20 человек². Этот план после обсуждения был принят Ученой одонтологической комиссией с незначительными поправками, в частности — «программа теоретических курсов остается для III и V семестров прежней с той лишь разницей, что для V семестра вводится особый курс социального здравоохранения»³. Как будет показано далее, на практике выполнить заявленную программу оказалось достаточно сложно.

На заседании Зубо­вра­чеб­ной под­секции Наркомздрава 28 сентября 1918 года было принято постановление: «бывшие зубо­вра­чеб­ные школы пр[иват] д[оцента] Г.И. Вильга и д-ра И.М. Коварского превращаются в учебно-вспомогательные учреждения одонтологического отделения медицинского факультета и переходят в ведение Народного комиссариата здравоохранения. Заведующим хозяйственной частью в бывш[ую] школу Коварского пригласить зубного врача Ц.А. Дауге, в бывш[ую]

шк[олу] Г.И. Вильга Елену Александровну Смирнову»⁴. Так и получилось, что открытая в 1909 году Московская зубо­вра­чеб­ная школа приват-доцента Г.-З.И. Вильга, располагавшаяся по адресу Арбат, дом 44 (рис. 2), трансформировалась в учебно-вспомогательную базу кафедры хирургии челюстей и полости рта с одонтологической клиникой медицинского факультета Московского университета; все ее имущество стало народным достоянием, за которым должна была следить доверенная избраница Зубо­вра­чеб­ной под­секции, а сам приват-доцент из владельца и директора клиники превратился в заведующего клиникой по выбору педагогического совета.

Как было отмечено в письме Зубо­вра­чеб­ной под­секции в Наркомздрав, по соглашению с Народным комиссариатом по просвещению от 22 октября 1918 года, учебно-вспомогательные учреждения должны были оставаться в ведении Народного комиссариата здравоохранения на протяжении того времени, пока продолжалось преподавание для прежних слушателей, хотя и на новых началах, но по той же приблизительно, что и ранее, программе «по распоряжению секции... бывшие зубо­вра­чеб­ные школы преобразованы в государственные зубо­вра­чеб­ные клиники: 1-ю и

² ГА РФ. Ф. А482. Оп. 1. Д. 12. Л. 31, 31 об.

³ ГА РФ. Ф. А482. Оп. 2. Д. 2. Л. 24, 24 об.

⁴ ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 3. Л. 43.

Таблица 1

Расписание занятий во 2-й Московской зубоучебной клинике

Table 1

Schedule of classes at the 2nd Moscow Dental Clinic

III семестр / III semester				
Понедельник / Monday	Анатомия / Anatomy	4–6 ч / h	Протезная техника / Prosthetic technique	6–7 ч / h
Вторник / Tuesday	Бактериология / Bacteriology	3–5 ч / h	Дентиатрия / Dentiatics	5–7 ч / h
Среда / Wednesday	Пломбирование золотом и фосфором / Filling with gold and phosphorus	3–5 ч / h	Общая хирургия / General Surgery	5–7 ч / h
Четверг / Thursday	Фармакология / Pharmacology	4–6 ч / h		
Пятница / Friday	Общая патология / General Pathology	3–5 ч / h	Протезная техника / Prosthetic technique	5–7 ч / h
Суббота / Saturday	Пломбирование золотом и фосфором / Filling with gold and phosphorus	4–5 ч / h	Дентиатрия / Dentiatics	5–7 ч / h
Прием больных ежедневно от 9 до 3 часов (по группам) / Reception of patients every day from 9 a.m. to 3 p.m. (per group)				
V семестр / V semester				
Понедельник / Monday	Клинические лекции / Clinical lectures			9–11 ч / h
Вторник / Tuesday	Хирургическая поликлиника / Surgical out patient clinic			9–11 ч / h
Среда / Wednesday				
Четверг / Thursday	Общественное зубоучебное / Community dentistry			5–7 ч / h
Пятница / Friday	Хирургическая поликлиника / Surgical out patient clinic	9–11 ч	Сифилидология полости рта	4–6 ч / h
Суббота / Saturday				
Прием больных в клинике ежедневно от 9 до 3 часов (по группам) / Reception of patients every day from 9 a.m. to 3 p.m. (per group)				

2-ю Московские Государственные Клиники (бывшие школы Коварского и Вильга)... Означенные клиники содержатся Н[ародным] К[омиссариатом] З[дравоохранения] по смете Зубоучебной секции, начиная с 1 октября 1918 года»⁵.

Программа обучения слушателей 3-го и 5-го семестров обсуждалась 13 октября 1918 года на первом заседании Объединенного педагогического совета зубоучебного отделения медицинского факультета, включавшего бывших преподавателей зубоучебных школ И.М. Коварского и Г.-З.И. Вильга. Для слушателей Арбатского отделения (бывшей школы Вильга) было принято расписание занятий, представленное в таблице 1.

Интересно, что при обсуждении кадрового состава вопрос о преподавателе по нововведенному общественному зубоучебному был

оставлен открытым до выяснения программы этого предмета, а выработка необходимой программы отложена до получения соответствующих декретов от Ученой одонтологической комиссии⁶. Впрочем, уже через неделю, 20 октября 1918 года на втором заседании Объединенного педсовета на место преподавателя общественного зубоучебного был предложен К.С. Гинзбург; будучи членом Ученой одонтологической комиссии, он, вероятно, понимал, что именно будет преподавать учащимся клиники⁷.

О том, как проходили выпускные экзамены, мы узнаем из временных правил о составе и порядке испытаний для лиц, ищущих права зубоучебной практики. Экзамены прини-

⁵ ГА РФ. Ф. А482. Оп. 1. Д. 12. Л. 167, 167 об.

⁶ Центральный государственный архив города Москвы (далее ЦГАМ). Ф. 412. Оп. 1. Д. 583. Л. 3–4 об.

⁷ ЦГАМ. Ф. 412. Оп. 1. Д. 583. Л. 7–8.

мала комиссия, находившаяся в ведении Наркомздрава, председатель комиссии выбирался на конкурсной основе по представлению Ученого медицинского совета, в состав ее входили преподаватели медицинского факультета университета, а экзамены по специальным предметам принимали преподаватели одонтологических отделений университета (зубоврачебных клиник). Предметами испытания были анатомия полости рта и шеи и физиология, общая патология с патологической анатомией и бактериология, патология и терапия зубов и полости рта, гигиена этой полости с вопросами по фармакологии; практические навыки по клинике болезней зубов с оперативным зубоврачеванием проверяли на больных. Испытуемые должны были обнаружить достаточный клинический опыт, уметь поставить точный диагноз, назначить лечение, провести нужные лечебные манипуляции или операции — пломбирование зубов, экстракции и т.п., преподавать⁸.

Практические навыки учащиеся зубоврачебных клиник отрабатывали на пациентах под руководством преподавателей-демонстраторов. Прием больных в клинику проходил ежедневно с 10 до 14 часов из расчета 12 человек (в том числе двое первичных) на каждого из работающих зубных врачей-демонстраторов и по 5 человек (в том числе один первичный) на каждого зубного врача-практиканта⁹.

С практическими навыками зубоврачевания у выпускников московских зубоврачебных клиник 1919 года могли быть проблемы. Пересмотр программы обучения и нехватка преподавателей привели к тому, что к началу сентября 1919 года, когда пора было уже сдавать выпускные экзамены, большинство учащихся не смогли пройти запланированное количество практических занятий — недоборало 50–60 приемов, 5–10 экстракций и значительное количество технических работ. Объединенный педагогический совет зубоврачебных клиник предложил продлить учебные занятия на месяц, но по распоряжению Зубоврачебной подсекции Наркомздрава «постановлено было допустить к выпускным экзаменам всех имеющих вновь установленный минимум практических работ независимо от того, все ли теоретические зачеты сданы». В журнале заседаний коллегии Зубоврачебной подсекции мы находим причину этого решения: «в виде необходимости скорейшей ликвидации б[ывших] зубоврачебных школ с целью их передачи медицинскому факультету, ходатайство отклонить».

Что касается пополнения знаний недостаточно подготовленных слушателей, то указать, что Зубсекцией планируется открытие Одонтологического института, куда будет открыт прием и для указанной категории лиц¹⁰. Вновь установленный минимум обязательных практических работ включал 200 приемов, 10 установок пломб и 10 экстракций зубов; впрочем, в случае нехватки некоторого количества экстракций и таких учащихся разрешено было допускать к экзаменам¹¹. И даже для тех учащихся, кто не смог выдержать государственные экзамены, дорога к зубоврачеванию не была закрыта — решением коллегии Зубоврачебной подсекции от 8–10 октября 1919 года их можно было допустить к работе в зубоврачебных амбулаториях в качестве подсобного персонала¹².

Как было уже упомянуто, с самого начала у зубоврачебной клиники возникли проблемы с кадровым составом: многие врачи отказались от работы из-за «ничтожности вознаграждения», в связи с чем педагогический совет постановил «возбудить мотивированное ходатайство об увеличении гонорара вышеупомянутым врачам»¹³. Проблему кадров усугубила мобилизация зубных врачей в Красную армию. Заведующий клиникой Г.-З.И. Вильга писал в Медицинский факультет I Московского государственного университета: «сообщаю, что по штатам Одонтологической Клиники полагается ассистентов — 3, ординаторов — 9. На лицо ассистентов — 1. Ассистентов без преподавательских обязанностей — ординаторов — зубных врачей — 6. Призвано на военную службу ассистентов без преподавательских обязанностей, несущих ординаторские обязанности — зубные врачи: 1) Гуревич Борис Абрамыч. 2) Нейменов Максим Семенович, о которых и желательно возбудить ходатайство о возвращении их в Клинику»¹⁴. Мы не нашли документов, свидетельствующих о возвращении этих зубных врачей в клинику, зато просьба клиники о зубном враче А.Ю. Данилевском — единственном оставшемся в клинике ассистенте, читавшем курсы хирургии челюстей и полости рта, одонтологии и рентгендиагностики, — получила ответ от начальника Главного военно-санитарного управления: «комиссия при Наркомздраве не признала возможным удовлетворить ходатайство об

¹⁰ ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 8. Л. 76.

¹¹ ЦГАМ. Ф. 412. Оп. 1. Д. 583. Л. 24, 26.

¹² ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 8. Л. 93 об.

¹³ ЦГАМ. Ф. 412. Оп. 1. Д. 583. Л. 3–4 об.

¹⁴ ЦГАМ. Ф. 412. Оп. 1. Д. 591. Л. 2.

⁸ ЦГАМ. Ф. 412. Оп. 1. Д. 586. Л. 11, 11 об.

⁹ ЦГАМ. Ф. 412. Оп. 1. Д. 591. Л. 14.

освобождении от призыва на военную службу врача Данилевского в виду недостатка медицинского персонала в армии»¹⁵. Впрочем, в итоге ассистента Данилевского все же освободили от призыва в армию¹⁶, вероятно потому, что нужда армии в зубных врачах к этому времени была уже удовлетворена, а часто практиковавшееся использование их в качестве лекпотов признано нецелесообразным.

Таким образом, после превращения Второй зубоврачебной школы во Вторую зубоврачебную клинику для учащихся почти ничего не поменялось, за исключением введения новой дисциплины — общественного зубоврачевания, а также заметного уменьшения объема практических работ. Основным отличием стали каналы финансирования клиники — если до революции обучение будущих зубных врачей в частной зубоврачебной школе стоило довольно дорого, а оказываемая преподавателями при участии обучающихся зубоврачебная помощь населению приносила школам небольшой, но стабильный дополнительный доход, то после победы революции и обучение слушателей, и лечение нуждающихся в зубоврачебном пособии пациентов стали бесплатными.

Совет народных комиссаров в заседании от 26 ноября постановил: «Признавая необходимость сохранения пяти преобразованных в учебно-вспомогательные учреждения зубоврачебных школ: 1-й в Петрограде, 2-й в Москве, 1-й в Саратове, 1-й в Казани, впредь до их окончательного перехода в медицинский факультет Гос[ударственного] университета: разрешить Нар[одному] Ком[иссариату] Здравоохранения отнести потребный в течение октября, ноября и декабря 1918 г. расход в размере (759, 570) семьсот пятьдесят девять тысяч пятьсот семьдесят рублей, согласно смете на содержание означенных пяти школ на возможные остатки сметы Нар[одного] Комис[sариата] Здравоохранения на 1918 год»¹⁷. Заведующий Зубоврачебной подсекцией Наркомздрава П.Г. Дауге послал во 2-ю Московскую зубоврачебную клинику телефонограмму следующего содержания: «Зубоврачебная секция предлагает предоставить смету на снабжение... клиники всеми необходимыми предметами. До получения сметы всякий отпуск товаров в Отдел общего снабжения будет закрыт»¹⁸.

Сотрудники клиники превратились в госслужащих и получали заработную плату согласно тарифной сетке (для врачей ее размер определялся, главным образом, профессиональным стажем). Невысокое жалование еще и регулярно задерживали, о чем служащие 2-й Московской зубоврачебной клиники писали жалобу в Конфликтную комиссию народного комиссариата труда¹⁹. Сотрудникам помогал выжить положенный им паек, о чем свидетельствует записка смотрительницы клиники в магазин № 19: «Прошу отпустить для служащих Одонтологической клиники I-го Московского государственного университета хлеб на 22 человека на 5 дней за 6, 7, 8, 9, 10, по I-му фунту в день на человека в количестве 2-х пуд[ов] 30 фун[ов] по фактуре № 1652»²⁰. Впрочем, пайка можно было лишиться, в частности, за преждевременный уход с работы без росписи в специальной тетради, что являлось грубым нарушением декрета о трудовой повинности²¹.

Еще одной, хотя и небольшой, статьей расходов на зубоврачебные клиники была стипендия, которую платили некоторым, особо нуждающимся учащимся. Прошение учащихся 2-й Московской зубоврачебной клиники о выдаче субсидий для продолжения образования было рассмотрено на заседании коллегии Зубоврачебной подсекции 29 января 1919 года, слушателям предложили «с просьбой о субсидии обратиться в старостат высших учебных заведений и в Комиссию по социальному обеспечению нуждающихся студентов. Одновременно возбудить ходатайство и от подсекции о выдаче субсидий слушателям зубоврачебной клиники из общего фонда учащихся высших заведений...»²². 8 февраля 1919 года на очередном заседании коллегии было отмечено: «В виду отказа Народного Комиссариата Просвещения субсидировать означенных лиц как находящихся в ведении Н[ародного] К[омиссариата] З[дравоохранения] просить заведующего подсекцией П.Г. Дауге возбудить в коллегии ходатайство о выдаче пособия в 5400 рублей»²³. На заседании коллегии Зубоврачебной подсекции 21 мая 1919 года вновь был рассмотрен вопрос о субсидии слушателям 1-й и 2-й Московских зубоврачебных клиник. Резолюция гласила:

¹⁹ ЦГАМ. Ф. 412. Оп. 1. Д. 586. Л. 54.

²⁰ ЦГАМ. Ф. 412. Оп. 1. Д. 591. Л. 15.

²¹ ЦГАМ. Ф. 412. Оп. 1. Д. 592. Л. 29; Д. 594, Л. 6, 16, 19, 33.

²² ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 8. Л. 7 об.

²³ ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 8. Л. 11.

¹⁵ ЦГАМ. Ф. 412. Оп. 1. Д. 586. Л. 88; Д. 592. Л. 10 об.

¹⁶ ЦГАМ. Ф. 412. Оп. 1. Д. 592. Л. 13.

¹⁷ ГА РФ. Ф. А482. Оп. 1. Д. 12. Л. 97.

¹⁸ ЦГАМ. Ф. 412. Оп. 1. Д. 586. Л. 92.

«Принимая во внимание [то, что] количество стипендиатов той и другой клиники не должно превысить 15% всех слушателей, предложить комитетам слушателей обеих клиник представить именные списки на выдачу стипендии 18-ти слушателям I-й клиники и 15 слушателям 2-й клиники. Размер стипендий установить при получении списка и рассмотрении отдельных заявлений»²⁴.

Однако заработная плата преподавателей и стипендия для отдельных учащихся, конечно же, не была основной статьей расхода. Теперь чтобы получить необходимые для работы клиники материалы и медикаменты, необходимо было в двухдневный срок подать сведения в деканат университета. В архиве сохранилось множество писем, в которых клиника просила закупить необходимые для работы материалы и медикаменты²⁵, марлю и бинты²⁶, шприцы и мензурки²⁷, спирт²⁸, мыло и керосин²⁹ и т.д. Особенно бурная переписка с правлением Московского государственного университета развернулась по поводу закупки ручной тележки для перевозки керосина, спирта и медикаментов, а также связки веревок средней толщины для переноски тяжестей, например дров³⁰. Вопрос о ремонте помещений и водопровода³¹ оказался почти не разрешимым. Естественно, ходатайство заведующего 2-й Московской зубоврачебной клиникой с просьбой об открытии в клинике рентгеновского кабинета было отклонено коллегией Зубоврачебной подсекции Наркомздрава 19 февраля 1919 года без объяснения причин³².

В этой связи примечательно высказанное 15 октября 1919 года на заседании коллегии Зубоврачебной подсекции заявление П.Г. Дауге о том, что «целый ряд бумаг, адресованных Секции и имеющих официальный характер залеживается и зачастую без ответа в портфелях заведующих отделениями» и соответствующее постановление коллегии — «передать все имеющиеся бумаги в канцелярию для распределения в архив. В буду-

щем все бумаги по использованию их передавать секретарям». Вероятно, именно благодаря этому решению нам удалось восстановить историю 2-й Московской зубоврачебной клиники.

Между тем история ее близилась к завершению. Роковой ошибкой Г.-З.И. Вильга стало использование во 2-й Московской зубоврачебной клинике принадлежавших ему материалов — уважаемый приват-доцент Московского университета и член Ученой одонтологической комиссии наивно полагал, что ему возместят затраты. 26 июня коллегия Народного комиссариата здравоохранения под председательством Н.А. Семашко рассмотрела этот вопрос. «Слушали: Заключение Государственного контроля по вопросу об уплате доктору Вильга за зубоврачебные материалы, взятые у него для зубоврачебной клиники. Государственный контроль сообщает, что с его стороны препятствий к оплате счетов доктора Вильга нет. Постановили: просить Государственный контроль дать заключение, обязали Наркомздрав с юридической точки зрения уплатить за материалы»³³.

На подобную эскападу своего бывшего коллеги по Российскому зубоврачебному союзу заведующий Зубоврачебной подсекцией лечебной секции Наркомздрава П.Г. Дауге отреагировал со всей революционной бескомпромиссностью. На заседании коллегии Зубоврачебной подсекции 8 февраля 1919 года под его председательством был рассмотрен вопрос об оплате счетов Г.-З.И. Вильга на общую сумму 53 337 рублей 75 копеек, постановление гласило: «В виду неисполнения постановления Н[ародного] К[омиссариата] З[дравоохранения] от 18 сентября о предоставлении описи всех имеющихся материалов, означенные счета признать аннулированными, а товар конфисковать»³⁴.

В вышеупомянутом письме Зубоврачебной подсекции в Наркомздрав говорилось: «некоторые из бывших владельцев школ продолжают смотреть на клиники, как на свою собственность: так например ... д-р Г.И. Вильга представил в Финансовый Отдел Н[ародного] К[омиссариата] З[дравоохранения] счет на 53 000 рублей за медикаменты и пломбировочный материал, «проданные» им 2-й Московской зубоврачебной клинике и т.д. Зубоврачебная секция полагает, что подобные претензии являются совершенно не обосновательными. Если постановление об организации государственной зубоврачебной помощи допускает реквизицию без выкупа зубных

²⁴ ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 8. Л. 31.

²⁵ ЦГАМ. Ф. 412. Оп. 1. Д. 589. Л. 27, 28.

²⁶ ЦГАМ. Ф. 412. Оп. 1. Д. 589. Л. 18.

²⁷ ЦГАМ. Ф. 412. Оп. 1. Д. 589. Л. 19а, 32.

²⁸ ЦГАМ. Ф. 412. Оп. 1. Д. 589. Л. 26.

²⁹ ЦГАМ. Ф. 412. Оп. 1. Д. 589. Л. 30, 31.

³⁰ ЦГАМ. Ф. 412. Оп. 1. Д. 589. Л. 12, 20, 21.

³¹ ЦГАМ. Ф. 412. Оп. 1. Д. 589. Л. 10, 24; Д. 591. Л. 2, 7.

³² ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 8. Л. 13.

³³ ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 7. Л. 22.

³⁴ ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 8. Л. 11 об.

лечебниц с количеством кресел свыше одного — то тем с большей справедливостью этот принцип должен быть применен по отношению к бывшим зубоучастным школам, где имелась налицо эксплуатация ассистентов, зубных мастеров и подмастерьев, где самым неприкрытым образом выколачивалась прибавочная стоимость. Зубоучастная секция полагает необходимым издание Н[ародным] К[омиссариатом] З[дравоохранения] в дополнение к постановлению от 1 октября особого распоряжения, коим бывшие зубоучастные школы со всем их инвентарем, инструментарием, материалами и медикаментами были бы объявлены достоянием государства»³⁵.

9 мая 1919 г. в 98 номере «Известий» Всероссийского центрального исполнительного комитета Советов было опубликовано соответствующее постановление Народных комиссариатов здравоохранения и просвещения «О национализации бывш[их] зубоучастных школ», объявившее все бывшие зубоучастные школы с их инвентарем, инструментарием, материалом и принадлежностями собственностью Республики» [3]. Следует, однако, отметить, что еще 29 января 1919 года на заседании коллегии Зубоучастной подсекции было принято постановление, что «зубоучастные школы, как носившие чисто предпринимательский характер, подлежат национализации без выкупа, за исключением случаев, предусмотренных постановлением Комитета народного просвещения (потеря трудоспособности владельцем и т. п.)»³⁶.

Классовая ненависть зубного врача и революционера, заведующего Зубоучастной подсекцией П.Г. Дауге к одонтологу и приват-доценту дворянского происхождения Г.-З.И. Вильга была столь велика, что через несколько дней после выхода в свет постановления Народных комиссариатов здравоохранения и просвещения «О национализации бывш[их] зубоучастных школ» и за несколько месяцев до окончательной ликвидации бывших школ он попытался закрыть 2-ю Московскую зубоучастную клинику путем слияния ее с 1-й, обсуждался вопрос под предлогом требования Государственного контроля о сокращении штатов во всех учреждениях. Этот вопрос был обсужден на заседании Коллегии Зубоучастной подсекции 17 мая 1919 года: «поскольку малочисленный состав слушателей обеих клиник может быть обслуживанием одной клиникой [следует] закрыть 2-ю Зубоучастную клинику, оставив

1-ю, как более приспособленную. Слушателей 2-й клиники перевести в 1-ю»³⁷.

Однако против слияния клиник аргументированно высказалась Ученая одонтологическая комиссия 16 июня 1919 года: «Подобная мера пагубно отразилась бы на правильном ходе учебных занятий и повела бы к недостаточной подготовке будущих зубных врачей к самостоятельной подаче зубоучастной помощи населению. И такого рода заключение Комиссия приняла на основании нижеследующих соображений:

- 1) При слиянии двух клиник в одну учащиеся закрытой клиники, преимущественно живущие в ее районе, не могли бы при существующих путях сообщения правильно посещать занятия.
- 2) Количество больных вследствие слияния клиник настолько значительно сократилось бы, что учащиеся не могли бы выполнить установленного числа приемов, необходимых для минимальной практической подготовки.
- 3) Принимая во внимание, что пятый семестр является чисто практическим, где учащиеся, в отличие от других семестров, для получения клинического навыка должны работать ежедневно, что число их в обеих клиниках в настоящее время достигает 250 человек, причем число это продолжает увеличиваться, Одонтологическая комиссия считает, что наличное число демонстраторов и преподавателей и существующее количество кресел той и другой клиники являются необходимым для нормального ведения педагогического дела.
- 4) Наконец, приведение в исполнение проекта слияния зубоучастных клиник повело бы к значительному перерыву в занятиях, которые без того должны для успешности дела вестись с крайней интенсивностью»³⁸.

Таким образом слияние не состоялось, слушателям 1-й и 2-й московских зубоучастных клиник дали доучиться до осени без новых потрясений.

Вопрос закрытия московских зубоучастных клиник был обсужден 10 сентября 1919 года на заседании коллегии Зубоучастной подсекции Наркомздрава³⁹; окончательная их ликвидация была назначена на 1 октября 1919 года; до этого срока весь штат оставался

³⁵ ГА РФ. Ф. А482. Оп. 1. Д. 12. Л. 167, 167 об.

³⁶ ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 8. Л. 8.

³⁷ ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 8. Л. 29.

³⁸ ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 10. Л. 40.

³⁹ ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 8. Л. 8.

на местах. На заседании коллегии 13 сентября было решено «предложить персоналу школ, желающему после ликвидации школ получить должность, подать в Секцию заявления. В заявлении указать характер службы, которую проситель желает получить: административную или по специальности, в Москве или в отъезде»⁴⁰. Бывший директор зубо-врачебной школы, а затем заведующий 2-й Московской зубо-врачебной клиникой, приват-доцент Московского университета Г.З.И. Вильга решил проблему трудоустройства радикально: в 1922 году он принял польское гражданство и эмигрировал в Польшу, где в том же году был избран профессором кафедры дентиатрии Польского института одонтологии [1].

Так закончилась в Москве агония школьного зубо-врачебного образования. Очевидно, что попытка превратить частные зубо-врачебные школы в государственные зубо-врачебные клиники в условиях нехватки преподавателей и при отсутствии достаточного финансирования не могла быть успешной и привела лишь к снижению качества образования. Более того, личная неприязнь заведующего Зубо-врачебной подсекцией Наркомздрава П.Г. Дауге к работе приват-доцента московского университета Г.З.И. Вильга, бывшего директора передовой зубо-врачебной школы, не была конструктивной и повлекла за собой потерю квалифицированных кадров и отъезд небезызвестного врача за границу. Невыверенность и радикальность методов быстрого преобразования зубо-врачебных школ в зубо-врачебные клиники затормозили ненадолго развитие зубо-врачевания в России, что еще раз подчеркивает сложность и неоднозначность принимаемых решений в первый период реформирования медицинского образования и перевода его на государственные рельсы.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисенко К.А. Гилярий-Здислав Иванович Вильга (1864–1942) — основоположник судебной стоматологии в России. К 155-летию со дня рождения выдающегося российского ученого-стоматолога. Стоматология. 2020; 99(5): 129–30. DOI: 10.17116/stomat202099051129.
2. Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1917–1918 гг. М.: Управление делами Совнаркома СССР; 1942: 983–4.
3. Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1919 г. М.: Управление делами Совнаркома СССР; 1943.

REFERENCES

1. Borisenko K.A. Gilyariy-Zdislav Ivanovich Vil'ga (1864–1942) — osnovopolozhnik sudebnoy stomatologii v Rossii. K 155-letiyu so dnya rozhdeniya vydayushchegosya rossiyskogo uchenogo-stomatologa. [Gilyariy-Zdislav Ivanovich Vilga (1864–1942) was the founder of forensic dentistry in Russia. To the 155th anniversary of the birth of the outstanding Russian scientist-dentist]. Stomatologiya. 2020; 99(5): 129–30. DOI: 10.17116/stomat202099051129. (in Russian).
2. Sobraniye uzakoneniye i rasporyazheniy pravitel'stva za 1917–1918 gg. [Collection of the Government's Laws and Orders for 1917–1918]. Moskva: Upravlenie delami Sovnarkoma SSSR; 1942: 983–4 (in Russian).
3. Sobraniye uzakoneniye i rasporyazheniy pravitel'stva za 1919 g. [Collection of the Government's Laws and Orders for 1919]. Moskva: Upravlenie delami Sovnarkoma SSSR; 1943. (in Russian).

⁴⁰ ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 8. Л. 83.

УДК 614.2

DOI: 10.56871/MHCO.2023.36.76.011

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА: СОСТОЯНИЕ, ПРЕИМУЩЕСТВА И ПРОБЛЕМЫ

© Карина Евгеньевна Моисеева, Владимир Александрович Глущенко,
Анна Владимировна Алексеева, Шалва Демнаевич Харбедия,
Елена Николаевна Березкина, Алексей Владимирович Яковлев,
Марина Ивановна Леваднева, Ольга Игоревна Сергиенко, Анна Алексеевна Заступова,
Михаил Георгиевич Хведелидзе, Ольга Викторовна Симонова, Адиса Анзоровна Гажева

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Контактная информация: Карина Евгеньевна Моисеева — к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья
и здравоохранения. E-mail: karina-moiseeva@yandex.ru ORCID ID: 0000-0002-3476-5971 SPIN: 9105-6669

Для цитирования: Моисеева К.Е., Глущенко В.А., Алексеева А.В., Харбедия Ш.Д., Березкина Е.Н., Яковлев А.В.,
Леваднева М.И., Сергиенко О.И., Заступова А.А., Хведелидзе М.Г., Симонова О.В., Гажева А.А. Организация
медицинской помощи новорожденным в условиях перинатального центра: состояние, преимущества
и проблемы // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 3. С. 112–123. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.36.76.011>

Поступила: 17.04.2023

Одобрена: 25.05.2023

Принята к печати: 04.09.2023

РЕЗЮМЕ. Организация медицинской помощи новорожденным в России базируется на преимущественности акушерской и педиатрической службы. На сегодняшний день основным принципом оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным в Российской Федерации является ее регионализация. Регионализация акушерской и перинатальной помощи предполагает разделение акушерско-гинекологических стационаров на три уровня, для каждого из которых определены специфические задачи и полномочия. В современных условиях во главе службы охраны материнства и детства субъектов Российской Федерации встали региональные перинатальные центры, работа которых координируется перинатальными центрами федерального уровня. Деятельность перинатальных центров позволяет сконцентрировать в одном месте наиболее тяжелый контингент беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденных детей, которым на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий оказывается своевременная высококвалифицированная специализированная медицинская помощь. Благодаря внедрению трехуровневой системы оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным и эффективной деятельности перинатальных центров удалось добиться снижения перинатальной, ранней неонатальной и младенческой смертности. Таким образом, внедрение перинатальных центров федерального и регионального уровня обусловило порядок преобразования службы родовспоможения в нашей стране и позволило существенно повлиять на демографическую ситуацию.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: перинатальный центр; новорожденные; беременные; специализированная медицинская помощь; регионализация акушерской и перинатальной помощи.

ORGANIZATION OF MEDICAL ASSISTANCE TO NEWBORN IN THE CONDITIONS OF THE PERINATAL CENTER: STATE, ADVANTAGES AND PROBLEMS

© Karina E. Moiseeva, Vladimir A. Glushchenko, Anna V. Alekseeva, Shalva D. Harbedia, Elena N. Berezkina, Alexey V. Yakovlev, Marina I. Levadneva, Olga I. Sergienko, Anna A. Zastupova, Mikhail G. Khvedelidze, Olga V. Simonova, Adisa A. Gazheva

Saint Petersburg State Pediatric Medical University. Lithuania 2, Saint Petersburg, Russian Federation, 194100

Contact information: Karina E. Moiseeva — PhD (Medicine), Associate Professor of the Department of Public Health and Public Health Services. E-mail: karina-moiseeva@yandex.ru ORCID ID: 0000-0002-3476-5971 SPIN: 9105-6669

For citation: Moiseeva KE, Glushchenko VA, Alekseeva AV, Harbedia ShD, Berezkina EN, Yakovlev AV, Levadneva MI, Sergienko OI, Zastupova AA, Khvedelidze MG, Simonova OV, Gazheva AA. Organization of medical assistance to newborn in the conditions of the perinatal center: state, advantages and problems. *Medicine and health care organization* =(St. Petersburg). 2023;8(3):112-123. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.36.76.011>

Received: 17.04.2023

Revised: 25.05.2023

Accepted: 04.09.2023

ABSTRACT. The organization of medical care for newborns in Russia is based on the continuity of obstetric and pediatric services. In modern conditions the main principle of providing medical care to women during pregnancy, childbirth, the postpartum period, and newborns in the Russian Federation is its regionalization. The regionalization of obstetric and perinatal care involves the division of obstetric and gynecological hospitals into three levels, each of which has specific tasks and powers. In modern conditions, the regional perinatal centers, whose work is coordinated by the perinatal centers of the federal level, have become the leaders of the service for the protection of motherhood and childhood of the constituent entities of the Russian Federation. The activities of perinatal centers make it possible to concentrate in one place the most hardcontingent of pregnant women, women in childbirth, puerperas, newborns, who, based on the use of modern preventive and therapeutic and diagnostic technologies, are provided with timely highly qualified specialized medical care. Thanks to the introduction of a three-level system of medical care for pregnant women, women in childbirth, puerperas and newborns and the effective functioning of perinatal centers, it became possible to reduce perinatal, early neonatal and infant mortality. Thus, the introduction of perinatal centers at the federal and regional levels determined the procedure for transforming the obstetric service in our country and made it possible to significantly influence the demographic situation.

KEY WORDS: perinatal center; newborns; pregnant women; specialized medical care; regionalization of obstetric and perinatal care.

Ведущей организационной моделью развития акушерской и перинатальной помощи, признанной и использующейся в наиболее развитых зарубежных странах, является трехуровневая система оказания медицинской помощи матери и ребенку. Трехуровневая система подразумевает наличие достаточного количества коек для беременных женщин, рожениц и новорожденных; систему мониторинга состояния здоровья беременных женщин и новорожденных и системы дистанционного консультирования; использование выездных форм оказания медицинской помощи, включая медицинскую эвакуацию в зависимости от географических

условий и транспортной доступности автомобильного или авиационного транспорта [3, 36].

Организация медицинской помощи новорожденным в России базируется на преемственности акушерской и педиатрической службы. На сегодняшний день основным принципом оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным в Российской Федерации является ее регионализация. Регионализация — это организация этапности оказания медицинской помощи, которая обеспечивает ее максимальную своевременность, адекватность, эффективность и безопасность при наиболее

рациональных и небольших затратах со стороны системы здравоохранения [17, 42].

Регионализация акушерской и перинатальной службы предполагает разделение акушерско-гинекологических стационаров на три уровня, для каждого из которых определены специфические задачи и полномочия [17, 29]. Такая организация службы обеспечивает преемственность оказания помощи, основываясь на единых стандартах для всех уровней и на единых критериях госпитализации и перевода осложненных случаев. В условиях сформированной трехуровневой системы оказания неонатологической помощи на региональном уровне утверждается четкая схема (алгоритм) маршрутизации больных новорожденных детей в отделения реанимации и интенсивной терапии, в отделения патологии новорожденных и недоношенных детей, а также маршрутизация новорожденных, имеющих врожденную патологию и/или инфекционно-воспалительные заболевания [23–26].

Маршрутизация беременных в зависимости от степени перинатального риска явилась индикатором сформированной трехуровневой системы. В зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения все акушерские стационары субъекта Российской Федерации распределяются на уровни по возможности оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным. Критерии отнесения акушерских стационаров к первой, второй и третьей группам приведены в приказе Минздрава России от 20 октября 2020 года № 1130 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» [25].

Первый уровень: акушерские отделения районных больниц, в которых отсутствует круглосуточная дежурная служба врача акушера-гинеколога, врача-неонатолога, врача-реаниматолога, а также медицинские организации, имеющие в составе urgentный родильный зал. К организациям первого уровня относятся большинство физиологических родильных домов (РД) и родильные отделения (РО), имеющие в своем составе койки по профилю «неонатология», в том числе койки интенсивной терапии новорожденных. В акушерских стационарах первого уровня проводится госпитализация и родоразрешение пациенток низкой группы акушерского риска. Роды на первом уровне: доношенные (срок гестации — 37–40 недель); с одним плодом; в головном предлежании. Порядок оказания медицинской помощи новорожденному после родов един вне зависимости от уровня организации

родовспоможения. Все организации родовспоможения первого уровня закрепляются за организациями родовспоможения второго и третьего уровней.

Ко второму уровню могут быть отнесены РД (РО), в том числе профилированные по видам патологии, имеющие в своей структуре отделения патологии новорожденных и недоношенных детей, а также палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных. Кроме того, сюда относятся межрайонные (межмуниципальные) центры, имеющие в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН). В акушерских стационарах данного уровня осуществляется родоразрешение беременных женщин низкой и средней группы риска. В функции организаций родовспоможения второго уровня входит направление беременных высокой группы акушерского риска в ПЦ. Организации родовспоможения второго уровня обеспечивают взаимодействие с медицинскими организациями первого уровня прикрепленных районов. В каждом субъекте Российской Федерации назначается акушерский стационар из организаций родовспоможения второго уровня, который при закрытии ПЦ выполняет функции организации родовспоможения третьего уровня.

Третий уровень: акушерские стационары, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реанимации для женщин, ОРИТН, ОПН (II этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр (АДКЦ).

В акушерских стационарах третьего уровня проводится госпитализация и родоразрешение пациенток любой группы акушерского риска. Однако в них в значительной мере будут концентрироваться все беременные и роженицы с высоким перинатальным риском, в том числе роженицы с преждевременными родами (65% и более) на сроках беременности от 22 недель и выше, с определением группы риска по результатам мониторинга беременных. Основной контингент беременных, рожениц, родильниц и новорожденных: тяжелые экстрагенитальные заболевания; преэклампсия тяжелой степени и эклампсия; предлежание и отслойка плаценты; осложнения беременности, способствующие нарушению гемостаза и акушерским кровотечениям; преждевременные роды с 22 до 37 недель гестации; врожденные пороки развития плода, требующие хирургической коррекции; высокий акушерский и перинатальный риск; новорожденные, находящиеся в критическом состоянии, с критически низкой массой тела. Следует отметить, что при распределении беременных

на родоразрешение в акушерские стационары в зависимости от уровня, первостепенное значение имеет именно состояние матери. Даже при здоровом ребенке наличие акушерского риска является поводом для госпитализации на следующий уровень организаций родовспоможения [21]. Организациями третьего уровня являются перинатальные центры (ПЦ) или выполняющие их функции РД, которые имеют отделения реанимации новорожденных и ОПН (II этап выхаживания). На третьем уровне выделяют подуровни А и Б. Третий А уровень — это акушерские стационары на уровне субъекта Российской Федерации, к которым относятся региональные ПЦ, а третий Б уровень — это акушерские стационары федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденным (федеральные ПЦ) [22].

Становление и развитие трехуровневой модели акушерской и перинатальной помощи в нашей стране начиналось еще в начале 2000-х годов, когда всерьез заговорили о проблемах воспроизводства населения, а уровень материнской и младенческой смертности стал общегосударственной проблемой. В этом направлении разрабатывались и внедрялись в деятельность практического здравоохранения различные федеральные и региональные программы, которые должны были существенно повлиять на снижение данных показателей. Однако устойчивая нормативно-правовая основа современной системы оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным была сформирована несколько позже. С целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи матерям и детям распоряжением Правительства Российской Федерации от 9 декабря 2013 года № 2302-р была утверждена Программа развития перинатальных центров в Российской Федерации [29]. Программа предусматривала строительство в течение следующих пяти лет 32 региональных перинатальных центров (ПЦ) в 30 наиболее остро нуждающихся субъектах Российской Федерации. Основными задачами реализации данной программы было совершенствование территориальной модели оказания акушерской и неонатологической помощи, повышение эффективности перинатальной помощи и снижение материнской и младенческой смертности и др. Результатом реализации программы явилось то, что к 2018 году в большинстве субъектов Российской Федерации полностью завершилось формирование трехуровневой системы оказания медицинской по-

мощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным. Тем не менее Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 года № 1640 была утверждена Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [20], которая должна была продолжить Программу развития ПЦ в Российской Федерации в 2013–2017 годах, улучшить достигнутые за время ее реализации результаты. Среди прочих целей новая программа ставила снижение к 2024 году младенческой смертности до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся живыми.

К основным функциям ПЦ относятся: оказание консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи в основном наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденных детей, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий; осуществление взаимодействия между учреждениями охраны материнства и детства; проведение оперативного слежения за состоянием пациентов, нуждающихся в интенсивной помощи, обеспечивает своевременное оказание им специализированной медицинской помощи при выявлении осложнений; организация и обеспечение противоэпидемического режима и качества лечебно-диагностического процесса на основе стандартизированных видов медицинской помощи; оказание анестезиолого-реанимационной помощи; организация выездных форм помощи женщинам и детям; апробация и внедрение в деятельность учреждений охраны материнства и детства современных медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения; осуществление профилактики отдаленных последствий перинатальной патологии и обеспечение системы реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии, медико-психологической и социально-правовой помощи женщинам и детям раннего возраста; проведение работы по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала по вопросам перинатальной помощи. Кроме того, к функциям федеральных ПЦ относится разработка и тиражирование новых методов диагностики и лечения акушерской, гинекологической и неонатальной патологии и осуществление мониторинга и организационно-методического обеспечения деятельности акушерских стационаров субъектов Российской Федерации [14, 29, 40].

В структуру ПЦ должны входить:

1. Консультативно-диагностическое отделение (поликлиника), включающее в себя консультативные кабинеты для беремен-

ных женщин, кабинет невынашивания беременности, консультативные кабинеты для супружеских пар с нарушением репродуктивной функции, кабинет планирования семьи, кабинеты врача-терапевта и других врачей-специалистов, кабинет медико-генетического консультирования или медико-генетическую консультацию, кабинет (зал) физиопсихопрофилактической подготовки беременной женщины и ее семьи к родам и партнерским родам, кабинеты медико-психологической и социально-правовой помощи женщинам, процедурный кабинет, малые операционные, амбулаторное отделение (кабинет) для детей раннего возраста, нуждающихся в динамическом наблюдении и реабилитации, отделение вспомогательных репродуктивных технологий, отделение (кабинет) функциональной диагностики, физиотерапевтическое отделение (кабинет), стоматологический кабинет, дневной стационар на 10–15 коек (с пансионатом для приезжих).

2. Акушерский стационар с отделением патологии беременности; родовое отделение (индивидуальные родовые) с операционными; отделение анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для женщин с группой биохимического и функционального мониторинга; акушерское физиологическое отделение с совместным пребыванием матери и ребенка; акушерское наблюдательное отделение (боксовые палаты, при их отсутствии — наличие изолятора; палаты совместного пребывания матери и ребенка); отделение экстракорпоральных методов гемокоррекции; дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами скорой медицинской помощи (АДКЦ).
3. Педиатрический стационар с отделениями новорожденных акушерского физиологического и акушерского наблюдательного отделений; отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) с экспресс-лабораторией; дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными неонатальными бригадами скорой медицинской помощи; отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПН) (II этап выхаживания).
4. Гинекологическое отделение.
5. Клинико-диагностическое отделение с клинико-диагностической и бактериологической лабораториями; с лабораторией молекулярной диагностики (при наличии потребности).
6. Организационно-методический отдел.
7. Административно-хозяйственное подразделение со вспомогательными службами [14].

В современных условиях была доказана эффективность работы перинатальных центров в регионах России. Этому было посвящено значительное количество научных исследований, охвативших федеральные округа и субъекты Российской Федерации [5, 11, 13, 39]. Исследование, проведенное в областном ПЦ Московской области, позволило выявить резервы для повышения качества оказываемой медицинской помощи, к которым относились: улучшение профилактической помощи и диспансеризации женского населения; совершенствование связей ПЦ с женскими консультациями, детскими поликлиниками и стационарами области; более энергичное использование современных технологий и медико-экономических стандартов; повышение квалификации медицинских работников и др. Полученные данные позволили разработать и реализовать ряд мероприятий, направленных на улучшение состояния здоровья матерей и младенцев. В результате этого повысились доступность акушерско-гинекологической помощи женщинам и ее качество, что положительно отразилось на показателях материнской и перинатальной смертности. Значительно снизилась заболеваемость беременных. Возросли количество посещений ПЦ и занятость койки за год, что привело к увеличению ее оборота [9].

Преобразование муниципального родильного дома (РД) в областной ПЦ Кольского Севера позволило полностью изменить работу акушерского стационара: увеличилось количество родов, возросла доля иногородних женщин, выросла частота кесаревых сечений и т.д. Ввод в работу ПЦ позволил сократить показатели младенческой и перинатальной смертности (в первую очередь за счет ранней неонатальной смертности). Значительно снизился показатель материнской смертности (уменьшение в 6,5 раз). Необходимо отметить, что подавляющее большинство женщин (97,9%) полностью удовлетворены полученной в ПЦ медицинской помощью [27].

Заметное снижение перинатальной, ранней неонатальной и младенческой смертности (что благоприятно отразилось на демографической ситуации в Мурманской области) было достигнуто благодаря внедрению трехуровневой си-

стемы оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным и эффективной деятельности областного ПЦ [15].

Анализ работы Приморского краевого ПЦ позволил группе исследователей выявить как сильные стороны его работы, так и слабые. К сильным сторонам относятся введение женских консультаций (ЖК) в структуру ПЦ, что позволило обеспечить преемственность в оказании помощи беременным женщинам и гинекологическим больным. Благодаря социальной поддержке со стороны государства по программе «Родовой сертификат» возросло количество родов. Открытие и функционирование в ПЦ отделения патологии новорожденных, отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, реабилитационного отделения для детей до трех лет, консультативно-диагностического отделения для женщин с нарушениями репродуктивного здоровья, гинекологического отделения позволило снизить фетоинфальтивные потери и улучшить качество жизни пациентов. К слабой стороне относится нехватка высококвалифицированных медицинских работников (врачей, среднего и младшего медицинского персонала). Так, из всех врачей только 63,5% имели категории, а из среднего персонала — 56,6% [6].

В результате деятельности ПЦ в Ярославской области в 2 раза снизилась доля преждевременных родов на первом и втором уровнях. За 4 года работы ПЦ рождение в нем детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) достоверно выросло, что позволило поднять удельный вес их выживаемости в акушерских стационарах области до 82,1% [7, 37].

Организация трехуровневой системы родовспоможения в Оренбургской области позволила снизить смертность младенцев в перинатальный, ранний неонатальный и неонатальный периоды жизни. Отмечается, что дальнейшему развитию данной системы родовспоможения будет содействовать увеличение сети ПЦ и скорординированная маршрутизация беременных женщин [2, 8].

Однако, кроме перинатальных центров, в борьбе с неонатальной смертностью огромную роль играет деятельность неонатальных центров, отделений патологии новорожденных с отделениями реанимации и интенсивной терапии в многопрофильных и специализированных больницах [4, 33, 38, 43].

В Ленинграде еще в 1978 году началось образование современной системы неотложной помощи новорожденным. В многопрофильной

детской городской больнице № 1 было организовано и открыто первое в городе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных. В то же самое время на территории этой больницы была создана специализированная детская подстанция скорой медицинской помощи, куда вошли бригады, оказывающие реанимационно-консультативную помощь новорожденным и работающие в тесном сотрудничестве с данным отделением. Уже через 7 лет работы этой подстанции на ее базе был организован реанимационно-консультативный центр новорожденных, позволивший наладить систему слежения за угрожаемыми состояниями новорожденных в городе. Одновременно с анализом работы по оказанию неотложной помощи новорожденным, реанимационно-консультативный центр выполняет функции регионального бюро госпитализации данного контингента пациентов. Основными задачами этого Центра являются: получение сведений о новорожденном и заполнение формализованной истории болезни; оценка тяжести состояния пациента, уровня его транспортабельности и профиля его патологии; проведение консультации по оказанию медицинской помощи младенцу до приезда специализированной скорой помощи; определение срочности ее прибытия и управление выездными бригадами; определение наиболее приемлемого режима госпитализации; составление списка новорожденных в угрожаемом состоянии; дистанционный контроль за младенцами, находящимися в пограничных состояниях. Специализированные машины скорой помощи имеют системы жизнеобеспечения, аппараты искусственной вентиляции легких, инкубаторы, инфузионные насосы, кислородные баллоны и мониторы пациента. Ежегодно специализированными бригадами осуществляется транспортировка более 4000 новорожденных, из которых половина приходится на младенцев в критическом состоянии [12, 13, 28, 37].

За последние десять лет в Санкт-Петербурге в детских городских больницах открыто еще несколько профилированных ОРИТН. Все отделения имеют современное оборудование и высококвалифицированный персонал [1, 10, 16]. Работающая в Санкт-Петербурге система оказания экстренной и неотложной помощи новорожденным доказала свою высокую эффективность в снижении ранней неонатальной, неонатальной и младенческой смертности [32].

Одной из важных функций РД/РО и ПЦ является повышение уровня грудного вскармливания. Ценность естественного вскармливания

бесспорна для любого ребенка, будь он доношенным или недоношенным, здоровым или больным. Несмотря на то что на третьем уровне, в отличие от первого и второго, находятся наиболее тяжелые новорожденные, которые пребывают там в течение длительного срока, работа по поддержке, поощрению и охране естественного вскармливания должна активно проводиться. Поскольку ПЦ является ведущей медицинской организацией на третьем уровне системы родовспоможения, одна из основных его задач — пропаганда и стимулирование грудного вскармливания у находящихся там матерей. Проведение данной работы с соблюдением принципов объективности доказательности и преемственности необходимо осуществлять во всех подразделениях ПЦ [19, 30, 34, 41].

Для ПЦ реализация задачи по стимулированию естественного вскармливания должна начинаться с его консультативно-диагностического отделения. При рождении здорового новорожденного его первое прикладывание к груди осуществляется уже в родильном зале, где должно осуществляться консультирование и помощь родившей женщине по вопросам грудного вскармливания [26]. Продолжение пропаганды естественного вскармливания и обучение матерей правильному вскармливанию их детей продолжается в послеродовом отделении. Особого внимания требует организация грудного вскармливания недоношенных и больных новорожденных, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии, а также в ОПН [14, 28, 31, 33, 39, 42, 44].

Основными индикаторами оценки грудного вскармливания в акушерских стационарах являются:

- контакт матери и новорожденного «кожа к коже» в родильном зале в первые 5 минут после рождения и продолжительностью не менее 1 часа;
- прикладывание ребенка к груди матери в течение первого часа раннего неонатального периода;
- удельный вес новорожденных, находившихся на исключительно грудном вскармливании с рождения до выписки домой из РД (РО);
- доля новорожденных, находящихся на естественном вскармливании в момент выписки домой [41].

Современный ПЦ оказывает высококвалифицированную и высокоспециализированную медицинскую помощь беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным детям [35]. На данное время в России работает 98 перинатальных центров. Поскольку они

являются головными учреждениями на территории, необходимо организовывать и поддерживать тесные контакты их ведущих специалистов с медицинскими организациями, осуществляющими акушерско-гинекологическую и неонатологическую помощь на первом и втором уровнях. С этой целью должна осуществляться постоянная методическая помощь, ротация кадров и, по мнению некоторых авторов, возрождение института курации [18, 28, 36, 40, 42, 43].

Таким образом, введение в строй новых ПЦ федерального и регионального уровней, в которых должна оказываться специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь беременным, роженицам, родильницам и детям первого месяца жизни, обусловило порядок преобразования службы родовспоможения в нашей стране. В условиях продолжающегося реформирования службы охраны материнства и детства очень важным является постоянное анализирование полученных результатов по перинатальной помощи при ее регионализации.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аберхаева Л.С. Научно-методическое обоснование организации межрайонного центра перинатальной

- медицины. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань; 2012.
2. Антонов О.В. Научные, методические и организационные подходы к профилактике врожденных пороков развития у детей. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Омск; 2007.
 3. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Состояние здоровья детей России, приоритеты его сохранения и укрепления. Казанский медицинский журнал. 2018; 99(4): 698–705. DOI: 10.17816/KMJ2018-698.
 4. Баранов А.А., Игнатъева Р.К. Проблема недоучета перинатальных потерь. Смертность детского населения России. Серия «Социальная педиатрия». Выпуск 1. М.: Литтерра; 2007.
 5. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери. М.: Триада X; 1997.
 6. Бурмистрова Т.И. Организация службы охраны здоровья матери и ребенка и современные технологии снижения фетоинфантильных потерь в Приморском крае. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2006.
 7. Гурьев Д.Л., Олендарь Н.В., Охупкин М.Б. и др. Роль перинатального центра в регионализации перинатальной помощи при преждевременных родах в Ярославской области. Мать и Дитя. 2018; 74(3): 54–9.
 8. Денисов А.П. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей раннего возраста. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2018.
 9. Коновалов О.Е., Харитонов А.К. Современные тенденции перинатальной и неонатальной смертности в Московской области. Вестник Российского университета дружбы народов. Серия «Медицина». 2016; 1: 135–40.
 10. Кузнецов Д.В. К вопросу о совершенствовании трехуровневой системы оказания перинатальной помощи. Sciences of Europe. 2018; 25: 43–7. DOI: 10.15690/pf.v15i2.1872.
 11. Лебедева О.В. Заболеваемость и смертность детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении: факторы риска и пути снижения. Вестник новых медицинских технологий. 2015; 2(3–2). Доступен по: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-2/5124.pdf> (дата обращения 06.04.2023). DOI: 10.12737/11200.
 12. Манищенков С.Н. Организация медицинской эвакуации новорожденных высокого перинатального риска. Авиценна. 2018; 15: 56–60. DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic1046>.
 13. Моисеева К.Е. Состояние и пути совершенствования организации медицинской помощи новорожденным в организациях родовспоможения. Дисс. ... д-ра мед. наук. СПб.; 2021.
 14. Низамова А.Ф. Влияние фактического питания беременных женщин на плод в различных социальных группах. Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». Тезисы докладов. Часть 1. М.; 2002: 431–2.
 15. Орел В.И., Середа В.М., Прялухин И.А. Влияние действующего перинатального центра на показатели перинатальной, ранней неонатальной и младенческой смертности в регионе на примере Мурманской области. Российский педиатрический журнал. 2014; 17(5): 39–42.
 16. Перхов В.И. Программа государственных гарантий как инструмент обеспечения социальных прав государства в сфере охраны здоровья граждан. Менеджер здравоохранения. 2018; 5: 6–12.
 17. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.11.2014 № 15-4/10/2-8757 «О направлении методического письма «Совершенствование трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде». Доступен по: <https://base.garant.ru/71206458/?> (дата обращения 05.04.2023).
 18. Полупина Н.В., Шмелев И.А., Коновалов О.Е. Информационная доступность врачей-педиатров по этико-правовым вопросам оказания медицинской помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2016; 24(3): 132–6. DOI: 10.1016/0869-866X-2016-24-3-132-136.
 19. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24.12.2020 № 44 «Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг». Доступен по: <https://docs.cntd.ru/document/573275590> (дата обращения 06.04.2023).
 20. Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Доступен по: <https://base.garant.ru/71848440/?ysclid=lgankamfpo238807105> (дата обращения 06.04.2023).
 21. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.12.2004 № 308 г. «О вопросах организации деятельности перинатальных центров». Доступен по: <https://base.garant.ru/4180707/?> (дата обращения 06.04.2023).
 22. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 15.12.1988 № 881 «О создании перинатальных центров в нашей стране». Доступен по: https://zakon.today/pediatrica_1044/neonatologicheskaya-služba-rossijskoy-100125.html (дата обращения 06.04.2023).
 23. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Доступен по: <https://base.garant.ru/4180707/?>

- ru/70352632/?ysclid=11ncqylmks (дата обращения 06.04.2023).
24. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 02.10.2009 № 808н «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи». Доступен по: <https://docs.cntd.ru/document/902182541> (дата обращения 06.04.2023).
 25. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». Доступен по: <https://docs.cntd.ru/document/566162019> (дата обращения 06.04.2023).
 26. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология». Доступен по: <https://base.garant.ru/70293290/?ysclid=li7prgmsjx100740079> (дата обращения 06.04.2023).
 27. Прялухин И.А. Состояние и пути оптимизации работы областного перинатального центра (на примере Кольского Севера). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб.; 2014.
 28. Радзинский В.Е., Костин И.Н. Безопасное акушерство. Акушерство и гинекология. 2007; 5: 12–6.
 29. Распоряжение Правительства РФ от 09.12.2013 № 2302-р «Об утверждении Программы развития перинатальных центров в РФ». Доступен по: <https://base.garant.ru/70529232/?ysclid=lganhz79lu942154785> (дата обращения 06.04.2023).
 30. Рассказова В.Н., Кику П.Ф., Бондарь Г.Н. и др. Анализ эффективности деятельности перинатального центра в обеспечении качества медицинской помощи. Здравоохранение Российской Федерации. 2018; 62(6): 304–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-6-304-309>.
 31. Рюмина И.И., Нароган М.В., Орловская И.В. и др. Организация грудного вскармливания новорожденных в перинатальном центре (клинические рекомендации). Неонатология: новости, мнения, обучение. 2017; 4: 149–60.
 32. Савицкий А.Г., Иванов Д.О. Место перинатологии в современном перинатальном центре: теоретические и практические аспекты проблемы. Детская медицина Северо-Запада. 2012; 3(4): 4–11.
 33. Стародубов В.И., Щепин О.П. Общественное здоровье и здравоохранение: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014.
 34. Уварова Е.В. Состояние репродуктивного здоровья девочек-подростков и профилактические мероприятия, обеспечивающие его сохранение. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2002; 4: 11–5.
 35. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Доступен по: <https://base.garant.ru/71937200/?> (дата обращения 06.04.2023).
 36. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России: 2018–2024 гг. Что надо делать? Оргздрав: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018; 1(11): 9–16.
 37. Филатов В.Н., Хайруллин И.И., Кадыров Ф.Н. Процессный подход в управлении многопрофильным стационаром как инструмент повышения эффективности. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2015; 7(4): 84–93.
 38. Филькина О.М., Долотова Н.В., Андреюк О.Г., Воробьева Е.А. Заболеваемость недоношенных детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, к концу первого года жизни. Вестник Ивановской медицинской академии. 2010; 15(3): 49–53.
 39. Фролова О.Г., Гудимова В.В., Пугачева Т.Н. и др. Перинатальный центр в системе оказания акушерской и неонатальной помощи. Материалы IV Российского Форума «Мать и дитя». Ч. 1. М.; 2002: 123–5.
 40. Чумакова О.В., Филиппов О.С., Гусева Е.В. и др. О совершенствовании оказания медицинской помощи матерям и новорожденным на современном этапе. Вопросы современной педиатрии. 2008; 7(5): 16–9.
 41. Шувалова М.П., Письменская Т.В., Гребенник Т.К. Результативность третьего уровня системы регионализации перинатальной помощи в Российской Федерации. Социальные аспекты здоровья населения. 2017; 55(3). Доступ по: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/832/30/> (дата обращения 06.04.2023). DOI: 10.21045/2071-5021-2017-55-3-2.
 42. Юрьев В.К., Моисеева К.Е. Основы организации медицинской помощи детскому населению. СПб.: Сотис-Мед; 2021.
 43. Юрьев В.К., Харбедия Ш.Д., Моисеева К.Е. и др. Алгоритмы расчета деятельности медицинских организаций. СПб.: Сотис-Мед; 2019.
 44. Moiseeva K.E., Alekseeva A.V., Iurev V.K. et al. Some aspects of evaluation of vaccine prophylaxis organization in obstetric hospitals and childrens polyclinics. EurAsian Journal of BioSciences. 2020; 14(1): 607–12.

REFERENCES

1. Aberkhaeva L.S. Nauchno-metodicheskoye obosnovaniye organizatsii mezhrayonnogo tsentra perinatal'noy meditsiny. [Scientific and methodological substantiation of the organization of the interdistrict center of perinatal medicine]. PhD thesis. Kazan', 2012 (in Russian).
2. Antonov O.V. Nauchnyye, metodicheskiye i organizatsionnyye podkhody k profilaktike vrozhdennykh porokov razvitiya u detey. [Scientific, methodological and organizational approaches to the prevention of congenital malformations in children]. PhD thesis. Omsk; 2007 (in Russian).

3. Baranov A.A., Al'bitskiy V.Yu. Sostoyaniye zdorov'ya detey Rossii, priority yego sokhraneniya i ukrepleniya. [The state of health of children in Russia, the priorities of its preservation and strengthening]. Kazanskiy meditsinskiy zhurnal. 2018; 99(4): 698–705 (in Russian). DOI: 10.17816/KMJ2018-698.
4. Baranov A.A., Ignat'yeva R.K. Problema nedoucheta perinatal'nykh poter'. Smertnost' detskogo naseleniya Rossii. [The problem of underestimation of perinatal losses. Mortality of the child population of Russia]. Seriya "Sotsial'naya pediatriya". Vypusk 1. Moskva: Littera Publ.; 2007 (in Russian).
5. Burduli G.M., Frolova O.G. Reproktivnyye poteri. [Reproductive losses]. Moskva: Triada X Publ.; 1997 (in Russian).
6. Burmistrova T.I. Organizatsiya sluzhby okhrany zdorov'ya materi i rebenka i sovremennyye tekhnologii snizheniya fetoinfantil'nykh poter' v Primorskom krae. [Organization of maternal and child health services and modern technologies for reducing fetoinfantile losses in Primorsky Krai]. PhD thesis. Moskva; 2006 (in Russian).
7. Gur'yev D.L., Olendar' N.V., Okhapkin M.B. i dr. Rol' perinatal'nogo tsentra v regionalizatsii perinatal'noy pomoshchi pri prezhdvremennykh rodakh v Yaroslavskoy oblasti. [The role of the perinatal center in the regionalization of perinatal care for preterm birth in the Yaroslavl region]. Mat' i ditya. 2018; 74(3): 54–9 (in Russian).
8. Denisov A.P. Mediko-sotsial'nyye aspekty formirovaniya zdorov'ya detey rannego vozrasta. [Medico-social aspects of the formation of the health of young children]. PhD thesis. Nauk. Moskva; 2018 (in Russian).
9. Konovalov O.Ye., Kharitonov A.K. Sovremennyye tendentsii perinatal'noy i neonatal'noy smertnosti v Moskovskoy oblasti. [Current trends in perinatal and neonatal mortality in the Moscow region]. Vestnik Rossiyskogo universiteta družby narodov. Seriya "Meditsina". 2016; 1: 135–40 (in Russian).
10. Kuznetsov D.V. K voprosu o sovershenstvovanii trekhurovney sistema okazaniya perinatal'noy pomoshchi. [On the issue of improving the three-level system of perinatal care]. Sciences of Europe. 2018; 25: 43–7 (in Russian). DOI: 10.15690/pf.v15i2.1872.
11. Lebedeva O.V. Zabolevayemost' i smertnost' detey s ochen' nizkoy i ekstremal'no nizkoy massoy tela pri rozhdenii: faktory riska i puti snizheniya. [Morbidity and mortality in children with very low and extremely low birth weight: risk factors and ways to reduce]. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2015; 2(3–2). Available at: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-2/5124.pdf> (accessed: 06.04.2023) (in Russian). DOI: 10.12737/11200.
12. Manishchenkov S.N. Organizatsiya meditsinskoy evakuatsii novorozhdennykh vysokogo perinatal'nogo riska. [Organization of medical evacuation of newborns of high perinatal risk]. Avitsenna. 2018; 15: 56–60 (in Russian). DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic1046>.
13. Moiseeva K.Ye. Sostoyaniye i puti sovershenstvovaniya organizatsii meditsinskoy pomoshchi novorozhdenным v organizatsiyakh rodovspomozheniya. [Status and ways to improve the organization of medical care for newborns in obstetric organizations]. Diss. ... d-ra med. nauk. Sankt-Peterburg; 2021 (in Russian).
14. Nizamova A.F. Vliyaniye fakticheskogo pitaniya beremennykh zhenshchin na plod v razlichnykh sotsial'nykh gruppakh. [The impact of the actual nutrition of pregnant women on the fetus in different social groups]. Materialy IV Rossiyskogo Forumy «Mat' i ditya». Tezisy dokladov. Chast' 1. Moskva; 2002: 431–2 (in Russian).
15. Orel V.I., Sereda V.M., Pryalukhin I.A. Vliyaniye deystvuyushchego perinatal'nogo tsentra na pokazateli perinatal'noy, ranney neonatal'noy i mladencheskoy smertnosti v regione na primere Murmanskoy oblasti. [Influence of the current perinatal center on perinatal, early neonatal and infant mortality rates in the region on the example of the Murmansk region]. Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal. 2014; 17(5): 39–42 (in Russian).
16. Perkhov V.I. Programma gosudarstvennykh garantiy kak instrument obespecheniya sotsial'nykh prav gosudarstva v sfere okhrany zdorov'ya grazhdan. [The program of state guarantees as a tool for ensuring the social rights of the state in the field of protecting the health of citizens]. Menedzher zdravookhraneniya. 2018; 5: 6–12 (in Russian).
17. Pis'mo Ministerstva Zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 20.11.2014 № 15-4/10/2-8757 «O napravlenii metodicheskogo pis'ma «Sovershenstvovaniye trekhurovney sistema okazaniya meditsinskoy pomoshchi zhenshchinam v period beremennosti, rodov i v poslerodovom periode». [On sending a methodological letter "Improving the three-level system of providing medical care to women during pregnancy, childbirth, and the postpartum period"]. Available at: <https://base.garant.ru/71206458/?> (accessed: 05.04.2023) (in Russian).
18. Polunina N.V., Shmelev I.A., Konovalov O.Ye. Informatsionnaya dostupnost' vrachey-pediatrov po etiko-pravovym voprosam okazaniya meditsinskoy pomoshchi. [Information accessibility of pediatricians on ethical and legal issues of medical care]. Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2016; 24(3): 132–6 (in Russian). DOI: 10.1016/0869-866X-2016-24-3-132-136.
19. Postanovleniye Glavnogo gosudarstvennogo sanitarnogo vracha Rossiyskoy Federatsii ot 24.12.2020 № 44 "Ob utverzhdenii sanitarnykh pravil SP 2.1.3678-20 Sanitarno-epidemiologicheskkiye trebovaniya k ekspluatatsii pomeshcheniy, zdaniy, sooruzheniy, oborudovaniya i transporta, a takzhe usloviyam deyatelnosti khozyaystvuyushchikh sub'yektov, osushchestvlyayushchikh prodazhu tovarov, vypolneniye rabot ili okazaniye uslug". [Sanitary and epidemiological requirements for the ope-

- ration of premises, buildings, structures, equipment and transport, as well as the conditions for the operation of business entities, engaged in the sale of goods, the performance of works or the provision of services]. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/573275590> (accessed: 06.04.2023) (in Russian).
20. Postanovleniye Pravitel'stva RF ot 26.12.2017 № 1640 "Ob utverzhdenii gosudarstvennoy programmy Rossiyskoy Federatsii «Razvitiye zdravookhraneniya»". [On Approval of the State Program of the Russian Federation "Health Development"]. Available at: <https://base.garant.ru/71848440/?ysclid=lgankamfpo238807105> (accessed: 06.04.2023) (in Russian).
 21. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya i sotsial'nogo razvitiya Rossiyskoy Federatsii ot 09.12.2004 № 308 g. "O voprosakh organizatsii deyatelnosti perinatal'nykh tsentrov". [On the organization of the activities of perinatal centers]. Available at: <https://base.garant.ru/4180707/?> (accessed: 06.04.2023) (in Russian).
 22. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya SSSR ot 15.12.1988 № 881 O sozdanii perinatal'nykh tsentrov v nashey strane. [On the establishment of perinatal centers in our country]. Available at: https://zakon.today/pediatric_1044/neonatologicheskaya-slujba-rossiyskoy-100125.html (accessed: 06.04.2023) (in Russian).
 23. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 01.11.2012 № 572n "Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoy pomoshchi po profilu «akusherstvo i ginekologiya» (za isklyucheniym ispol'zovaniya vspomogatel'nykh reproduktivnykh tekhnologiy)". [On approval of the Procedure for the provision of medical care in the field of obstetrics and gynecology (with the exception of the use of assisted reproductive technologies)]. Available at: <https://base.garant.ru/70352632/?ysclid=l1ncqylmks> (accessed: 06.04.2023) (in Russian).
 24. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya i sotsial'nogo razvitiya RF ot 02.10.2009 № 808n "Ob utverzhdenii poryadka okazaniya akushersko-ginekologicheskoy pomoshchi". [On approval of the procedure for providing obstetric and gynecological care]. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/902182541> (accessed: 06.04.2023) (in Russian).
 25. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 20.10.2020 № 1130n "Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoy pomoshchi po profilu «akusherstvo i ginekologiya»". [On approval of the Procedure for the provision of medical care in the field of obstetrics and gynecology]. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/566162019> (accessed: 06.04.2023) (in Russian).
 26. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 15.11.2012 g. № 921n «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoy pomoshchi po profilu «neonatologiya» [On approval of the Procedure for the provision of medical care in the neonatology profile]. Available at: <https://base.garant.ru/70293290/?ysclid=li7prgmsjx100740079> (accessed: 06.04.2023) (in Russian).
 27. Pryalukhin I.A. Sostoyaniye i puti optimizatsii raboty oblastnogo perinatal'nogo tsentra (na primere Kol'skogo Severa). [State and ways of optimizing the work of the regional perinatal center (on the example of the Kola North)]. PhD thesis. Sankt-Peterburg; 2014 (in Russian).
 28. Radzinskiy V.Ye., Kostin I.N. Bezopasnoye akusherstvo. [Safe obstetrics]. Akusherstvo i ginekologiya. 2007; 5: 12–6 (in Russian).
 29. Rasporyazheniye Pravitel'stva RF ot 09.12.2013 № 2302-r "Ob utverzhdenii Programmy razvitiya perinatal'nykh tsentrov v RF". [On Approval of the Program for the Development of Perinatal Centers in the Russian Federation]. Available at: <https://base.garant.ru/70529232/?ysclid=lganhz79lu942154785> (accessed: 06.04.2023) (in Russian).
 30. Rasskazova V.N., Kiku P.F., Bondar' G.N. i dr. Analiz effektivnosti deyatelnosti perinatal'nogo tsentra v obespechenii kachestva meditsinskoy pomoshchi. [Analysis of the effectiveness of the perinatal center in ensuring the quality of medical care]. Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii. 2018; 62(6): 304–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-6-304-309> (in Russian).
 31. Ryumina I.I., Narogan, M.V., Orlovskaya I.V. i dr. Organizatsiya grudnogo vskarmlivaniya novorozhdennykh v perinatal'nom tsentre (klinicheskiye rekomendatsii). [Organization of breastfeeding of newborns in the perinatal center (clinical recommendations)]. Neonatologiya: novosti, mneniya, obucheniye. 2017; 4: 149–60 (in Russian).
 32. Savitskiy A.G., Ivanov D.O. Mesto perinatologii v sovremennom perinatal'nom tsentre: teoreticheskiye i prakticheskiye aspekty problemy. [The place of perinatology in the modern perinatal center: theoretical and practical aspects of the problem]. Detskaya meditsina Severo-Zapada. 2012; 3(4): 4–11. (in Russian).
 33. Starodubov V.I., Shchepin O.P. Obshchestvennoye zdorov'ye i zdravookhraneniye: natsional'noye rukovodstvo. [Public health and health care: a national guide]. Moskva: GEOTAR-Media Publ.; 2014 (in Russian).
 34. Uvarova Ye.V. Sostoyaniye reproduktivnogo zdorov'ya devochek-podrostkov i profilakticheskiye meropriyatiya, obespechivayushchiye yego sokhraneniye. [The state of reproductive health of adolescent girls and preventive measures to ensure its preservation]. Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii. 2002; 4: 11–15 (in Russian).
 35. Ukaz Prezidenta Rossiyskoy Federatsii ot 07.05.2018 № 204 "O natsional'nykh tselyakh i strategicheskikh zadachakh razvitiya Rossiyskoy Federatsii na period do 2024 goda". [On the national goals and strategic objectives of the development of the Russian Federation for

- the period up to 2024]. Available at: <https://base.garant.ru/71937200/> (accessed: 06.04.2023) (in Russian).
36. Ulumbekova G.E. Zdravookhraneniye Rossii: 2018–2024 gg. Chto nado delat'? [Healthcare in Russia: 2018–2024. What to do?]. Orgzdrav: Novosti. Mneniya. Obucheniye. Vestnik VSHOUZ. 2018; 1(11): 9–16 (in Russian).
37. Filatov V.N., Khayrullin I.I., Kadyrov F.N. Protsessnyy podkhod v upravlenii mnogoprofil'nym statsionarom kak instrument povysheniya effektivnosti. [Process approach in the management of a multidisciplinary hospital as a tool to improve efficiency]. Vestnik Severo-Zapadnogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta im. I.I. Mechnikova. 2015; 7(4): 84–93 (in Russian).
38. Fil'kina O.M., Dolotova N.V., Andreyuk O.G., Vorob'yeva Ye.A. Zbolelavayemost' nedonoshennykh detey, rodivshikhsya s ochen' nizkoy i ekstremal'no nizkoy massoy tela, k kontsu pervogo goda zhizni. [The incidence of premature babies born with very low and extremely low body weight by the end of the first year of life]. Vestnik Ivanovskoy meditsinskoy akademii. 2010; 15(3): 49–53 (in Russian).
39. Frolova O.G., Gudimova V.V., Pugacheva T.N. i dr. Perinatal'nyy tsentr v sisteme okazaniya akusherskoy i neonatal'noy pomoshchi. [Perinatal center in the system of obstetric and neonatal care]. Materialy IV Rossiyskogo Foruma «Mat' i ditya». Ch. 1. Moskva; 2002: 123–5 (in Russian).
40. Chumakova O.V., Filippovu O.S., Guseva Ye.V. i dr. O sovershenstvovanii okazaniya meditsinskoy pomoshchi materyam i novorozhdennym na sovremennom etape. [On improving the provision of medical care to mothers and newborns at the present stage]. Voprosy sovremennoy pediatrii. 2008; 7(5): 16–9 (in Russian).
41. Shuvalova M.P., Pis'menskaya T.V., Grebennik T.K. Rezul'tativnost' tret'yego urovnya sistemy regionalizatsii perinatal'noy pomoshchi v Rossiyskoy Federatsii. [The effectiveness of the third level of the system of regionalization of perinatal care in the Russian Federation]. Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya. 2017; 55(3). Available at <http://vestnik.mednet.ru/content/view/832/30/> (accessed: 06.04.2023) (in Russian). DOI: 10.21045/2071-5021-2017-55-3-2.
42. Yur'yev V.K., Moiseyeva K.Ye. Osnovy organizatsii meditsinskoy pomoshchi detskomu naseleniyu. [Fundamentals of the organization of medical care for the children's population]. Sankt-Peterburg: Sotis-Med Publ.; 2021 (in Russian).
43. Yur'yev V.K., Kharbediya Sh.D., Moiseyeva K.Ye. i dr. Algoritmy rascheta deyatel'nosti meditsinskikh organizatsiy. [Algorithms for calculating the activities of medical organizations]. Sankt-Peterburg: Sotis-Med Publ.; 2019 (in Russian).
44. Moiseeva K.E., Alekseeva A.V., Iurev V.K. et al. Some aspects of evaluation of vaccine prophylaxis organization in obstetric hospitals and childrens polyclinics. EurAsian Journal of BioSciences. 2020; 14(1): 607–12.

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

Утв. приказом и.о. ректора
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России от 23.06.16

НАСТОЯЩИЕ ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗДАТЕЛЬСКИМ ДОГОВОРОМ

Условия настоящего Договора (далее «Договор») являются публичной офертой в соответствии с п. 2 ст. 437 Гражданского кодекса Российской Федерации. Данный Договор определяет взаимоотношения между редакцией журнала «Medicine and health care organization / Медицина и организация здравоохранения» (далее по тексту «Журнал»), зарегистрированного Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Северо-Западному федеральному округу 17 мая 2016 года, свидетельство ПИ № ТУ78–01872, именуемой в дальнейшем «Редакция» и являющейся структурным подразделением ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, и автором и/или авторским коллективом (или иным правообладателем), именуемым в дальнейшем «Автор», принявшим публичное предложение (оферту) о заключении Договора.

Автор передает Редакции для издания авторский оригинал или рукопись. Указанный авторский оригинал должен соответствовать требованиям, указанным в разделах «Представление рукописи в журнал», «Оформление рукописи». При рассмотрении полученных авторских материалов Журнал руководствуется «Едиными требованиями к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» (Intern. committee of medical journal editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals // Ann. Intern. Med. 1997; 126: 36–47).

В Журнале печатаются ранее не опубликованные работы по профилю Журнала.

Журнал не рассматривает работы, результаты которых по большей части уже были опубликованы или описаны в статьях, представленных или принятых для публикации в другие печатные или электронные средства массовой информации.

Представляя статью, автор всегда должен ставить редакцию в известность обо всех направлениях этой статьи в печать и о предыдущих публикациях, которые могут рассматриваться как множественные или дублирующие публикации той же самой или очень близкой работы. Автор должен уведомить редакцию о том, содержит ли статья уже опубликованные материалы и предоставить ссылки на предыдущую, чтобы дать редакции возможность принять решение, как поступить в данной ситуации. Не принимаются к печати статьи, представляющие собой отдельные этапы незавершенных исследований, а также статьи с нарушением «Правил и норм гуманного обращения с биообъектами исследований».

Размещение публикаций возможно только после получения положительной рецензии.

Все статьи, в том числе статьи аспирантов и докторантов, публикуются бесплатно.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РУКОПИСИ В ЖУРНАЛ

Авторский оригинал принимает редакция. Подписанная Автором рукопись должна быть отправлена в адрес редакции по электронной почте на адрес medorgspb@yandex.ru или lt2007@inbox.ru. Автор должен отправить конечную версию рукописи и дать файлу название, состоящее из фамилии первого автора и первых 2–3 сокращенных слов из названия статьи. Информацию об оформлении можно уточнить на сайте: http://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/Medicine_organization.

СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

К авторскому оригиналу необходимо приложить экспертное заключение о возможно-

сти опубликования в открытой печати (бланк можно скачать на сайте <https://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/>).

Рукопись считается поступившей в Редакцию, если она представлена комплектно и оформлена в соответствии с описанными требованиями. Предварительное рассмотрение рукописи, не заказанной Редакцией, не является фактом заключения между сторонами издательского Договора.

При представлении рукописи в Журнал Авторы несут ответственность за раскрытие своих финансовых и других конфликтных интересов, способных оказать влияние на их работу. В рукописи должны быть упомянуты все лица и организации, оказавшие финансовую поддержку (в виде грантов, оборудования, лекарств или всего этого вместе), а также другое финансовое или личное участие.

АВТОРСКОЕ ПРАВО

Редакция отбирает, готовит к публикации и публикует переданные Авторами материалы. Авторское право на конкретную статью принадлежит авторам статьи. Авторский гонорар за публикации статей в Журнале не выплачивается. Автор передает, а Редакция принимает авторские материалы на следующих условиях:

- 1) Редакции передается право на оформление, издание, передачу Журнала с опубликованным материалом Автора для целей реферирования статей из него в Реферативном журнале ВИНТИ, РНИЦ и базах данных, распространение Журнала/авторских материалов в печатных и электронных изданиях, включая размещение на выбранных либо созданных Редакцией сайтах в сети Интернет в целях доступа к публикации в интерактивном режиме любого заинтересованного лица из любого места и в любое время, а также на распространение Журнала с опубликованным материалом Автора по подписке;
- 2) территория, на которой разрешается использовать авторский материал, — Российская Федерация и сеть Интернет;
- 3) срок действия Договора — 5 лет. По истечении указанного срока Редакция оставляет за собой, а Автор подтверждает бессрочное право Редакции на продолжение размещения авторского материала в сети Интернет;
- 4) Редакция вправе по своему усмотрению без каких-либо согласований с Автором заключать договоры и соглашения с третьими лицами, направленные на дополнительные меры по защите авторских и издательских прав;

- 5) Автор гарантирует, что использование Редакцией предоставленного им по настоящему Договору авторского материала не нарушит прав третьих лиц;
- 6) Автор оставляет за собой право использовать предоставленный по настоящему Договору авторский материал самостоятельно, передавать права на него по договору третьим лицам, если это не противоречит настоящему Договору;
- 7) Редакция предоставляет Автору возможность безвозмездного получения справки с электронными адресами его официальной публикации в сети Интернет;
- 8) при перепечатке статьи или ее части ссылка на первую публикацию в Журнале обязательна.

ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА И ИЗМЕНЕНИЯ ЕГО УСЛОВИЙ

Заключением Договора со стороны Редакции является опубликование рукописи данного Автора в журнале «Medicine and health care organization / Медицина и организация здравоохранения» и размещение его текста в сети Интернет. Заключением Договора со стороны Автора, т. е. полным и безоговорочным принятием Автором условий Договора, является передача Автором рукописи и экспертного заключения.

ОФОРМЛЕНИЕ РУКОПИСИ

Редакция журнала приветствует полностью двуязычные статьи.

Статья должна иметь (НА РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ):

1. Заглавие (Title). Должно быть кратким (не более 120 знаков), точно отражающим содержание статьи.
2. Сведения об авторах (публикуются). Для каждого автора указываются: фамилия, имя и отчество, место работы, почтовый адрес места работы, e-mail, ORCID. Фамилии авторов рекомендуется транслитерировать так же, как в предыдущих публикациях или по системе BGN (Board of Geographic Names), см. сайт <http://www.translit.ru>.
3. Резюме (Summary) (1500–2000 знаков, или 200–250 слов) помещают перед текстом статьи. Резюме не требуется при публикации рецензий, отчетов о конференциях, информационных писем.

Авторское резюме к статье является основным источником информации в отечественных и зарубежных информационных системах и базах данных, индексирующих журнал. Резюме

доступно на сайте журнала «Medicine and health care organization / Медицина и организация здравоохранения» и индексируется сетевыми поисковыми системами. Из аннотации должна быть понятна суть исследования, нужно ли обращаться к полному тексту статьи для получения более подробной, интересующей его информации. Резюме должно излагать только существенные факты работы.

Рекомендуемая структура аннотации: введение (Background), цели и задачи (Purposes and tasks), методы (Materials and methods), результаты (Results), выводы (Conclusion). Предмет, тему, цель работы нужно указывать, если они не ясны из заглавия статьи; метод или методологию проведения работы целесообразно описывать, если они отличаются новизной или представляют интерес с точки зрения данной работы. Объем текста авторского резюме определяется содержанием публикации (объемом сведений, их научной ценностью и/или практическим значением) и должен быть в пределах 200–250 слов (1500–2000 знаков).

4. Ключевые слова (Key words) — от 3 до 10 ключевых слов или словосочетаний, которые будут способствовать правильному перекрестному индексированию статьи, помещаются под резюме с подзаголовком «ключевые слова». Используйте термины из списка медицинских предметных заголовков (Medical Subject Headings), приведенного в Index Medicus (если в этом списке еще отсутствуют подходящие обозначения для недавно введенных терминов, выберите наиболее близкие из имеющихся). Ключевые слова разделяются точкой с запятой.
5. Заголовки таблиц, подписи к рисункам, а также все тексты на рисунках и в таблицах должны быть на русском и английском языках.
6. Литература (References). Список литературы должен представлять полное библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с NLM (National Library of Medicine) Author A.A., Author B.B., Author C.C. Title of article. Title of Journal. 2005;10(2):49–53. Фамилии и инициалы авторов в пристатейном списке приводятся в алфавитном порядке, сначала русского, затем латинского алфавита. В описании указываются ВСЕ авторы публикации. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрой в квадратных скобках. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

Книга: Автор(ы) название книги (знак точка) место издания (двоеточие) название издательства (знак точка с запятой) год издания.

Если в качестве автора книги выступает редактор, то после фамилии следует ред.

Преображенский Б.С., Темкин Я.С., Лихачев А.Г. Болезни уха, горла и носа. М.: Медицина; 1968.

Радзинский В.Е., ред. Перинеология: учебное пособие. М.: РУДН; 2008.

Brandenburg J.H., Ponti G.S., Worring A.F. eds. Vocal cord injection with autogenous fat. 3rd ed. NY: Mosby; 1998.

Глава из книги: Автор (ы) название главы (знак точка) В кн.: или In: далее описание книги [Автор (ы) название книги (знак точка) место издания (двоеточие) название издательства (знак точка с запятой) год издания] (двоеточие) стр. от и до.

Коробков Г.А. Темп речи. В кн.: Современные проблемы физиологии и патологии речи: сб. тр. Т. 23. М.; 1989: 107–11.

Статья из журнала

Автор (ы) название статьи (знак точка) название журнала (знак точка) год издания (знак точка с запятой) том (если есть в круглых скобках номер журнала) затем знак (двоеточие) страницы от и до.

Кирющенко А.П., Совчи М.Г., Иванова П. С. Поликистозные яичники. Акушерство и гинекология. 1994; N 1: 11–4.

Brandenburg J. H., Ponti G. S., Worring A. F. Vocal cord injection with autogenous fat: a long-term magnetic resona. Laryngoscope. 1996; 106 (2, pt 1): 174–80.

Тезисы докладов, материалы научных конф.

Бабий А.И., Левашов М.М. Новый алгоритм нахождения кульминации экспериментального нистагма (миниметрия). III съезд оториноларингологов Респ. Беларусь: тез. докл. Минск; 1992: 68–70.

Салов И.А., Маринушкин Д.Н. Акушерская тактика при внутриутробной гибели плода. В кн.: Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». М.; 2000; ч. 1: 516–9.

Авторефераты

Петров С.М. Время реакции и слуховая адаптация в норме и при периферических поражениях слуха. Автореф. дис... канд. мед. наук. СПб.; 1993.

Описание интернет-ресурса

Щеглов И. Насколько велика роль микрофлоры в биологии вида-хозяина? Живые системы: научный электронный журнал. Доступен по: http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat_id=396&d_no=3576 (дата обращения 02.07.2012).

Kealy M.A., Small R.E., Liamputtong P. Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia. BMC

Pregnancy and Childbirth. 2010. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/47/>. (accessed 11.09.2013).

Для всех статей, имеющих DOI, индекс необходимо указывать в конце библиографического описания.

По новым правилам, учитывающим требования международных систем цитирования, библиографические списки (References) входят в англоязычный блок статьи и, соответственно, должны даваться не только на языке оригинала, но и в латинице (романским алфавитом). Поэтому авторы статей должны давать список литературы в двух вариантах: один на языке оригинала (русскоязычные источники кириллицей, англоязычные латиницей), как было принято ранее, и отдельным блоком тот же список литературы (References) в романском алфавите для Scopus и других международных баз данных, повторяя в нем все источники литературы, независимо от того, имеются ли среди них иностранные. Если в списке есть ссылки на иностранные публикации, они полностью повторяются в списке, готовящемся в романском алфавите.

В романском алфавите для русскоязычных источников требуется следующая структура библиографической ссылки: автор(ы) (транслитерация), перевод названия книги или статьи на английский язык, название источника (транслитерация), выходные данные в цифровом формате, указание на язык статьи в скобках (in Russian).

Технология подготовки ссылок с использованием системы автоматической транслитерации и переводчика.

На сайте <http://www.translit.ru> можно бесплатно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу. Программа очень простая.

1. Входим в программу Translit.ru. В окошке «варианты» выбираем систему транслитерации BGN (Board of Geographic Names). Вставляем в специальное поле весь текст библиографии на русском языке и нажимаем кнопку «в транслит».
2. Копируем транслитерированный текст в готовящийся список References.
3. Переводим с помощью автоматического переводчика название книги, статьи, постановления и т.д. на английский язык, переносим его в готовящийся список. Перевод, безусловно, требует редактирования, поэтому данную часть необходимо готовить человеку, понимающему английский язык.

4. Объединяем описания в соответствии с принятыми правилами и редактируем список.
5. В конце ссылки в круглых скобках указывается (in Russian). Ссылка готова.

Примеры транслитерации русскоязычных источников литературы для англоязычного блока статьи

Книга: Avtor (y) Nazvanie knigi (znak tochka) [The title of the book in english] (znak tochka) Mesto izdaniya (dvoetochie) Nazvanie izdatel'stva (znak tochka s zapyatoy) god izdaniya.

Preobrazhenskiy B. S., Temkin Ya. S., Likhachev A. G. Bolezni ukha, gorla i nosa. [Diseases of the ear, nose and throat]. M.: Meditsina; 1968. (in Russian).

Radzinskiy V. E., ed. Perioneologiya: uchebnoe posobie. [Perineology tutorial]. M.: RUDN; 2008. (in Russian).

Глава из книги: Avtor (y) Nazvanie glavy (znak tochka) [The title of the article in english] (znak tochka) In: Avtor (y) Nazvanie knigi (znak tochka) Mesto izdaniya (dvoetochie) Nazvanie izdatel'stva (znak tochka s zapyatoy) god izdaniya]. (dvoetochie) stranisi ot i do.

Korobkov G. A. Temp rechi. [Rate of speech]. In.: Sovremennyye problemy fiziologii i patologii rechi: sb. tr. T. 23. M.; 1989: 107–11. (in Russian).

Статья из журнала: Avtor (y) Nazvanie stat'i (znak tochka) [The title of the article in english] (znak tochka) Nazvanie zhurnala (znak tochka) god izdaniya (znak tochka s zapyatoy) tom (esli est' v kruglykh skobkakh nomer zhurnala) zatem (znak dvoetochie) stranitsy ot i do.

Kiryushchenkov A. P., Sovchi M. G., Ivanova P. S. Polikistoznye yaichniki. [Polycystic ovary]. Akusherstvo i ginekologiya. 1994; N 1: 11–4. (in Russian).

Тезисы докладов, материалы научных конф.

Babiy A. I., Levashov M. M. Novyy algoritn nakhozhdeniya kul'minatsii eksperimental'nogo nistagma (minimetriya). [New algorithm of finding of the culmination experimental nystagmus (minimetriya)]. III s'ezd otorinolaringologov Resp. Belarus': tez. dokl. Minsk; 1992: 68–70. (in Russian).

Salov I. A., Marinushkin D. N. Akusherskaya taktika pri vnutriutrobnoy gibeli ploda. [Obstetric tactics in intrauterine fetal death]. In: Materialy IV Rossiyskogo foruma «Mat' i ditya». M.; 2000; ch.1:516–9. (in Russian).

Авторефераты

Petrov S. M. Vremya reaktsii i slukhovaya adaptatsiya v norme i pri perifericheskikh porazheniyakh slukha. [Time of reaction and acoustical adaptation in norm and at peripheral defeats of hearing]. PhD thesis. SPb.; 1993. (in Russian).

Описание интернет-ресурса

Shcheglov I. *Naskol'ko velika rol' mikroflory v biologii vida-khozyaina?* [How great is the microflora role in type-owner biology?]. *Zhivye sistemy: nauchnyy elektronnyy zhurnal*. Available at: http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat_id=396&d_no=3576 (accessed 02.07.2012). (in Russian).

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ НЕСЕТ АВТОР.

Остальные материалы предоставляются либо на русском, либо на английском языке, либо на обоих языках по желанию.

Структура основного текста статьи.

Введение, изложение основного материала, заключение, литература. Для оригинальных исследований — введение, методика, результаты исследования, обсуждение результатов, литература.

В разделе «методика» обязательно указываются сведения о статистической обработке экспериментального или клинического материала. Единицы измерения даются в соответствии с Международной системой единиц — СИ. Фамилии иностранных авторов, цитируемые в тексте рукописи, приводятся в оригинальной транскрипции.

В конце каждой статьи обязательно указываются вклад авторов в написание статьи, источники финансирования (если имеются), отсутствие конфликта интересов, наличие согласия на публикацию со стороны пациентов.

Объем рукописей.

Объем рукописи обзора не должен превышать 25 стр. машинописного текста через два интервала, 12 кеглем (включая таблицы, список литературы, подписи к рисункам и резюме на английском языке), поля не менее 25 мм. Нумеруйте страницы последовательно, начиная с титульной. Объем рукописи статьи экспериментального характера не должен превышать 15 стр. машинописного текста; кратких сообщений (писем в редакцию) — 7 стр.; отчетов о конференциях — 3 стр.; рецензий на книги — 3 стр. Используйте колонтитул — сокращенный заголовок и нумерацию страниц, для помещения сверху или внизу всех страниц статьи.

Иллюстрации и таблицы. Число рисунков рекомендуется не более 5. В подписях под рисунками должны быть сделаны объяснения значений всех кривых, букв, цифр и прочих условных обозначений. Все графы в таблицах должны иметь заголовки. Повторять одни и те же данные в тексте, на рисунках и в таблицах не следует. Рисунки, схемы, фотографии должны быть представлены в расчете на печать в черно-белом виде или уровнями серого в точечных форматах tif, bmp (300–600 dpi), или в векторных форматах pdf, ai, eps, cdr. При оформлении графических материалов учитывайте размеры печатного поля Журнала (ширина иллюстрации в одну колонку — 90 мм, в 2 — 180 мм). Масштаб 1:1.

РЕЦЕНЗИРОВАНИЕ

Статьи, поступившие в редакцию, обязательно рецензируются. Если у рецензента возникают вопросы, то статья с комментариями рецензента возвращается Автору. Датой поступления статьи считается дата получения Редакцией окончательного варианта статьи. Редакция оставляет за собой право внесения редакторских изменений в текст, не искажающих смысла статьи (литературная и технологическая правка).

АВТОРСКИЕ ЭКЗЕМПЛЯРЫ ЖУРНАЛА

Редакция обязуется выдать Автору 1 экземпляр Журнала на каждую опубликованную статью вне зависимости от числа авторов. Авторы, проживающие в Санкт-Петербурге, получают авторский экземпляр Журнала непосредственно в Редакции. Иногородним Авторам авторский экземпляр Журнала высылается на адрес автора по запросу от автора. Экземпляры спецвыпусков не отправляются авторам.

АДРЕС РЕДАКЦИИ

194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2
e-mail: medorgspb@yandex.ru.

Сайт журнала: http://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/Medicine_organization.