

ISSN 2658-4212
eISSN 2658-4220



MEDICINE
AND HEALTH CARE ORGANIZATION

2023, VOLUME 8, N 4

2023, ТОМ 8, № 4

МЕДИЦИНА
И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

MEDICINE AND HEALTH CARE ORGANIZATION

2023, VOLUME 8, N 4

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 ВИНИТИ

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. 18,5.

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 175. Дата выхода 29.12.2023.

В оформлении обложки использован фрагмент репродукции картины Л.Л. Буальи «Врач, прививающий маленького ребенка» (1807).

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 I.K. Romanovich Academician of the RAS

Проф., MD, PhD Prof., MD, PhD

Академик РАН, д.м.н., проф. Н.В. Полунина, Academician of the RAS,

Проф., MD, PhD (Moscow) Prof., MD, PhD (Moscow)

Член-корр. РАН, д.м.н., проф. А.П. Щербо A.P. Shcherbo, Corresponding Member of the

РАС, Prof., MD, PhD RAS, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. Ю.С. Александрович Yu.S. Aleksandrovich, Prof., MD, PhD

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

Д.м.н., проф. Е.Л. Борщук (Оренбург) E.L. Borshchuk, Prof., MD, PhD (Orenburg)

Д.м.н., проф. А.А. Гильманов A.A. Gilmanov, 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. Могилева 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)

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. Сулова G.A. Suslova, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. Н.Х. Шарафутдинова (Уфа) N.H. Sharafutdinova, Prof., MD, PhD (Ufa)

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, № 4

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

CONTENTS

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- Д.О. Иванов, К.Е. Моисеева, В.К. Юрьев,
К.С. Межидов, К.Г. Шевцова, А.В. Алексеева,
А.В. Яковлев, Ш.Д. Харбедия, М.Г. Карайланов,
О.И. Сергиенко, А.А. Заступова*
- Роль качества диспансерного наблюдения
в период беременности
в снижении младенческой смертности 4
- Т.Е. Бурцева, С.С. Слепцова, Н.М. Гоголев,
С.С. Слепцов, Л.Н. Афанасьева, В.И. Орел,
В.Г. Часнык*
- Особенности медицинской помощи
населению в арктических районах
Республики Саха (Якутия) 16
- А.Г. Асатрян, И.Л. Левченко, К.Д. Ермоленко,
А.Е. Никитина, Г.Л. Микиртичан, О.И. Кубарь*
- Вакцинация от COVID-19 глазами медицинских
работников — актуальный взгляд на проблему
профилактической медицины 24
- И.В. Колтунцева, Л.В. Сахно, С.В. Байрова,
И.М. Гайдук, А.Н. Растеряев, Е.Ю. Макарова,
М.О. Ревнова, Т.В. Мишкина, В.В. Грищенко,
О.Е. Волкова, В.К. Евдокимова, И.Т. Балаян,
Т.В. Полищук, А.В. Емельянова, Е.В. Каприор*
- Соответствие рациона школьников
принципам здорового питания.
Роль образовательных программ 42
- В.Ю. Старцев, Г.В. Кондратьев,
Н.И. Тяпкин, И.О. Белогорцев, П.С. Кондрашкин*
- К вопросу организации центров амбулаторной
онкологической помощи жителям
Ленинградской области 55
- В.В. Бибикова, В.Л. Эмануэль,
К.С. Клюковкин, Б.С. Наранов*
- Кадровое обеспечение службы клинической
лабораторной диагностики Санкт-Петербурга при
оказании первичной медико-санитарной помощи 66
- П.Г. Шнякин, А.В. Ботов, И.С. Усатова*
- Система менеджмента качества
в профилактике осложнений
и ошибок в нейрохирургии 77

ORIGINAL PAPERS

- D.O. Ivanov, K.E. Moiseeva, V.K. Yuriev,
K.S. Mezhdov, K.G. Shevtsova, A.V. Alekseeva,
A.V. Yakovlev, Sh.D. Kharbedia,
M.G. Karailanov, O.I. Sergienko, A.A. Zastupova*
- Importance of the quality of dispensary
observation during pregnancy
for reducing infant mortality 4
- T.E. Burtseva, S.S. Sleptsova, N.M. Gogolev,
S.S. Sleptsov, L.N. Afanasieva, V.I. Orel,
V.G. Chasnyk*
- Peculiar features of provision of medical care
to the population in the arctic regions
of the Republic of Sakha (Yakutia) 16
- A.G. Asatryan, I.L. Levchenko, K.D. Ermolenko,
A.E. Nikitina, G.L. Mikirtichan, O.I. Kubar*
- Vaccination against COVID-19 through the eyes
of medical workers — current view of the problem
preventive medicine 24
- I.V. Koltuntseva, L.V. Sakhno, S.V. Bairova,
I.M. Gaiduk, A.N. Rasteryaev, E.Yu. Makarova,
M.O. Revnova, T.V. Mishkina, V.V. Grishchenko,
O.E. Volkova, V.K. Evdokimova, I.T. Balayan,
T.V. Polishchuk, A.V. Emelyanova, E.V. Kaprior*
- Compliance of schoolchildren's diet
with the principles of healthy nutrition.
The role of educational programs 42
- V.Yu. Startsev, G.V. Kondratiev,
N.I. Tyapkin, I.O. Belogortsev, P.S. Kondrashkin*
- To the question of organization of outpatient
oncological care centers for residents
of the Leningrad Region 55
- V.V. Bibikova, V.L. Emanuel,
K.S. Klyukovkin, B.S. Naranov*
- Staffing of the clinical laboratory
service of Saint Petersburg in primary
health care delivery 66
- P.G. Shnyakin, A.V. Botov, I.S. Usatova*
- Quality management system
in the prevention of complications
and errors in neurosurgery 77

*Л.В. Кочорова, К.И. Шапиро,
О.А. Баженова, И.А. Соколов*

Организация нейрохирургической помощи
в крупном городе
(на примере г. Санкт-Петербург) 88

*L.V. Kochorova, K.I. Shapiro,
O.A. Bazhenova, I.A. Sokolov*

Organization of neurosurgical care
in a large city (on the example
of Saint Petersburg)..... 88

ГИГИЕНА

*В.И. Орел, В.Г. Пузырев, И.В. Васильева,
А.Г. Нефедова, О.М. Шепелева*

Особенности защиты прав потребителей
при дистанционном способе продажи товаров 103

HYGIENE

*V.I. Orel, V.G. Puzyrev, I.V. Vasilyeva,
A.G. Nefedova, O.M. Shepeleva*

Peculiar features of consumer protection
in the remote method of selling goods 103

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

*Г.Л. Микиртичан, Г.В. Соловьева,
И.Л. Станиславова, Н.Ю. Раевская*

Универсальный гений центрально-азиатского
возрождения (к 1050-летнему юбилею
Абу Райхана аль-Беруни).....111

HISTORY OF MEDICINE

*G.L. Mikirtichan, G.V. Solovyova,
I.L. Stanislavova, N.Yu. Raevskaya*

Universal genius of the central
asian renaissance (to the 1050th
anniversary of Abu Raykhan al-Beruni)111

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

Архитектура больниц Санкт-Петербурга:
от петровского барокко к хай-теку.
Часть II. Классицизм 118

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

Architecture of Saint Petersburg hospitals:
from petrovsky baroque
to hi-tech. Part II. Classicism 118

ИНФОРМАЦИЯ

Правила для авторов 144

INFORMATION

Rules for authors 144

УДК 614.2

DOI: 10.56871/МНСО.2023.28.69.001

РОЛЬ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ В СНИЖЕНИИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ

© Дмитрий Олегович Иванов¹, Карина Евгеньевна Моисеева¹,
Вадим Кузьмич Юрьев¹, Казбек Султанович Межидов¹, Ксения Георгиевна Шевцова¹,
Анна Владимировна Алексеева¹, Алексей Владимирович Яковлев¹,
Шалва Демнаевич Харбедия¹, Михаил Георгиевич Карайланов^{1, 2},
Ольга Игоревна Сергиенко¹, Анна Алексеевна Заступова¹

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

² Городская поликлиника № 19. 192238, Российская Федерация, Санкт-Петербург, ул. Пражская, д. 11

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., Юрьев В.К., Межидов К.С., Шевцова К.Г., Алексеева А.В., Яковлев А.В., Харбедия Ш.Д., Карайланов М.Г., Сергиенко О.И., Заступова А.А. Роль качества диспансерного наблюдения в период беременности в снижении младенческой смертности // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 4. С. 4–15. DOI: <https://doi.org/10.56871/МНСО.2023.28.69.001>

Поступила: 18.08.2023

Одобрена: 14.09.2023

Принята к печати: 15.12.2023

РЕЗЮМЕ. В Чеченской Республике, имеющей высокие значения младенческой смертности, темпы снижения показателей в среднем за последние пять лет составили 13,3%. С целью оценки влияния диспансерного наблюдения беременных в женских консультациях на младенческую смертность в республике был проведен анализ данных официальной статистики и сведений, полученных путем выкопировки из Формы № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» за 2018–2022 гг. Установлено, что за исследуемый период в женских консультациях Чеченской Республики имел место рост раннего охвата беременных диспансерным наблюдением на 15,6%, осмотрами терапевтом до 12 недель беременности — на 13,2%, УЗИ — на 26,0% и биохимическим скринингом — на 21,0%, что позволило к 2022 г. повысить уровень данных показателей до превышающих среднероссийские значения. В Чеченской Республике была ниже, чем в среднем в России, частота выявляемости существовавшей ранее гипертензии, осложняющей беременность и роды (в 5,2 раза), болезней системы кровообращения (в 2,2 раз), венозных осложнений (в 1,6 раза), сахарного диабета (в 28,9 раза), инфекций мочеполовых путей (в 3,7 раза) и предлежания плаценты, в том числе с кровотечением (в 1,7 раза). В то же время в регионе выше частота преэклампсии (средней тяжести и тяжелой) и анемии (в 2,4 раза), эклампсии во время беременности (в 1,3 раза) и преждевременной отслойки плаценты (в 1,4 раза). В республике с ростом выявляемости гипертензии в 2,5 раза (с 3,60 до 9,00‰), преэклампсии в 1,8 раза (с 55,02 до 101,42‰) и анемии в 1,8 раза (с 365,42 до 649,81‰) снизилась частота эклампсии в 1,4 раза (с 0,24 до 0,17‰) и венозных осложнений в 2,3 раза (с 33,30 до 14,80‰). Кроме того,

за пять лет в регионе в 1,8 раза выросла частота предлежания плаценты (с 2,59 до 4,56%), в 3,0 раза — сахарного диабета (с 2,59 до 4,56%) и в 2,5 раза — инфекций мочеполовых путей (с 6,20 до 15,30%). В Чеченской Республике, где наблюдается более низкий в сравнении со страной, удельный вес детей, родившихся с массой тела до 2500 грамм (в 1,5 раза), и высокий удельный вес нормальных родов (в 1,4 раза), в 1,7 раза реже выявляются врожденные пороки развития у плода и в 3,9 раза — женщины с отклонениями беременности. Таким образом, повышение качества диспансерного наблюдения беременных в женских консультациях Чеченской Республики оказало существенное влияние на снижение уровня младенческой смертности в регионе.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: младенческая смертность; недоношенность; женские консультации; Чеченская Республика; диспансерное наблюдение в период беременности; заболеваемость беременных; удельный вес нормальных родов.

IMPORTANCE OF THE QUALITY OF DISPENSARY OBSERVATION DURING PREGNANCY FOR REDUCING INFANT MORTALITY

© Dmitry O. Ivanov¹, Karina E. Moiseeva¹, Vadim K. Yuriev¹, Kazbek S. Mezhidov¹, Ksenia G. Shevtsova¹, Anna V. Alekseeva¹, Alexey V. Yakovlev¹, Shalva D. Kharbedia¹, Mikhail G. Karailanov^{1, 2}, Olga I. Sergienko¹, Anna A. Zastupova¹

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

³ City Polyclinic N 19. Prazhskaya 11, Saint Petersburg, Russian Federation, 192238

Contact information: Karina E. Moiseeva — Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Public Health and Healthcare. E-mail: karina-moiseeva@yandex.ru ORCID ID: 0000-0002-3476-5971 SPIN: 9105-6669

For citation: Ivanov DO, Moiseeva KE, Yuriev VK, Mezhidov KS, Shevtsova KG, Alekseeva AV, Yakovlev AV, Kharbedia ShD, Karailanov MG, Sergienko OI, Zastupova AA. Importance of the quality of dispensary observation during pregnancy for reducing infant mortality. *Medicine and health care organization (St. Petersburg)*. 2023;8(4):4-15. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.28.69.001>

Received: 18.08.2023

Revised: 14.09.2023

Accepted: 15.12.2023

ABSTRACT. In the Chechen Republic, which has high infant mortality rates, the average rate of decline in indicators over the past five years is fixed 13.3%. In order to assess the impact of dispensary observation of pregnant women in antenatal clinics on the level of infant mortality in the republic, the analysis of official statistics data and information obtained by copying from Form No. 32 “Information on medical care for pregnant women, women in labor and postpartum” for 2018–2022 was carried out. It was established that during the study period in antenatal clinics of the Chechen Republic an increase in early coverage of pregnant women with dispensary observation by 15.6%, examinations by a therapist before 12 weeks of pregnancy — by 13.2%, ultrasound procedure made — by 26.0% and biochemical screening — by 21.0% was achieved, which made it possible by 2022 to improve the level of these indicators to exceed the Russian average values. In the Chechen Republic, the frequency of detection of pre-existing hypertension complicating pregnancy and childbirth (5.2 times), diseases of the circulatory system (2.2 times), venous complications (1.6 times), diabetes mellitus (28.9 times), urinary tract infections (3.7 times) and placenta previa, including bleeding (1.7 times) is lower than the average in Russia. At the same time, the region has a higher incidence of preeclampsia (moderate and severe) and anemia (2.4 times), eclampsia during pregnancy (1.3 times) and premature placental abruption (1.4 times). In the republic, with an improvement in the detection of hypertension by 2.5 times (from 3.60 to 9.00%), preeclampsia by 1.8 times (from 55.02 to 101.42%) and anemia by 1.8 times (from 365.42 to 649.81%) the frequency of eclampsia decreased by 1.4 times (from 0.24 to 0.17%) and venous complications by 2.3 times (from 33.30% to 14.80%). In addition, over five years in the region, the incidence of placenta previa has increased 1.8 times (from 2.59 to 4.56%), cases of diabetes mellitus has increased 3.0 times (from 2.59 to 4.56%) and

2.5 times — cases of urinary tract infections (from 6.20 to 15.30%). In the Chechen Republic, where there is a lower proportion of children born with a body weight of up to 2500 grams (1.5 times) and a high proportion of normal births (1.4 times), 1.7 times less likely to detect congenital malformations in the fetus and 3.9 times less in women with pregnancy abnormalities. Thus, improvement of the quality of clinical observation of pregnant women in antenatal clinics of the Chechen Republic had a significant impact on reducing the infant mortality rate in the region.

KEY WORDS: infant mortality; prematurity; antenatal clinics; Chechen Republic; clinical observation during pregnancy; morbidity in pregnant women; proportion of normal births.

ВВЕДЕНИЕ

Приоритет охраны здоровья беременных женщин и детей является основополагающим принципом отечественного здравоохранения. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дети, независимо от их семейного и социального благополучия, подлежат особой охране, включая заботу об их здоровье и надлежащую правовую защиту в сфере охраны здоровья, и имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи [18]. В соответствии с действующим законодательством за органами государственной власти закрепляется обязанность по разработке и реализации программ, направленных на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний у детей и их родителей с целью сохранения здоровья детского населения и снижения уровня материнской и младенческой смертности [7]. Младенческая смертность является не только важным демографическим показателем, но и наиболее точно отражает уровень качества и доступности медицинской помощи детскому населению [4, 6]. На уровень смертности детей на первом году жизни оказывает влияние множество факторов, среди которых отдельное место занимают заболевания и патологические состояния, связанные с преждевременными родами и недоношенностью [1].

Совершенствование перинатальных технологий в российском здравоохранении повлекло в 2012 г. изменение нормативно-правовых стандартов регистрации детей, родившихся при беременности сроком от 22 недель и весом от 500 грамм. Начиная с 2013 г. в соответствии с международными критериями медицинская помощь данной категории новорожденных должна оказываться в полном объеме. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) около 15 миллионов детей ежегодно рождаются недоношенными (более 10%) [9]. В большинстве развитых стран частота недоно-

шенности составляет 5,0–12,5% от всех родившихся живыми детей, а в отдельных наиболее бедных странах мира этот показатель может достигать 20,0%. В России в последние десять лет частота недоношенности составляет 5,0–6,5% [8].

В течение многих лет под недоношенностью подразумевалось рождение ребенка с низкой массой тела (менее 2500 грамм). В настоящее время антропометрические параметры и даже степень морфофункциональной зрелости новорожденного не являются объективными критериями диагностики недоношенности, потому что из-за нарушения внутриутробного роста (развития) они могут не соответствовать гестационному возрасту ребенка. В связи с этим преждевременные роды являются одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства и перинатологии. Несмотря на то что удельный вес родов при сроке гестации менее 32 недель в целом не превышает 1,5–2,0%, они вносят весьма существенный вклад в показатели перинатальной и младенческой смертности [17]. Ряд исследований [2, 5, 17] подтверждают непосредственно влияние короткого периода гестации и низких параметров физического развития новорожденных на способность ребенка к выживанию. Вместе с тем установлено неблагоприятное влияние таких медико-социальных факторов, как низкая посещаемость беременными женских консультаций и их недообследованность к моменту родов.

Согласно Паспорту Национального проекта «Здравоохранение» [15], в нашей стране показатель смертности детей на первом году жизни должен быть не более 4,5 случаев на 1000 родившихся живыми. За последние пять лет данный показатель в России снизился до 4,44% (рис. 1), однако при столь оптимистичной динамике младенческой смертности наблюдается очень высокая вариабельность значений в отдельных субъектах Российской Федерации. Среди регионов, имеющих высокие показатели смертности детей первого года жизни, можно



Рис. 1. Динамика младенческой смертности в Российской Федерации и Чеченской Республике в 2018–2022 гг. (в ‰)

Fig. 1. Dynamics of infant mortality in the Russian Federation and the Chechen Republic in 2018–2022 (in ‰)

отдельно выделить Чеченскую Республику, в которой темпы снижения показателей соответствуют одним из самых высоких по России (в среднем 13,3% за последние пять лет).

Существенный вклад в снижение показателей младенческой смертности внесло значительное повышение уровня оказания медицинской помощи в системе детского здравоохранения, которое обеспечивается совместной работой неонатологов и педиатров. Вместе с тем на уровень смертности детей первого года жизни значительное влияние оказывают акушерские факторы, а уровень преждевременных родов и недоношенности в нашей стране остается довольно высоким. Исходя из этого, оценка влияния показателей качества диспансерного наблюдения беременных в женских консультациях на региональный уровень младенческой смертности является актуальной темой для исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить влияние диспансерного наблюдения беременных в женских консультациях на региональный уровень младенческой смертности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В качестве базового материала использовались данные Росстата [3], статистические материалы ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России [10–14] и Формы № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» (годовая, код формы по ОКУД 0609364) по Российской Федерации и Чеченской Республике за 2018–2022 гг.

В ходе исследования были рассчитаны и проанализированы экстенсивные и интенсивные показатели в динамике за пять лет. За базовый уровень приняты значения показателей в 2018 г. В качестве результирующего признака был определен показатель младенческой смертности. В качестве факториальных признаков взяты показатели, характеризующие деятельность женских консультаций, и заболеваемости женщин, осложнившей течение родов и послеродовый период. Из индикаторов деятельности женских консультаций были изучены и проанализированы: ранний охват беременных диспансерным наблюдением; удельный вес беременных, осмотренных терапевтом, в том числе до 12 недель, и охват беременных скрининговыми диагностическими исследованиями (ультразвуковые исследования (УЗИ) и проба на биохимический скрининг). Для оценки связи между показателями применялся непараметрический метод ранговой корреляции Спирмена. Оценка значимости различий показателей проводилась с использованием t-критерия Стьюдента. Различия считали значимыми при $p < 0,05$. Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программных пакетов MS Office 2016 и StatSoft STATISTICA 10.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Показатель раннего охвата беременных диспансерным наблюдением характеризует не только медицинскую активность женщин в период беременности, но и является одним из ведущих показателей профилактической работы амбулаторной акушерской службы. В оптимальном варианте этот показатель должен приближаться к 100%. Оценка раннего охвата диспансерным наблюдением беременных в женских консультациях Чеченской Республики выявила, что до 2022 г. в регионе уровень показателей был значительно ниже средних по Российской Федерации ($p < 0,001$) (рис. 2). В 2022 г. доля беременных, вставших на учет в женской консультации до 12 недель, на 5,9% превысила среднероссийский уровень ($p < 0,001$). Установлено, что и в Российской Федерации, и в Чеченской Республике в 2018–2022 гг. наблюдалась положительная динамика роста раннего охвата беременных диспансерным наблюдением (+2,3 и +15,6% соответственно; $p < 0,001$).

Согласно Приказу Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» при физиологическом течении беременности осмотра беременных

Таблица 1

Показатели удельного веса беременных, осмотренных терапевтом, в Российской Федерации и Чеченской Республике в 2018–2022 гг. (на 100 женщин, закончивших беременность)

Table 1

Indicators of the proportion of pregnant women examined by a therapist in the Russian Federation and the Chechen Republic in 2018–2022 (per 100 women who completed pregnancy)

Показатель / Index	Территория / Territory	Годы / Years					Динамика (% и p) / Dynamics (% and p)
		2018	2019	2020	2021	2022	
Осмотрены терапевтами, всего / Examined by therapists, total	РФ / RF	97,82	98,03	96,71	96,73	97,84	+0,02; <0,001
	ЧР / CR	96,50	97,40	96,82	97,81	99,33	+2,8; <0,001
Осмотрены терапевтами до 12 недель беременности / Examined by therapists up to 12 weeks of pregnancy	РФ / RF	87,29	88,01	85,51	88,23	89,41	-2,4; <0,001
	ЧР / CR	84,42	83,49	81,69	87,85	97,31	-13,2; <0,001



Рис. 2. Динамика раннего охвата беременных диспансерным наблюдением в женских консультациях Российской Федерации и Чеченской Республики в 2018–2022 гг. (в %)

Fig. 2. Dynamics of early coverage of pregnant women with dispensary observation in antenatal clinics of the Russian Federation and the Chechen Republic in 2018–2022 (in %)

женщин врачом-терапевтом проводятся не менее двух раз (далее Приказ) [16]. При этом первый осмотр осуществляется не позднее 7–10 дней от первичного обращения в женскую консультацию. Показатели удельного веса беременных, осмотренных терапевтом, и удельного веса беременных, осмотренных терапевтом до 12 недель беременности, относятся к показателям, характеризующим уровень диспансерной работы с беременными. Проведенное исследование позволило установить, что в Чеченской Республике наряду с показателями раннего охвата беременных диспансерным наблюдением удельный вес женщин, осмотренных терапевтом до 12 недель беременности, был так-

же ниже, чем в среднем по стране, до 2022 г. ($p < 0,05$), а с 2022 г. показатель превысил среднероссийские значения на 7,9% ($p < 0,05$) (табл. 1). Относительно уровня 2018 г. прирост показателя в России составил 2,4%, а в Чеченской Республике — 13,2%.

Оценка удельного веса беременных, осмотренных терапевтом (всего), показала, что с 2020 г. показатели в регионе стали превышать среднероссийские, и в 2022 г. разница между ними составила 1,5% ($p < 0,001$). При этом относительно базового уровня, если в России показатель остался на том же уровне, то в Чеченской Республике он вырос на 2,8%.

Диспансерное наблюдение за беременной включает не только осмотры врачами-специалистами, но и ряд специальных исследований, среди которых особое место принадлежит скрининговым методам обследования: УЗИ и биохимическому скринингу уровней сывороточных маркеров. В соответствии с действующим Приказом, УЗИ проводится двукратно: при сроках беременности 11–14 недель и 19–21 неделя [16]. Проведенное исследование показало, что охват беременных УЗИ в женских консультациях Чеченской Республики до 2021 г. был 73,61–86,94%, что было значительно ниже ($p < 0,05$), чем в России в аналогичные годы (90,52–97,72%). Начиная с 2021 г. в республике число женщин, охваченных скрининговым УЗИ, росло и в 2022 г. составило 99,52%, что на 6,0% превысило среднероссийские значения ($p < 0,05$). При этом, если выявляемость плодов с врожденными пороками развития (ВПР) в целом по стране при ежегодном увеличении достигла к 2022 г. 4,91%, то в республике по-

Таблица 2

Показатели охвата беременных диагностическими исследованиями в Российской Федерации и Чеченской Республике в 2018–2022 гг. (на 100 женщин, закончивших беременность)

Table 2

Indicators of coverage of pregnant women with diagnostic tests in the Russian Federation and the Chechen Republic in 2018–2022 (per 100 women who completed pregnancy)

Показатель / Index	Территория / Territory	Годы / Years					Динамика (% и p) / Dynamics (% and p)
		2018	2019	2020	2021	2022	
Охват УЗИ плода, всего / Fetal ultrasound coverage, total	РФ / RF	96,80	97,72	90,52	91,44	93,50	-3,4; <0,001
	ЧР / CR	73,61	86,11	86,94	94,42	99,52	+26,0; <0,001
из них выявлено плодов с врожденными пороками развития, всего / of these, the of fetuses with congenital malformation identified, total	РФ / RF	1,50	1,59	3,24	4,22	4,91	+69,5; <0,001
	ЧР / CR	0,87	0,72	4,79	0,44	2,86	+69,6; <0,05
Охват пробами на биохимический скрининг, всего / Sample coverage for biochemical screening, total	РФ / RF	87,80	88,82	89,83	90,84	92,02	+4,6; <0,001
	ЧР / CR	75,81	78,12	99,8	95,1	96,0	+21,0; <0,001
из них выявлено женщин с отклонениями / of these, women with disabilities identified	РФ / RF	3,21	3,28	0,90	0,86	0,89	-72,3; <0,001
	ЧР / CR	0,66	0,81	0,49	0,09	0,30	-54,5; >0,1

казатели при разнонаправленной динамике к 2022 г. были в 1,7 раза ниже и составили 2,86% ($p < 0,05$) (табл. 2).

Оценка охвата женщин пробами на биохимический скрининг показала, что в Чеченской Республике с 2020 г. показатели превысили значения по стране и в среднем в 2020–2022 гг. охват беременных данным исследованием составил 96,72%, что выше, чем в целом по стране (90,91%) на 5,81% ($p < 0,05$). Оценка динамики показателей выявила, что как в Российской Федерации, так и в изучаемом регионе показатели выросли к базовому уровню на 4,6 и 21,0% соответственно. Установлено, что, несмотря на более высокий охват данным видом исследований, выявляемость женщин с отклонениями, как в целом по стране, так и в республике, практически ежегодно снижалась. При этом выявляемость в республике по сравнению с Российской Федерацией была в среднем за пять изучаемых лет в 3,9 раза ниже (0,47% против 1,83%; $p < 0,05$).

Показатели заболеваемости беременных являются качественными индикаторами деятельности женских консультаций. С одной стороны, низкие показатели заболеваемости беременных говорят о здоровье женщин данной категории, с другой стороны, могут свидетельствовать о низкой ее выявляемости [19]. Заболеваемость беременных, связанная с нарушением кровеносной

системы, является фактором риска, и несвоевременное ее выявление может привести к негативному исходу в родах. Проведенная оценка показателей позволила установить (табл. 3), что частота выявляемости существовавшей ранее гипертензии, осложняющей беременность, роды и послеродовый период, в Чеченской Республике была в среднем в 2018–2022 гг. ниже, чем в России, в 5,2 раза ($p < 0,01$), болезней системы кровообращения — в 2,2 раза ($p < 0,01$) и венозных осложнений — в 1,6 раза ($p < 0,05$). В то же время частота преэклампсии (средней тяжести и тяжелой) ($p < 0,01$) и анемии была выше в 2,4 раза ($p < 0,01$), а эклампсии во время беременности — в 1,3 раза ($p > 0,1$). При этом с ростом выявляемости гипертензии в 2,5 раза (с 3,60 до 9,00‰), преэклампсии в 1,8 раза (с 55,02 до 101,42‰) и анемии в 1,8 раза (с 365,42 до 649,81‰), частота эклампсии снизилась в 1,4 раза (с 0,24 до 0,17‰) и в 2,3 раза — венозных осложнений (с 33,30 до 14,80‰).

Проведенная оценка заболеваемости беременных отдельными нозологическими формами, среди которых преждевременная отслойка плаценты и ее преждевременная отслойка, сахарный диабет и инфекции мочеполовых путей, также выявила существенные отличия от среднероссийских показателей. Так, в среднем за пять лет у беременных Чеченской Республики сахарный диабет осложнял течение родов реже в 28,9 раза

Таблица 3

Заболееваемость беременных, связанная с нарушением кровеносной системы и осложнившая течение родов, в Российской Федерации и Чеченской Республике в 2018–2022 гг. (на 1000 родов)

Table 3

Morbidity in pregnant women associated with disorders of the cardiovascular system complicating the course of childbirth in the Russian Federation and the Chechen Republic in 2018–2022 (per 1000 births)

Класс болезней / Class of diseases	Терри- тория / Territory	Годы / Years					Динамика (% и p) / Dynamics (% and p)
		2018	2019	2020	2021	2022	
Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период / Pre-existing hypertension complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	РФ / RF	46,90	47,88	46,42	46,33	48,01	+2,3; >0,1
	ЧР / CR	3,60	10,38	14,12	7,92	9,00	+60,0; >0,1
Преэклампсия средней тяжести и тяжелая / Moderate to severe preeclampsia	РФ / RF	35,80	39,91	37,72	38,74	37,00	+3,2; >0,1
	ЧР / CR	55,02	150,42	84,34	64,21	101,42	+45,8; <0,01
Эклампсия во время беременности / Eclampsia during pregnancy	РФ / RF	0,12	0,13	0,13	0,13	0,16	+25,0; >0,1
	ЧР / CR	0,24	0,14	0,31	0,17	0,17	-29,2; >0,1
Венозные осложнения / Venous complications	РФ / RF	22,60	23,6	24,3	26,3	25,21	+10,3; <0,05
	ЧР / CR	33,30	13,02	7,79	7,13	14,80	-55,6; <0,05
Анемия / Anemia	РФ / RF	255,72	263,27	261,72	258,14	248,91	-2,7; <0,01
	ЧР / CR	365,42	709,46	712,68	673,82	649,81	+43,8; <0,001
Болезни системы кровообращения / Diseases of the circulatory system	РФ / RF	53,01	52,73	48,10	47,37	46,39	-12,5; <0,01
	ЧР / CR	15,11	59,02	19,53	8,44	12,20	-19,2; >0,1

Таблица 4

Заболееваемость беременных отдельными нозологическими формами, осложнившая течение родов, в Российской Федерации и Чеченской Республике в 2018–2022 гг. (на 1000 родов)

Table 4

The incidence of certain nosological forms in pregnant women, which complicated the course of childbirth, in the Russian Federation and the Chechen Republic in 2018–2022 (per 1000 births)

Класс болезней / Class of diseases	Терри- тория / Territory	Годы / Years					Динамика (% и p) / Dynamics (% and p)
		2018	2019	2020	2021	2022	
Предлежание плаценты, в том числе с кровотечением / Placenta previa, including bleeding	РФ / RF	5,64	6,16	5,99	6,13	6,77	+16,7; >0,05
	ЧР / CR	2,59	3,27	2,88	4,3	4,56	+43,2; >0,1
Преждевременная отслойка плаценты / Premature placental abruption	РФ / RF	9,40	9,30	9,14	9,12	9,20	-2,1; >0,1
	ЧР / CR	12,40	11,81	13,79	12,52	12,20	-1,6; >0,1
Сахарный диабет / Diabetes	РФ / RF	60,64	76,23	86,18	101,8	113,91	+46,8; <0,01
	ЧР / CR	1,52	3,20	3,23	2,66	4,56	+66,7; >0,1
Инфекции мочеполовых путей / Urinary tract infections	РФ / RF	49,30	49,27	47,31	48,69	50,20	+1,8; >0,05
	ЧР / CR	6,20	17,12	17,32	10,51	15,30	+59,5; >0,05

($p < 0,001$), инфекции мочеполовых путей — в 3,7 раза ($p < 0,001$) и предлежание плаценты, в том числе с кровотечением, — в 1,7 раза ($p > 0,1$) (табл. 4). А осложнение в виде преждевременной отслойки плаценты наблюдалось в 1,4 раза чаще ($p > 0,1$). Анализ динамики заболеваемости беременных отдельными нозологическими формами в Чеченской Республике выявил, что выросла частота предлежания плаценты в 1,8 раза (с 2,59 до 4,56‰), сахарного диабета — в 3,0 раза (с 0,50 до 1,53‰) и инфекций мочеполовых путей — в 2,5 раза (с 6,20 до 15,30‰) при незначительном (–1,6%) снижении преждевременной отслойки плаценты (с 12,40 до 12,20‰).

Установлено (рис. 3), что в Чеченской Республике удельный вес нормальных родов, за исключением 2019 г., значительно превышал среднероссийские показатели ($p < 0,01$). В среднем за пять анализируемых лет превышение составило 1,4 раза. Проведенная оценка динамики выявила, что относительно базового уровня доля нормальных родов в целом по стране снизилась на 2,9% (с 37,28 до 36,19%; $p < 0,05$), а в республике — только на 1,2% (с 56,57 до 55,90%; $p > 0,1$).

Удельный вес детей, родившихся с массой тела менее 2500 грамм в Чеченской Республике в 2018–2022 гг. (рис. 4), был в среднем в 1,5 раза ниже, чем в Российской Федерации ($p < 0,01$). Как и в случае с динамикой удельного веса нормальных родов, показатели удельного веса детей, родившихся с низкой массой тела, снижались относительно базового значения. Однако, если в целом по стране снижение составило 7,7% (с 6,20 до 5,72%; $p < 0,01$), то в республике только 1,0% (с 3,83 до 3,89%; $p > 0,1$).



Рис. 3. Динамика удельного веса нормальных родов в Российской Федерации и Чеченской Республике в 2018–2022 гг. (на 1000 родов)

Fig. 3. Dynamics of the share of normal births in the Russian Federation and the Chechen Republic in 2018–2022 (per 1000 births)

Проведенное исследование выявило (табл. 4), что между показателями младенческой смертности и показателями диспансерного наблюдения за беременными в Чеченской Республике имеется обратная, умеренная корреляционная связь (r_{xy} –0,36 до –0,51 включительно). Таким образом, рост раннего охвата беременных диспансерным наблюдением, осмотрами терапевтом, в том числе до 12 недель, а также скрининговыми исследованиями является фактором, положительно влияющим на снижение уровня младенческой смертности в республике.

Установлено (табл. 5), что в Чеченской Республике между показателями младенческой смертности и преобладающим большинством показателей выявляемости заболеваний у беременных, осложнивших течение родов, имеется обратная, умеренная или сильная корреляционная связь (r_{xy} от –0,58 до –0,89 включительно). Таким образом, рост выявляемости гипертонзии, преэклампсии, анемии, болезней системы кровообращения, сахарного диабета и инфекций мочеполовых путей приводит к снижению младенческой смертности.

ВЫВОДЫ

1. Существенное повышение раннего охвата беременных диспансерным наблюдением (+15,6%), осмотрами терапевтом до 12 недель беременности (+13,2%), УЗИ (+26,0%) и биохимическим скринингом (+21,0%) в женских консультациях Чеченской Республики позволило к 2022 г. поднять уровень данных показателей до превышающих среднероссийские значения.



Рис. 4. Удельный вес детей, родившихся с массой тела менее 2500 грамм, в Российской Федерации и Чеченской Республике в 2018–2022 гг. (в %)

Fig. 4. Proportion of children born weighing less than 2500 grams in the Russian Federation and the Chechen Republic in 2018–2022 (in %)

Таблица 5

Оценка корреляционной связи между показателями младенческой смертности и показателями диспансерного наблюдения за беременными в Чеченской Республике в 2018–2022 гг.

Table 5

Assessment of the correlation between infant mortality rates and indicators of dispensary monitoring of pregnant women in the Chechen Republic in 2018–2022

Показатель / Index	Чеченская Республика / Chechen Republic	
	Коэффициент корреляции / Correlation coefficient (r_{xy})	Направление и сила корреляционной связи / Direction and strength of correlation
Ранний охват беременных диспансерным наблюдением / Early coverage of pregnant women with dispensary observation	–0,45	Обратная, умеренная / Reverse, moderate
Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом до 12 недель / Proportion of pregnant women examined by a therapist before 12 weeks	–0,37	Обратная, умеренная / Reverse, moderate
Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом / Proportion of pregnant women examined by a therapist	–0,49	Обратная, умеренная / Reverse, moderate
Охват ультразвуковыми исследованиями / Ultrasound coverage	–0,50	Обратная, умеренная / Reverse, moderate
Частота выявляемости плодов с врожденными пороками развития / Frequency of detection of fetuses with congenital malformation	–0,39	Обратная, умеренная / Reverse, moderate
Охват пробами на биохимический скрининг / Sample coverage for biochemical screening	–0,51	Обратная, умеренная / Reverse, moderate
Частота выявляемости женщин с отклонениями / Frequency of detection of women with abnormalities	–0,36	Обратная, умеренная / Reverse, moderate

2. В сравнении с Российской Федерацией в Чеченской Республике была ниже заболеваемость беременных существовавшей ранее гипертензией, осложняющей течение беременности и роды (в 5,2 раза), болезнями системы кровообращения (в 2,2 раза), венозными осложнениями (в 1,6 раза), сахарным диабетом (в 28,9 раза), инфекциями мочеполовых путей (в 3,7 раза) и предлежанием плаценты, в том числе с кровотечением (в 1,7 раза). В то же время была выше заболеваемость преэклампсией (средней тяжести и тяжелой) и анемией (в 2,4 раза), эклампсией во время беременности (в 1,3 раза) и преждевременной отслойкой плаценты (в 1,4 раза).

3. В республике с ростом выявляемости гипертензии в 2,5 раза, преэклампсии в 1,8 раза и анемии в 1,8 раза снизилась частота эклампсии в 1,4 раза и венозных осложнений в 2,3 раза. Кроме того, за пять лет в регионе в 1,8 раза выросла частота выявляемости предлежания

плаценты, в 3,0 раза — сахарного диабета и в 2,5 раза — мочеполовых инфекций.

4. Наблюдаемая в Чеченской Республике более низкая частота выявленных врожденных пороков развития у плода (в 1,7 раза) и женщин с отклонениями беременности (в 3,9 раза) являются предпосылкой для стабильно более низкого, в сравнении со страной, удельного веса детей, родившихся с массой тела до 2500 грамм (в 1,5 раза) и высокого удельного веса нормальных родов (в 1,4 раза).

5. В Чеченской Республике, имеющей высокие значения младенческой смертности, темпы снижения показателей в среднем за последние пять лет составили 13,3%. Проведенное исследование показало, что с увеличением охвата беременных диспансерным наблюдением врачами-специалистами и скрининговыми исследованиями повышается выявляемость заболеваний у женщин в период беременности, давая возможность проведения их своевременной коррекции.

Таблица 6

Оценка корреляционной связи между показателями младенческой смертности и показателями заболеваемости беременных в Чеченской Республике в 2018–2022 гг.

Table 6

Assessment of the correlation between infant mortality rates and morbidity rates among pregnant women in the Chechen Republic in 2018–2022

Показатель / Index	Чеченская Республика / Chechen Republic	
	Коэффициент корреляции (r_{xy}) / Correlation coefficient (r_{xy})	Направление и сила корреляционной связи / Direction and strength of correlation
Существовавшая ранее гипертензия / Pre-existing hypertension	–0,68	Обратная, умеренная / Reverse, moderate
Преэклампсия средней тяжести и тяжелая / Moderate to severe preeclampsia	–0,89	Обратная, сильная / Straight, moderate
Эклампсия во время беременности / Eclampsia during pregnancy	–0,12	Обратная, слабая / Reverse, weak
Венозные осложнения / Venous complications	0,48	Прямая, умеренная / Straight, moderate
Анемия / Anemia	–0,71	Обратная, сильная / Reverse, strong
Болезни системы кровообращения / Diseases of the circulatory system	–0,59	Обратная, умеренная / Reverse, moderate
Предлежание плаценты, в том числе с кровотечением / Placenta previa, including bleeding	–0,26	Обратная, слабая / Reverse, weak
Преждевременная отслойка плаценты / Premature placental abruption	0,16	Прямая, слабая / Straight, weak
Сахарный диабет / Diabetes	–0,83	Обратная, сильная / Reverse, strong
Инфекции мочеполовых путей / Urinary tract infections	–0,58	Обратная, умеренная / Reverse, moderate

Таким образом, повышение качества диспансерного наблюдения за состоянием здоровья беременных женщин существенно повлияло на снижение уровня младенческой смертности в регионе.

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. Амирова В.Р., Валиулина А.А., Залалова А.А., Рыбалко О.В. Состояние здоровья детей первого года жизни, родившихся недоношенными. Медицинский вестник Башкортостана. 2019; 14(1): 79–85.
2. Дружинина Н.А., Мерзлякова Д.Р., Ахметшин Р.З. и др. Особенности неврологического и психомо-

- торного развития недоношенных детей, рожденных методом ЭКО и естественным путем. Медицинский совет. 2021; 17: 24–31.
3. Естественное движение населения. М.: Росстат. Доступен по: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (дата обращения: 23.10.2023).
 4. 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.
 5. 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. Электронное издание. 2015; 2. Доступен по: <https://cyberleninka.ru/article/n/zabolevaemost-i-smertnost-detey-s-ochen-nizkoy-i-ekstremalno-nizkoy-massoy-tela-pri-rozhdenii-factory-riska-i-puti-snizheniya> (дата обращения: 23.10.2023). DOI: 10.12737/11200.
 6. 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; 7. Доступен по: <https://cyberleninka.ru/article/n/dostupnost-meditsinskoypomoschi-v-kontekste-sotsialnyh-prediktorov-zdorovyadetskogo-naseleniya> (дата обращения: 23.10.2023).
 7. Моисеева К.Е. Некоторые результаты оценки динамики заболеваемости новорожденных в организациях родовспоможения. Медицина и организация здравоохранения. 2019; 4(3): 40–7.
 8. Соколовская Т.А., Ступак В.С., Сон И.М. и др. Недоношенные дети с экстремально низкой массой тела: динамика заболеваемости и смертности в Российской Федерации. Дальневосточный медицинский журнал. 2020; 3: 119–23.
 9. Костина Н.Н., Ветеркова З.А., Решетникова О.В. и др. Факторы риска рождения и структура заболеваемости детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела. Оренбургский медицинский вестник. 2017; 2(18): 15–21.
 10. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Статистические материалы. М.: ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России; 2019.
 11. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Статистические материалы. М.: ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России; 2020.
 12. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Статистические материалы. М.: ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России; 2021.
 13. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Статистические материалы. М.: ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России; 2022.
 14. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Статистические материалы. М.: ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России; 2023.
 15. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. № 16). Доступно по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72085920/> (дата обращения: 23.10.2023).
 16. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». Доступно по: <https://docs.cntd.ru/document/566162019?ysclid=lo30ib3c8k800071923> (дата обращения: 23.10.2023).
 17. Черняева В.И., Зотова О.А., Шакирова Е.А. и др. Состояние здоровья новорожденных с экстремально низкой массой тела. Мать и дитя в Кузбассе. 2019; 4(79): 40–6.
 18. 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: 17.03.2023).
 19. Юрьев В.К., Моисеева К.Е., Глущенко В.А. Основы общественного здоровья и здравоохранения. Учебник для студентов, ординаторов, аспирантов и преподавателей стоматологических факультетов, слушателей системы дополнительного и послевузовского профессионального образования. СПб.: СпецЛит; 2019.

REFERENCES

1. Amirova V.R., Valiulina A.Ya., Zhalalova A.A., Rybalko O.V. Sostoyaniye zdorov'ya detey pervogo goda zhizni, rodivshikhsya nedonoshennymi. [The health status of children in the first year of life who were born prematurely]. Meditsinskiy vestnik Bashkortostana. 2019; 14(1); 79–85. (in Russian).
2. Druzhinina N.A., Merzlyakova D.R., Akhmetshin R.Z. i dr. Osobennosti nevrologicheskogo i psikhomotornogo razvitiya nedonoshennykh detey, rozhdennykh metodom EKO i yestestvennym putem. [Features of neurological and psychomotor development of premature babies born by IVF and naturally]. Meditsinskiy sovet. 2021; 17: 24–31. (in Russian).
3. Yestestvennoye dvizheniye naseleniya. [Natural population movement]. Moskva: Rosstat Publ. Available at: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (accessed: 23.10.2023). (in Russian).
4. Ivanov D.O., Yur'yev V.K., Moiseeva K.Ye. i dr. Dinamika i prognoz smertnosti novorozhdennykh v organizatsiyakh rodovspomozheniya Rossiyskoy 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).
5. 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 of children with very low and extremely low birth weight: risk factors and ways to reduce]. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. Elektronnoye izdaniye*. 2015; 2. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/zabolevaemost-i-smertnost-detey-s-ochen-nizkoy-i-ekstremalno-nizkoy-massoy-tela-pri-rozhdenii-faktory-riska-i-puti-snizheniya> (accessed: 23.10.2023) DOI: 10.12737/11200. (in Russian).
6. Krom I.L., Yerugina M.V., Shigayev N.N. i dr. Dostupnost' meditsinskoy 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. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/dostupnost-meditsinskoy-pomoshchi-v-kontekste-sotsialnyh-prediktorov-zdorovya-detskogo-naseleniya> (accessed: 23.10.2023). (in Russian).
 7. Moiseeva K.Ye. Nekotoryye rezul'taty otsenki dinamiki zabolevayemosti novorozhdennykh v organizatsiyakh rodovspomozheniya. [Some results of assessing the dynamics of the incidence of newborns in obstetric organizations]. *Medicine and healthcare organization*. 2019; 4(3): 40–7. (in Russian).
 8. Sokolovskaya T.A., Stupak V.S., Son I.M. i dr. Nedonoshenny deti s ekstremal'no nizkoy massoy tela: dinamika zabolevayemosti i smertnosti v Rossiyskoy Federatsii. [Premature babies with extremely low body weight: dynamics of morbidity and mortality in the Russian Federation]. *Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal*. 2020; 3: 119–23. (in Russian).
 9. Kostina N.N., Veterkova Z.A., Reshetnikova O.V. i dr. Faktory riska rozhdeniya i struktura zabolevayemosti detey s ekstremal'no nizkoy i ochen' nizkoy massoy tela. [Birth risk factors for birth and morbidity structure of children with extremely low and very low body weight]. *Orenburgskiy meditsinskiy vestnik*. 2017; 2(18): 15–21. (in Russian).
 10. Osnovnyye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatelnost' sluzhby okhrany detstva i rodovspomozheniya v Rossiyskoy Federatsii. Statisticheskiye materialy. [The main indicators of maternal and child health, the activities of the child protection and maternity services in the Russian Federation]. *Statistical materials*. Moskva: FGBU TSNIIOIZ Minzdrava Rossii Publ.; 2019. (in Russian).
 11. Osnovnyye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatelnost' sluzhby okhrany detstva i rodovspomozheniya v Rossiyskoy Federatsii. [Main indicators of maternal and child health, activities of child welfare and obstetric services in the Russian Federation]. *Statisticheskiye materialy*. Moskva: FGBU TSNIIOIZ Minzdrava Rossii Publ.; 2020. (in Russian).
 12. Osnovnyye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatelnost' sluzhby okhrany detstva i rodovspomozheniya v Rossiyskoy Federatsii. Statisticheskiye materialy. [Main indicators of maternal and child health, activities of child welfare and obstetric services in the Russian Federation]. Moskva: FGBU TSNIIOIZ Minzdrava Rossii Publ.; 2021. (in Russian).
 13. Osnovnyye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatelnost' sluzhby okhrany detstva i rodovspomozheniya v Rossiyskoy Federatsii. Statisticheskiye materialy. [Main indicators of maternal and child health, activities of child welfare and obstetric services in the Russian Federation]. Moskva: FGBU TSNIIOIZ Minzdrava Rossii Publ.; 2022. (in Russian).
 14. Osnovnyye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatelnost' sluzhby okhrany detstva i rodovspomozheniya v Rossiyskoy Federatsii. Statisticheskiye materialy. [Main indicators of maternal and child health, activities of child welfare and obstetric services in the Russian Federation]. Moskva: FGBU TSNIIOIZ Minzdrava Rossii Publ.; 2023. (in Russian).
 15. Pasport natsional'nogo proyekta «Zdravookhraneniye» (utv. prezidiumom Soveta pri Prezidente Rossiyskoy Federatsii po strategicheskomu razvitiyu i natsional'nym proyektam, protokol ot 24 dekabrya 2018 g. № 16). [Passport of the National Healthcare Project (approved by the Presidium of the Presidential Council for Strategic Development and National Projects, Protocol No. 16 dated December 24, 2018)]. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72085920/> (accessed: 23.10.2023). (in Russian).
 16. Prikaz Minzdrava Rossii ot 20.10.2020 N 1130n «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoy pomoshchi po profil'yu «akusherstvo i ginekologiya». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 10/20/2020 No. 1130n «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?ysclid=lo30ib3c8k800071923> (accessed: 23.10.2023). (in Russian).
 17. Chernyayeva V.I., Zotova O.A., Shakirova Ye.A. i dr. Sostoyaniye zdorov'ya novorozhdennykh c ekstremal'no nizkoy massoy tela. [Health status of newborns with extremely low body weight]. *Mat' i ditya v Kuzbasse*. 2019; 4(79): 40–6. (in Russian).
 18. Federal'nyj zakon Rossijskoj Federacii ot 21.11.2011 g. № 323-FZ. Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan v Rossijskoj Federacii. [About the basics of public health protection in the Russian Federation]. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (accessed: 23.10.2023). (in Russian).
 19. Yur'ev V.K., Moiseeva K.E., Glushchenko V.A. Osnovy obshchestvennogo zdorov'ya i zdravookhraneniya. Uchebnik dlya studentov, ordinatov, aspirantov i prepodavateley stomatologicheskikh fakul'tetov, slushateley sistemy dopolnitelnogo i poslevuzovskogo professional'nogo obrazovaniya. [Fundamentals of public health and public health. Textbook for students, residents, postgraduates and teachers of dental faculties, students of the system of additional and postgraduate professional education]. Sankt-Peterburg: SpetsLit; 2019.

УДК 616-053.2(571.56)
DOI: 10.56871/МНСО.2023.13.27.002

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В АРКТИЧЕСКИХ РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

© Татьяна Егоровна Бурцева^{1, 2}, Снежана Спиридоновна Слепцова¹,
Николай Михайлович Гоголев¹, Спиридон Спиридонович Слепцов²,
Лена Николаевна Афанасьева¹, Василий Иванович Орел³, Вячеслав Григорьевич Часнык³

¹ Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова. 677000, Российская Федерация,
г. Якутск, ул. Ойунского, д. 27

² Якутский научный центр комплексных медицинских проблем. 677000, Российская Федерация,
г. Якутск, ул. Ярославского, д. 6/3

³ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

Контактная информация: Татьяна Егоровна Бурцева — д.м.н., доцент, профессор кафедры педиатрии
и детской хирургии. E-mail: bourtsevat@yandex.ru ORCID ID: 0000-0002-5490-2072 SPIN: 5032-4405

Для цитирования: Бурцева Т.Е., Слепцова С.С., Гоголев Н.М., Слепцов С.С., Афанасьева Л.Н., Орел В.И.,
Часнык В.Г. Особенности медицинской помощи населению в арктических районах Республики Саха (Якутия) //
Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 4. С. 16–23. DOI: <https://doi.org/10.56871/МНСО.2023.13.27.002>

Поступила: 22.08.2023

Одобрена: 25.09.2023

Принята к печати: 15.12.2023

РЕЗЮМЕ. Организация квалифицированной и специализированной медицинской помощи в регионах Арктической зоны Российской Федерации имеет свои особенности, требующие решения на федеральном и региональном уровнях. В последние годы к проблемам здравоохранения регионов Арктической зоны Российской Федерации приковано пристальное внимание. На примере Республики Саха (Якутия) представлены особенности системы здравоохранения в контексте медико-демографических показателей. В статье проведен анализ официальных отчетов Якутского республиканского информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) за период с 2000 по 2021 гг. в сочетании с контент-анализом медико-демографических показателей, характеризующих особенности медицинской помощи населению в арктических районах Республики Саха (Якутия). Выявлено, что в динамике с 2000 г. в арктических районах Республики Саха (Якутия) сохраняется тенденция к снижению численности населения, достаточно низкая обеспеченность медицинскими кадрами (врачами и средними медицинскими работниками), высокая потребность в санитарной авиации. Все это указывает на необходимость неординарных решений в организации медицинской помощи в регионах Арктической зоны Российской Федерации. В этой связи развитие арктической медицины как особого направления позволит на государственном уровне решить вопросы кадрового обеспечения в здравоохранении, доступности квалифицированной и специализированной медицинской помощи, обоснованности использования санитарной авиации.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: численность населения; обеспеченность врачами; санитарная авиация; арктические районы; арктическая медицина; Якутия.

PECULIAR FEATURES OF PROVISION OF MEDICAL CARE TO THE POPULATION IN THE ARCTIC REGIONS OF THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA)

© Tatiana E. Burtseva^{1, 2}, Snezhana S. Sleptsova¹, Nikolai M. Gogolev¹,
Spiridon S. Sleptsov², Lena N. Afanasieva¹, Vasily I. Ore³, Vyacheslav G. Chasnyk³

¹ North-Eastern Federal University named after M.K. Ammosov. Oyunsky 27, Yakutsk, Russian Federation, 677000

² Yakutsk Science Center for Complex Medical Problems. Yaroslavsky 6/3, Yakutsk, Russian Federation, 677000

³ Saint Petersburg State Pediatric Medical University. Lithuania 2, Saint Petersburg, Russian Federation, 194100

Contact information: Tatiana E. Burtseva — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Pediatrics and Pediatric Surgery. E-mail: bourtsevat@yandex.ru ORCID ID: 0000-0002-5490-2072 SPIN: 5032-4405

For citation: Burtseva TE, Sleptsova SS, Gogolev NM, Sleptsov SS, Afanasieva LN, Orel VI, Chasnyk VG. Peculiar features of provision of medical care to the population in the arctic regions of the Republic of Sakha (Yakutia). *Medicine and health care organization* (St. Petersburg). 2023;8(4):16-23. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.13.27.002>

Received: 22.08.2023

Revised: 25.09.2023

Accepted: 15.12.2023

ABSTRACT. The organization of qualified and specialized medical care in the regions of the Arctic zone of the Russian Federation has its own peculiarities that require making professional decision at the federal and regional levels. In recent years, specific health problems in the regions of the Arctic zone of the Russian Federation have attracted close attention. On the example of the Republic of Sakha (Yakutia), peculiar features of the healthcare system in the context of medical and demographic indicators are presented. The article analyzes the official reports of the Yakut Republican Information and Analytical Center of the Ministry of Health of the Republic of Sakha (Yakutia) for the period from 2000 to 2021 in connection with a content analysis of medical and demographic indicators characterizing the features of medical care to the population in the Arctic regions of the Republic of Sakha (Yakutia). In the Arctic regions of the Republic of Sakha (Yakutia) in dynamics since 2000 the amount of the population that tends to decline, rather a low provision of medical personnel (doctors and secondary medical workers) and a high need for air ambulance is revealed. The above mentioned items highlight the urgent need for extraordinary measures in the organization of medical care in the regions of the Arctic zone of the Russian Federation. In this regard, the development of Arctic medicine, as a special direction, will allow solving issues at the state level: staffing in healthcare; provision of qualified and specialized medical care; validity of the use of air ambulance.

KEY WORDS: population size; provision by doctors; sanitary aviation; Arctic regions; Arctic medicine; Yakutia.

ВВЕДЕНИЕ

Обеспечение квалифицированной и специализированной медицинской помощи жителям арктической зоны России приобретает особую значимость и является проблемой государственной важности [1, 5, 8, 9]. Арктическим регионам России необходима определенная самостоятельность в организации и решении основных проблем и задач по обеспечению медицинской помощью населения на этих территориях. Мы уверены, что есть смелые и порой неординарные решения в области арктической медицины. Особенность медицинской помощи в арктических регионах — это наличие маломощных малокомплектных больниц, низкая обеспеченность медицинскими кадрами, высокая потребность в квалифицированной и специализированной медицинской помощи, санитарной авиации, в выездных медицинских осмотрах [3, 4, 7]. И это далеко не весь перечень проблем и задач, требующих своевременного и незамедлительного решения. Уже сейчас в России ши-

роко обсуждаются методологические подходы в развитии и внедрении арктической медицины [1, 2, 6, 8]. Несомненно, что общими усилиями организаторов здравоохранения, практических врачей, ученых будут реализованы основные направления по улучшению медицинского обеспечения населения в Арктике.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать основные медико-демографические показатели в арктических районах Республики Саха (Якутия) для определения основных направлений совершенствования системы здравоохранения в регионах Арктической зоны Российской Федерации на примере Республики Саха (Якутия).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы официальные отчеты Якутского республиканского информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения

ранения Республики Саха (Якутия) за период с 2000 по 2021 гг. Проведен контент-анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

За исследуемый период надо отметить общее снижение численности населения Арктической зоны Республики Саха (Якутия). Соответственно, снижается и численность детского населения. Вместе с этим отмечается повышение численности населения в отдельно взятых районах — Оленекском и Эвено-Бытантайском, кроме этого, можно констатировать факт некоторого повышения численности населения в последние годы уже в шести муниципальных образованиях: Анабарском, Жиганском, Момском, Оленекском, Усть-Янском, Эвено-Бытантайском (табл. 1). Надо отметить, что прирост

происходит в районах, где сохранен традиционный уклад жизни.

В арктических районах Республики Саха (Якутия) функционируют 97 медицинских организаций: 13 центральных районных больниц (ЦРБ), 36 участковых больниц (УБ), 1 городская больница (ГБ), 7 врачебных амбулаторий (ВА), 8 противотуберкулезных диспансеров (ПТД), 31 фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), 1 фельдшерский пункт (ФП), имеющие специфику оказания медицинской помощи на огромных территориях с низкой плотностью населения, что сказывается на комплектности как материально-технического оснащения, так и кадрового обеспечения.

Пристальное внимание к освоению Арктики и здоровью населения имеют положительные моменты в улучшении оснащенности

Таблица 1

Динамика численности населения в арктических районах Республики Саха (Якутия) за 2000–2021 гг., человек

Table 1

Population dynamics in the Arctic regions of the Republic of Sakha (Yakutia) for 2000–2021, number of people

Районы / Districts	Годы / Years						Динамика за 20 лет, % / Dynamics over 20 years, %
	2000	2005	2010	2015	2020	2021	
Абыйский / Abyysky	5228	4649	4112	4125	3949	3916	–25,1
Аллайховский / Allaikhovsky	4421	3203	2904	2733	2697	2697	–39,0
Анабарский / Anabarsky	3757	4113	3682	3387	3653	3672	–2,3
Булунский / Bulunsky	10 420	9495	9366	8404	8513	8501	–18,4
Верхнеколымский / Verkhnekolymsky	6662	5314	4712	4287	4003	3984	–40,2
Верхоянский / Verkhoyansky	15 928	12 695	11 765	11 528	11 059	10 989	–31,0
Жиганский / Zhigansky	4849	4187	4047	4246	4112	4179	–13,8
Момский / Momsky	5243	4699	4383	4218	3974	4051	–22,7
Нижнеколымский / Nizhnekolymsky	8147	5460	4879	4426	4260	4228	–48,1
Оленекский / Oleneksky	4206	4111	4026	3967	4247	4326	2,9
Среднеколымский / Srednekolymsky	9415	8240	7774	7497	7332	7312	–22,3
Усть-Янский / Ustyansky	15 097	9398	8262	7244	7008	7035	–53,4
Эв.-Бытантайский / Ev.-Bytantaysky	2783	2781	2811	2798	2845	2879	3,4
Итого по АР / Total by AR	96 156	78 345	72 723	68 860	67 652	67 769	–29,5
Всего по РС (Я) / Total by RS (Y)	962 479	950 668	949 400	956 896	971 996	982 000	2,0

медицинских организаций, а также вводе новых зданий. Благодаря Национальному проекту «Здравоохранение» в ряде арктических районов идет модернизация и полное переоснащение, а также ввод новых зданий для больниц и фельдшерско-акушерских пунктов. Проведен капитальный ремонт в трех объектах здравоохранения: стационар Аллаиховской и Булунской ЦРБ, хирургическое отделение Усть-Янской ЦРБ. Произведена поставка и монтаж модульных конструкций врачебных амбулаторий — в с. Нелемное Верхнеколымского улуса, с. Кюсюр Булунского района, с. Эгинск Вер-

хоянского района, с. Усть-Куйга Усть-Янского района, монтаж фельдшерско-акушерского пункта — в с. Берелях Аллаиховского района.

Отмечается весьма серьезная ситуация по обеспечению медицинскими кадрами в арктических районах Республики Саха (Якутия). Как показано в таблице 2, укомплектованность врачебными кадрами в арктических районах Республики Саха (Якутия) составляет 59,9% (РС (Я) — 76,2%), средним медицинским персоналом — 70,3% (РС (Я) — 82,3%). Жиганский и Оленекский районы имеют самые высокие показатели укомплектованности врачебными

Таблица 2

Штаты и укомплектованность в арктических районах Республики Саха (Якутия)

Table 2

Staffing and staffing level in the Arctic regions of the Republic of Sakha (Yakutia)

Районы / Districts	Врачи / Doctors				Средний медперсонал / Medical nurses			
	Штатные, единицы / Staff, units	Физические лица, чел. / Individuals, number	Укомплектованность, % / Staffing, %	Обеспеченность на 10 000 нас. / Availability per 10,000 pop	Штатные, единицы / Staff, units	Физические лица, чел. / Individuals, number	Укомплектованность, % / Staffing, %	Обеспеченность на 10 000 нас. / Availability per 10,000 pop
Абыйский / Abyysky/	29	15	51,7	37,7	72	64	88,9	160,8
Аллаиховский / Allaikhovsky	22	11	50,0	40,6	48,5	34	70,1	125,6
Анабарский / Anabarsky	18,75	9	48,0	25,0	38,5	30	77,9	83,4
Булунский / Bulunsky	56,25	26	46,2	31,2	141	79	56,0	94,7
Верхнеколымский / Verkhnekolymsky	27,5	15	54,5	37,0	65,25	39	59,8	96,3
Верхоянский / Verkhouyansky	61,5	37	60,2	33,2	209,25	155	74,1	139,2
Жиганский / Zhigansky	26,5	22	83,0	52,7	58,5	46	78,6	110,1
Момский / Momsky	22	16	72,7	40,3	70,5	58	82,3	146,0
Нижнеколымский / Nizhnekolymsky	35,25	19	53,9	44,3	97,5	50	51,3	116,6
Оленекский / Oleneksky	28,5	24	84,2	57,9	61,5	52	84,6	125,4
Среднеколымский / Srednekolymsky	47,25	31	65,6	41,8	117,25	100	85,3	134,7
Усть-Янский / Ustyansky	59,25	34	57,4	48,4	153	81	52,9	115,3
Эв.-Бытантайский / Ev.-Bytantaysky	14	9	64,3	31,8	33	31	93,9	109,7
Итого по АР / Total by AR	448	268	59,9	39,6	1165,75	819	70,3	121,0
Всего по РС (Я) / Total by RS (Y)	6489,5	4947	76,2	51,2	13 414,5	11 044	82,3	114,2

кадрами (83 и 84,2% соответственно). Самые низкие показатели укомплектованности в Булунском и Анабарском районах (46,2 и 48% соответственно).

Учитывая возможности подготовки врачебных кадров в самой Республике Саха (Якутия) на базе Медицинского института Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова, а также пяти средних профессиональных организаций, выпускающих со средним медицинским образованием в регионе, имеется большой потенциал для обеспечения достаточных показателей укомплектованности. Но вопросы привлечения, а особенно прикрепления кадров в арктических районах стоят очень остро и требуют серьезных социально-экономических преобразований на государственном уровне.

Учитывая низкое покрытие сетью медицинских учреждений в Арктике, климатогеографическими особенностями (отсутствие постоянного наземного, водного сообщения) особо актуально, востребовано и обоснованно широкое использование санитарной авиации на огромной территории Республики Саха (Якутия) с ее труднодоступными районами. Как показано в таблице 4, 30,3% вызовов санитарной авиации осуществляется именно с арктических районов, а соотношение использования санитарной авиации на каждого жителя арктических райо-

нов Республики Саха (Якутия) — 5:1 к жителям других районов.

Всего по Республике Саха (Якутия) в 2021 г. поступило 804 санитарных задания, эвакуировано 1511 больных. Из них в г. Якутск выполнено 423 санитарных задания, эвакуировано 662 человека (2020 г. — 241 санитарное задание, эвакуировано 360 больных), внутрирайонные эвакуации — 235 санитарных заданий, эвакуировано 528 больных (2020 г. — 55, эвакуировано 98 больных), межрайонные эвакуации — 145 санитарных заданий, эвакуировано 320 больных (2020 г. — 38, эвакуировано 45 больных) (табл. 3).

Наибольшее количество больных эвакуировано с Арктической группы районов/улусов — 459 больных (2020 г. — 141 больной).

В Республике Саха (Якутия) новая коронавирусная инфекция COVID-19 в 2021 г. занимает 1-е место в удельном весе всех заболеваний, по которым оказана медицинская эвакуация. По сравнению с 2020 г. количество эвакуированных больных в 2021 г. повысилось в 3 раза — 1511 (2020 г. — 503 человека).

В среднем по арктическим районам показатель обслуживания населения санитарной авиацией в 5 раз выше, чем в среднем по республике. Наиболее высокие показатели обслуживания санитарной авиацией населения отмечаются

Таблица 3

Динамика количества санитарных заданий и эвакуированных больных по группам районов/улусов Республики Саха (Якутия)

Table 3

Dynamics of the number of sanitary tasks and evacuated patients by groups of districts/uluses of the Republic of Sakha (Yakutia)

№	Группа районов / Group of districts	2020 г.		2021 г.	
		Количество санитарных заданий / Number of san.tasks	Количество больных / Number of patients	Количество санитарных заданий / Number of san.tasks	Количество больных / Number of patients
1	Арктическая группа / Arctic group	81	141	230	459
2	Северная группа / Northern group	22	25	51	117
3	Юго-Западная группа / South-West group	63	98	144	232
4	Заречная группа / Zarechnaya group	82	121	165	246
5	Вилюйская группа / Viluyская group	73	91	198	437
6	Центральная группа / Central group	15	27	16	20
	ИТОГО / TOTAL	336	503	804	1511

Таблица 4

Динамика показателя обслуживания санитарной авиацией населения арктических районов Республики Саха (Якутия) (число вызовов санавиации на 1000 населения)

Table 4

Dynamics of the indicator of air ambulance service for the population of the Arctic regions of the Republic of Sakha (Yakutia) (number of calls for sanitation per 1000 population)

Районы / Districts	Годы / Year					
	2000	2005	2010	2015	2020	2021
Абыйский / Abyysky/	5,5	7,1	3,7	6,3	7,6	11,3
Аллайховский / Allaikhovsky	6,8	11,4	4,0	3,7	5,6	9,7
Анабарский / Anabarsky	0,8	5,4	4,8	5,9	5,5	3,6
Булунский / Bulunsky	0,7	8,9	10,2	9,8	7,9	12,8
Верхнеколымский / Verkhnekolymsky	0,9	3,3	4,7	8,9	3,5	5,6
Верхоянский / Verkhoyansky	1,2	9,0	6,8	7,9	10,0	14,2
Жиганский / Zhigansky	8,1	5,2	2,2	1,6	2,9	2,4
Момский / Momsky	1,7	4,3	4,0	5,5	6,3	9,0
Нижнеколымский / Nizhnekolymsky	1,7	2,9	3,8	5,0	6,3	11,5
Оленекский / Oleneksky	3,5	2,7	4,2	9,1	10,8	17,1
Среднеколымский / Srednekolymsky	2,1	10,5	13,1	8,4	9,1	13,3
Усть-Янский / Ustyansky	0,7	9,2	5,1	7,6	9,3	8,1
Эв.-Бытантайский / Ev.-Bytantaysky	2,8	7,9	12,2	9,0	5,6	12,5
Итого по АР / Total by AR	2,8	6,7	6,1	6,8	6,9	10,08
Всего по РС (Я) / Total by RS (Y)	1,5	1,5	1,4	1,6	1,9	2,4

в следующих районах: Абыйский, Булунский, Верхоянский, Нижнеколымский, Оленекский, Среднеколымский, Эвено-Бытантайский (табл. 4).

ВЫВОДЫ

Проблема оказания медицинской помощи населению в регионах Арктической зоны Российской Федерации приобретает особую значимость. Это, конечно, обусловлено в целом освоением территорий Арктики и промышленной активностью. Анализ показателей, характеризующих особенности медицинского обеспечения населения в арктических районах Республики Саха (Якутия), показал наличие следующих позитивных моментов: наличие районов, имеющих положительную динамику в приросте населения; наличие районов, имеющих достаточно высокие показатели обеспеченности медицинскими кадрами; высокую потребность в санитарной авиации. Есть районы, где из

года в год эти показатели выше, чем средний показатель по Республике Саха (Якутия) и по арктическим районам в частности. Общая картина достаточно нестабильна, и доля районов, имеющих отрицательную динамику в численности населения, низкую обеспеченность медицинскими кадрами, также высока, что требует неординарных решений. Следуя этому, Республика Саха (Якутия) разработала программу по развитию арктической медицины. Данная программа включает несколько направлений: прежде всего, это создание и развитие Республиканского центра мобильных бригад для оказания специализированной медицинской помощи; подготовка квалифицированных медицинских кадров, распределение и закрепление их на местах; широкое использование санитарной авиации и информационных технологий, в том числе телемедицины.

Работа выполнена в рамках госзадания Министерства науки и образования РФ (FSRG-2023-

0003), темы НИР ФГБНУ «ЯНЦ КМП» «Физическое развитие и состояние здоровья детского населения в условиях Крайнего Севера (на примере Якутии)» (номер госрегистрации: 1021062411641-9-3.2.3), государственного контракта № 7161 на выполнение НИР «Эффективность системы здравоохранения арктической зоны Республики Саха (Якутия) в контексте инновационного развития: анализ и прогноз. Этап 1».

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. Афтanas Л.И., Воевода М.И., Пузырев В.П. и др. Арктическая медицина в XXI веке. Вестник Российской академии наук. 2015; 5–6: 501.
2. Басавина Т.Д., Фалевич Я.Ю. Служба санитарной авиации Архангельской области — флагман современной медицины. Бюллетень Северного государственного медицинского университета. 2019; 1: 234–5.
3. Бурцева Т.Е., Климова Т.М., Гоголев Н.М. и др. Тенденции медико-демографических показателей в арктических районах Республики Саха (Якутия) за 20-летний период (2000–2020 гг.). Экология человека. 2022; 6: 403–13.
4. Гоголев Н.М., Дмитриева С.М., Слепцова С.С. и др. Подготовка медицинских кадров в арктической зоне России. Современные наукоемкие технологии. 2020; 2: 91–5.

5. Горбатова Л.Н., Дегтева Г.Н., Zubov Л.А. Арктическая медицина: проблемы и перспективы. Арктические ведомости. 2015; 3: 74–9.
6. Гулин А.Н., Гончаров С.Ф., Гармаш О.А. и др. Пути развития системы экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (санитарной авиации) в Российской Федерации. Медицина катастроф. 2012; 3: 41–4.
7. Климова Т.М., Софронова С.И., Кузьмина А.А. и др. Динамика медико-демографических показателей и особенности смертности населения в арктической зоне РС (Я) за 2000–2019 гг. Якутский медицинский журнал. 2022; 2: 76–81.
8. Малявская С.И. Основные подходы к формированию комплексной системы научно-методического сопровождения мероприятий по сохранению здоровья населения в арктической зоне Российской Федерации. Государственный аудит. Право. Экономика. 2017; 1: 74–8.
9. Орел В.И., Охлопков М.Е., Григорьева А.Н. и др. Дети Арктики: динамика медико-демографических показателей. Педиатр. 2017; 6: 30–7.

REFERENCES

1. Aftanas L.I., Voevoda M.I., Puzyrev V.P. i dr. Arkticheskaya medicina v XXI veke. [Arctic medicine in the 21st century]. Vestnik Rossijskoj akademii nauk. 2015; 5–6: 501. (in Russian).
2. Basavina T.D., Falevich Ya.Yu. Sluzhba sanitarnoj aviacii Arhangel'skoj oblasti — flagman sovremennoj mediciny. [The air ambulance of the Arkhangelsk Region is the flagship of modern medicine]. Byulleten' Severnogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. 2019; 1: 234–5. (in Russian).
3. Burceva T.E., Klimova T.M., Gogolev N.M. i dr. Tendencii mediko-demograficheskikh pokazatelej v arkticheskikh rajonah Respubliki Saha (Yakutiya) za 20-letnij period (2000–2020 gg.). [Trends in medical and demographic indicators in the Arctic regions of the Republic of Sakha (Yakutia) over a 20-year period (2000–2020)]. Ekologiya cheloveka. 2022; 6: 403–13. (in Russian).
4. Gogolev N.M., Dmitrieva S.M., Slepceva S.S. i dr. Podgotovka medicinskih kadrov v arkticheskoy zone Rossii. [Training of medical personnel in the Arctic zone of Russia. Modern high-tech technologies]. Sovremennye naukoemkie tekhnologii. 2020; 2: 91–5. (in Russian).
5. Gorbatova L.N., Degteva G.N., Zubov L.A. Arkticheskaya medicina: problemy i perspektivy. [Arctic medicine: problems and prospects]. Arkticheskie vedomosti. 2015; 3: 74–9. (in Russian).
6. Gulin A.N., Goncharov S.F., Garmash O.A. i dr. Puti razvitiya sistemy ekstretnoj konsul'tativnoj medicinskoj pomoshchi i medicinskoj evakuacii (sanitarnoj aviacii) v Rossijskoj Federacii. [Ways to develop the system of

- emergency advisory medical care and medical evacuation (air ambulance) in the Russian Federation]. *Medicina katastrof.* 2012; 3: 41–4. (in Russian).
7. Klimova T.M., Sofronova S.I., Kuz'mina A.A. i dr. Dinamika mediko-demograficheskikh pokazatelej i osobennosti smertnosti naseleniya v arkticheskoy zone RS (YA) za 2000-2019 gg. [Dynamics of medical and demographic indicators and peculiarities of population mortality in the Arctic zone of the RS (Ya) for 2000–2019]. *Yakutskij medicinskij zhurnal.* 2022; 2: 76–81. (in Russian).
 8. Malyavskaya S.I. Osnovnye podhody k formirovaniyu kompleksnoj sistemy nauchno-metodicheskogo so-
provozhdeniya meropriyatij po sohraneniyu zdorov'ya naseleniya v arkticheskoy zone Rossijskoj Federacii. [The main approaches to the formation of a comprehensive system of scientific and methodological support for measures to preserve public health in the Arctic zone of the Russian Federation]. *Gosudarstvennyj audit. Pravo. Ekonomika.* 2017; 1: 74–8. (in Russian).
 9. Orel V.I., Ohlopkov M.E., Grigor'eva A.N. i dr. Deti Arktiki: dinamika mediko-demograficheskikh pokazatelej. [Children of the Arctic: dynamics of medical and demographic indicators]. *Pediatr.* 2017; 6: 30–7. (in Russian).

УДК 614.47+615.38/.39+578.834.1+616-036.21-039.71
DOI: 10.56871/MHCO.2023.23.78.003

ВАКЦИНАЦИЯ ОТ COVID-19 ГЛАЗАМИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ — АКТУАЛЬНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

© Асмик Георгиевна Асатрян¹, Ирина Леонидовна Левченко¹,
Константин Дмитриевич Ермоленко², Анастасия Евгеньевна Никитина³,
Галина Львовна Микиртчян³, Ольга Иосифовна Кубарь⁴

¹ Городская поликлиника № 88. 198261, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Генерала Симоняка, д. 6

² Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства России. 197022, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, д. 9

³ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2

⁴ Санкт-Петербургский НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера.
197101, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Мира, д. 14

Контактная информация: Асмик Георгиевна Асатрян — врач-инфекционист, организатор здравоохранения.
E-mail: aga_6183@mail.ru ORCID ID: 0000-0001-9263-5748 SPIN: 6859-3911

Для цитирования: Асатрян А.Г., Левченко И.Л., Ермоленко К.Д., Никитина А.Е., Микиртчян Г.Л., Кубарь О.И. Вакцинация от COVID-19 глазами медицинских работников — актуальный взгляд на проблему профилактической медицины // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 4. С. 24–41.
DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.23.78.003>

Поступила: 23.08.2023

Одобрена: 26.09.2023

Принята к печати: 15.12.2023

РЕЗЮМЕ. Период создания вакцин против COVID-19 и этап их применения отличался не только дефицитом научных знаний в области эпидемиологии инфекции, характера иммунологической защиты, данных по эффективности/безопасности, практической базе их применения и другим, но и соревновательным режимом разработки вакцин, сопровождающимся как реальными фактами компромиссных решений, так и нерегулируемой дискредитацией вакцин конкурентов и огромным отрицательным информационным воздействием путем создания стереотипа недоверия и скептицизма. Это вызвало дезориентацию общества в отношении вакцин/вакцинации, не способствовало истинной приверженности к ней. В настоящей работе внимание обращено к наиболее социально уязвимой профессиональной группе медицинских работников, непосредственно участвующих в массовой вакцинации, с целью изучения мнения врачей разных специальностей по вопросам вакцинопрофилактики в условиях вакцинации против COVID-19. Методическое осуществление цели было обеспечено разработкой специальной анкеты, проведением экспресс-опроса респондентов и применением адекватных статистических методов оценки полученных материалов. В ходе анализа результатов исследования выявлены различия в мотивации к собственной вакцинации врачей (добровольно или по приказу), в зависимости от статуса и профессионального опыта, обусловленные достоверным различием в оценке качества вакцин (доступность, безопасность и иммуногенность), базирующимся на факте доминанты применения отечественных вакцин общей платформы Спутник V, а также лимитом объективных данных динамического наблюдения за всеми классами вакцин. Рассмотрение диапазона колебаний мнения врачей по сумме вопросов, касающихся непосредственно процедуры вакцинации, информирования пациентов, удовлетворения их прав на выбор, автономию и конфиденциальность, выявило необходимость совершенствования системы подготовки медицинских работников и введения механизма обратной связи. Продемонстрирована аргументированная позиция врачей по вопросам целей массовой вакцинации

и причин отказа пациентов от вакцинации. В плане приверженности обязательной или добровольной вакцинации для гарантии формирования адекватного уровня коллективного иммунитета против COVID-19 отношение врачей разделилось примерно поровну. В целом представленная к публикации статья является реальным источником составления алгоритма действенных мер мотивационной и профессиональной подготовки специалистов для проведения вакцинопрофилактики в обычных и чрезвычайных эпидемиологических условиях.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: вакцинопрофилактика; вакцины против COVID-19; приверженность к вакцинации; мнение врачей о рутинной вакцинации и вакцинации против COVID-19.

VACCINATION AGAINST COVID-19 THROUGH THE EYES OF MEDICAL WORKERS — CURRENT VIEW OF THE PROBLEM PREVENTIVE MEDICINE

© *Asmik G. Asatryan¹, Irina L. Levchenko¹, Konstantin D. Ermolenko², Anastasia E. Nikitina³, Galina L. Mikirtichan³, Olga I. Kubar⁴*

¹ Saint Petersburg City Clinic N 88. General Simonyak 6, Saint Petersburg, Russian Federation, 198261

² Saint Petersburg Children's research and clinical center for infectious diseases. Professor Popov 9, Saint Petersburg, Russian Federation, 197022

³ Saint Petersburg State Pediatric Medical University. Lithuania 2, Saint Petersburg, Russian Federation, 194100

⁴ Saint Petersburg Pasteur Institute. Mira 14, Saint Petersburg, Russian Federation, 197101

Contact information: Asmik G. Asatryan — infectious disease doctor, healthcare organizer of City Clinic N 88. E-mail: aga_6183@mail.ru ORCID ID: 0000-0001-9263-5748 SPIN: 6859-3911

For citation: Asatryan AG, Levchenko IL, Ermolenko KD, Nikitina AE, Mikirtichan GL, Kubar OI. Vaccination against COVID-19 through the eyes of medical workers — current view of the problem preventive medicine. *Medicine and health care organization (St. Petersburg)*. 2023;8(4):24-41. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.23.78.003>

Received: 23.08.2023

Revised: 26.09.2023

Accepted: 15.12.2023

ABSTRACT. The period of creation of vaccines against COVID-19 and their implementation was distinguished not only by lack of scientific knowledge in the field of epidemiology of the infection, the nature of immunological protection, data on effectiveness/safety, practical basis for vaccines use, etc., but also by the competitive regime of vaccine development, accompanied by both real facts of compromise solutions, and unregulated discrediting of competitors' vaccines and huge negative information impact by creating a stereotype of mistrust and skepticism. ALL this caused public disorientation regarding vaccines/vaccination and did not promote true adherence to it. In this work, attention is drawn to the most socially vulnerable professional group of medical workers directly involved in mass vaccination, in order to study the opinions of doctors of different specialties on the issues of vaccine prevention in the context of vaccination against COVID-19. The methodical implementation of the goal was provided by the development of a special questionnaire, conducting an express survey of respondents and the use of adequate statistical methods for assessing the received materials. The analysis of the study results revealed differences in the motivation of doctors for their own vaccination (voluntarily or by order), depending on their status and professional experience, due to a significant difference in assessing the quality of vaccines (availability, safety and immunogenicity), based on the fact of the dominant use of domestic vaccines the common Sputnik V platform, as well as the limit of objective data for dynamic monitoring of all classes of vaccines. Consideration of the range of fluctuations in the opinions of doctors on a number of issues related to the vaccination procedure itself, informing patients, satisfying their rights to make choice, autonomy and confidentiality, revealed the need to improve the training system and introduce a feedback mechanism. The reasoned position of doctors on the goals of mass vaccination and the reasons for patients' refusal to vaccinate is concerned. In terms of commitment to mandatory or voluntary vaccination to

ensure the formation of an adequate level of collective immunity against COVID-19, the attitude of doctors spread out approximately equally. In general, the article submitted for publication is a real source for drawing up an algorithm for effective measures of motivational and professional training of specialists for conducting vaccine prevention in routine and emergency epidemiological conditions.

KEY WORDS: vaccine prevention; vaccines against COVID-19; adherence to vaccination; doctors' opinions on routine vaccination and vaccination against COVID-19.

ВВЕДЕНИЕ

11 мая 2023 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила о завершении пандемии COVID-19, однако глобальный ущерб мировой системе здравоохранения и чрезвычайные социально-этические потрясения пандемии еще только предстоит проанализировать и сделать выводы, способные повлиять на нейтрализацию пост-пандемических угроз во всех сферах общественного здравоохранения. Своеобразным «зеркалом», в котором социально-нравственные проблемы отразились с особой силой, стала вакцинопрофилактика. Обширный медицинский и новостной ряд публикаций со всей очевидностью демонстрирует тот факт, что, начиная с разработки и создания вакцин, и заканчивая оценкой результатов вакцинации, имел место глубокий нравственный слом, поразивший все слои гражданского общества [10, 32]. Динамическое рассмотрение различных сторон и причин этого явления, в свою очередь, определило зону нашего профессионального внимания на всех этапах проведения вакцинации.

Особую ответственность имеет обращенность внутрь профессии и понимание той роли, которая выпала на долю медицинских работников. Приняв на себя всю тяжесть ситуации по пандемии, но и участвуя в ней не только профессионально, но и лично — теряя близких и коллег, испытывая дефицит объективных данных и находясь в общем информационном и социальном пространстве нагнетаемого страха и тревоги, именно медицинские работники оказались на нравственном рубеже исполнения долга и формирования решений по вакцинации для себя и своих пациентов. Первой линией организации и проведения вакцинации прикрепленного населения и различных рабочих коллективов в сжатые сроки стали городские поликлиники, что потребовало мобилизации организационных, медицинских, образовательных ресурсов и больших моральных усилий.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить мнение врачей разных специальностей по вопросам вакцинопрофилактики в условиях вакцинации против COVID-19.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное исследование было осуществлено в ряде городских поликлиник Санкт-Петербурга, где в период с декабря 2020 по апрель 2023 г. проводилась вакцинация населения от COVID-19. Для цельного восприятия методического формата выполнения представленной работы следует учитывать общую специфику массовой вакцинации от COVID-19. Необходимыми условиями для достижения большего охвата прививками являлись: наличие нормативного регулирования, доступность вакцин, информирование общества с целью повышения приверженности к вакцинации, совершенствование логистики и инфраструктуры вакцинального процесса. С практической точки зрения это выразилось в разработке новых и адаптации действующих федеральных руководств и положений, их внедрении, создании гарантированного запаса вакцин, обеспечении условий их качественного хранения и рационального использования. Помимо этого, обязательным являлось осуществление разнопланового уровня контактов и оповещения населения, изменение рутинной практики вакцинации, внедрение новых логистических цепочек, что, в свою очередь, требовало постоянного и регулярного обучения вовлеченного персонала. Высокий уровень динамического напряжения в сфере регулирования и этического сопровождения медико-эпидемиологических мероприятий при пандемии COVID-19 обусловил актуальность исследования, отражающего социально-нравственный срез ситуации, сложившейся при вакцинации против COVID-19.

Указанные выше положения составили базовую сторону системы, в условиях которой в конце 2022 года, на втором году компании мас-

совой иммунизации, нами был проведен опрос медицинских работников. Для этого была разработана специальная анкета, в которой мы постарались охватить все звенья организации иммунизации населения, призванные обеспечить самые важные факторы формирования доверия к вакцинации — эффективность, безопасность, нормативную и этическую обоснованность. Существенное значение имел выбор конкретной рабочей группы наблюдения и учет факторов возможного влияния на выбор врача и характер его решения. Эти моменты и составили методическую часть работы.

В соответствии с целью опрос был проведен среди врачей, которые в период пандемии принимали непосредственное участие в вакцинопрофилактике, ежедневно решали сложные клинические задачи, требующие трудных моральных размышлений, выбирая иногда между положениями рекомендательных документов и собственной неуверенностью в правильности выбранных ими решений. Подразделениями, где работали респонденты, были взрослые и детские поликлиники, женская консультация, отделение скорой медицинской помощи.

Было роздано 138 анкет. Несмотря на предварительное информирование, получение согласия респондента на участие в исследовании и подробные разъяснения цели и задач анкетирования, в добровольном анонимном опросе приняли участие только 100 врачей. Среди ответивших респондентов 60,0% работали в участковой службе (педиатры и терапевты) и в детских образовательных учреждениях, 10,0% — в администрации поликлиник, 30,0% составили узкие специалисты. Распределение по стажу показало следующее: 61,0% респондентов имели стаж работы более 10 лет, 24,0% — до 5 лет, 15,0% — 5–10 лет. Важно отметить, что 75,0% респондентов имели опыт участия в проведении вакцинации до пандемии COVID-19 в рамках реализации Национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям.

Статистическая обработка материала проведена с помощью программы STATISTICA for Windows, v.10 (StatSoft, США) с использованием параметрических и непараметрических критериев. Для каждой группы вычислены дескриптивные характеристики: частота встречаемости признака (для дискретных признаков), среднее значение показателя (M), стандартное отклонение (σ), ошибка среднего (m), минимум, максимум, медиана и квартили для признаков с непрерывным распределением.

Категориальные данные представлены в виде относительных (доли, %) и абсолютных показателей; значимость различий оценивали с помощью критерия χ^2 с поправкой Йетса. При необходимости детализации информации проводилось вычисление доли положительных ответов по различным признакам: стаж, врачебная специализация, подразделение. В связи с тем, что количественные данные не подчинялись закону нормального распределения (согласно критерию Колмогорова–Смирнова), они представлены в виде медианы (Me) и межквартильного размаха (Q1–Q3).

С целью выявления факторов, связанных с отказом от вакцинации, использовали множественный логистический регрессионный анализ. Определялось отношение шансов, отражающее тесноту связи признака А с признаком Б в некоторой статистической популяции. Отличия считались статистически значимыми при значении $p < 0,05$. Врачи, сообщившие о негативной оценке к вакцинации, были введены в регрессионную модель в качестве зависимой дихотомической переменной (в результаты). Графики и диаграммы построены в программах Excel, GraphPadPrism.

Анализ материалов анкетирования и статистических данных был осуществлен последовательно в соответствии с порядком вопросов и разделов анкеты.

Протокол проведения данной работы и «Анкета врача» были представлены на этическую экспертизу и получили одобрение Локального комитета по этике медицинского учреждения (протокол заседания ЛЭК СПб ГБУЗ ГП № 88 от 08.09.2022 г. № 10).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных данных, в первую очередь, показал, что в вакцинации населения против COVID-19 был задействован весь медицинский персонал, вне зависимости от специализации врачей.

При выяснении профессиональных обязанностей респондентов оказалось, что 14,0% были ответственны за организационные вопросы иммунизации, 75,0% — принимали непосредственное участие в процедуре допуска к вакцинации.

Разумеется, нас интересовали ответы врачей на вопрос анкеты: «Вакцинировались ли Вы против COVID-19? Если да, была ли эта вакцинация обязательной, т.е. связанной с характером работы, необходимостью иного рода или по личному решению?». Для корректного

восприятия ответа на данный вопрос следует учитывать, что персональная приверженность медицинских работников к вакцинации основана на постулате о неопровержимо положительном влиянии иммунизации на управление эпидемической ситуацией в историческом ключе и современном опыте по контролю и ликвидации ряда управляемых инфекций [7, 20]. Другим уровнем в этой системе служит выполнение долга, исполнение приказа и баланс различного рода ответственностей, присущих медицинской деятельности: профессиональной, социальной

и персональной. Говоря о соотношении этих параметров, следует иметь в виду, что даже персональная ответственность у медика не может быть абсолютно отделена от двух других, поскольку медицинский долг требует личной защиты в аспекте правильного противоэпидемического поведения [6]. Именно с учетом этого представляется важным оценить результаты опроса. Так, среди респондентов всего 77,0% врачей прививались против COVID-19. Из числа вакцинированных врачей 61,0% сделали прививку добровольно, 39,0% — прину-

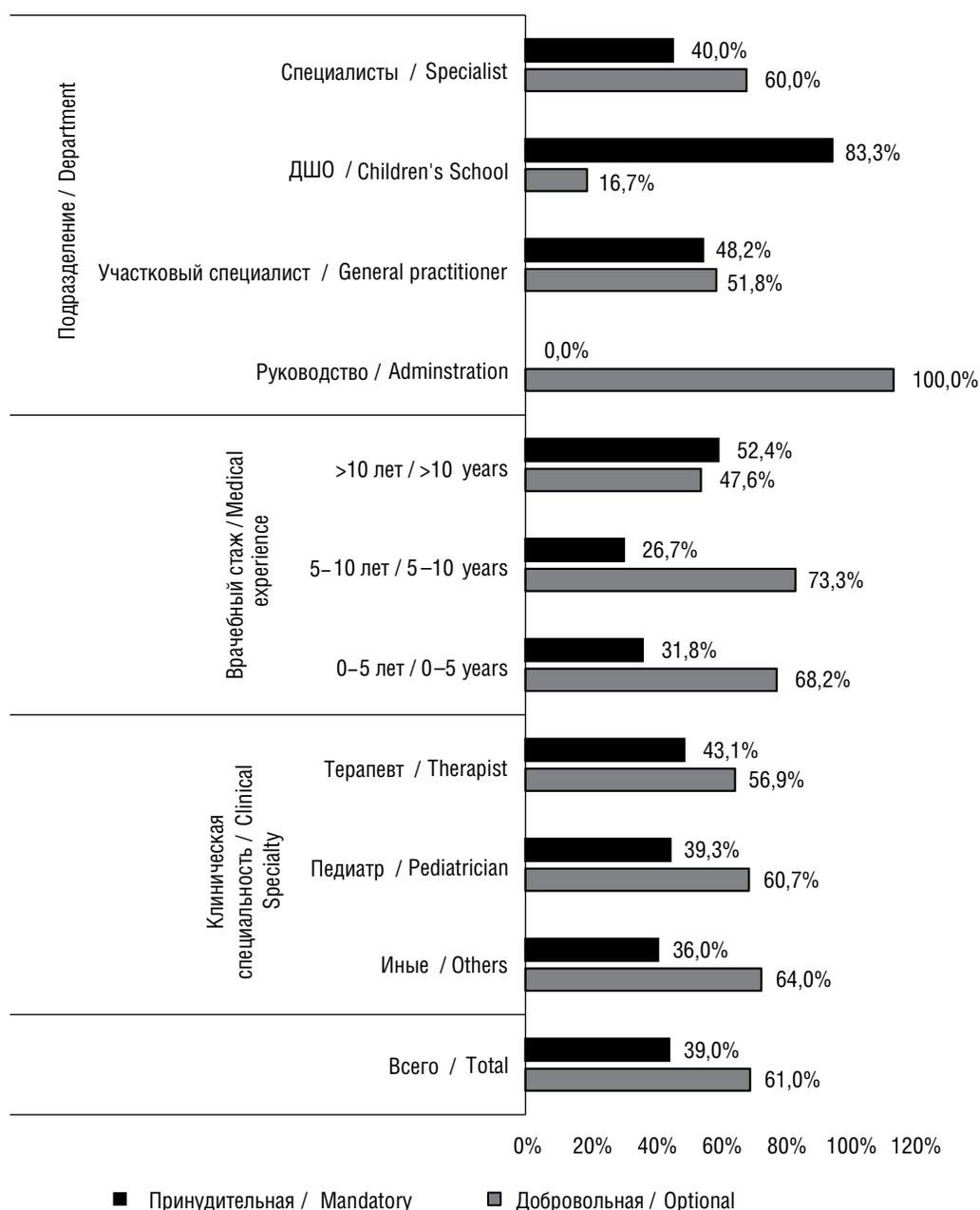


Рис. 1. Отношение врачей к вакцинации от COVID-19 в зависимости от специальности и стажа работы респондентов

Fig. 1. Attitude of doctors to vaccination against COVID-19 depending on the specialty and work experience of the respondents

дительно. Работники администрации поликлиник, согласно их ответам, в 100% прививались добровольно. Анализ ответов респондентов в зависимости от стажа и специальности представлены на рисунке 1. Добровольно вакцинировались 57,0% терапевтов и 61,0% педиатров ($p=0,29$). Врачи с большим стажем, имеющие непосредственное отношение к ведению больных с COVID-19 или наблюдающие контактных по заболеванию (терапевты и педиатры), были менее привержены вакцинации: добровольно вакцинировались 48,0% врачей со стажем более 10 лет; 73,0% врачей со стажем от 5 до 10 лет; 68,0% со стажем менее 5 лет ($p=0,01$).

Понимание факта не стопроцентного позитивного отношения к вакцинации можно объяснить общей несостоятельностью блока достоверных данных о вакцинах и самой инфекции, и беспрецедентной агрессией и негативизмом

в отношении вакцинации в средствах массовой информации (СМИ). При этом произошло резкое разделение не только обывательского мнения, но и позиции ряда представителей авторитетного профессионального и религиозного сообщества, обладающего мощным ресурсом влияния, что ранее было показано в серии публикаций, включая авторские [9, 10, 32, 33].

При изучении мнения врачей о причинах их отказа от вакцинации был применен метод множественного логистического регрессионного анализа. На рисунке 2 показано отношение шансов, отражающее силу связи между отказом врачей от добровольной вакцинации и параметром, по результатам множественного логистического регрессионного анализа. Красным цветом выделены факторы, повышающие вероятность отказа, зеленым — снижающие, синий — отсутствие влияния.

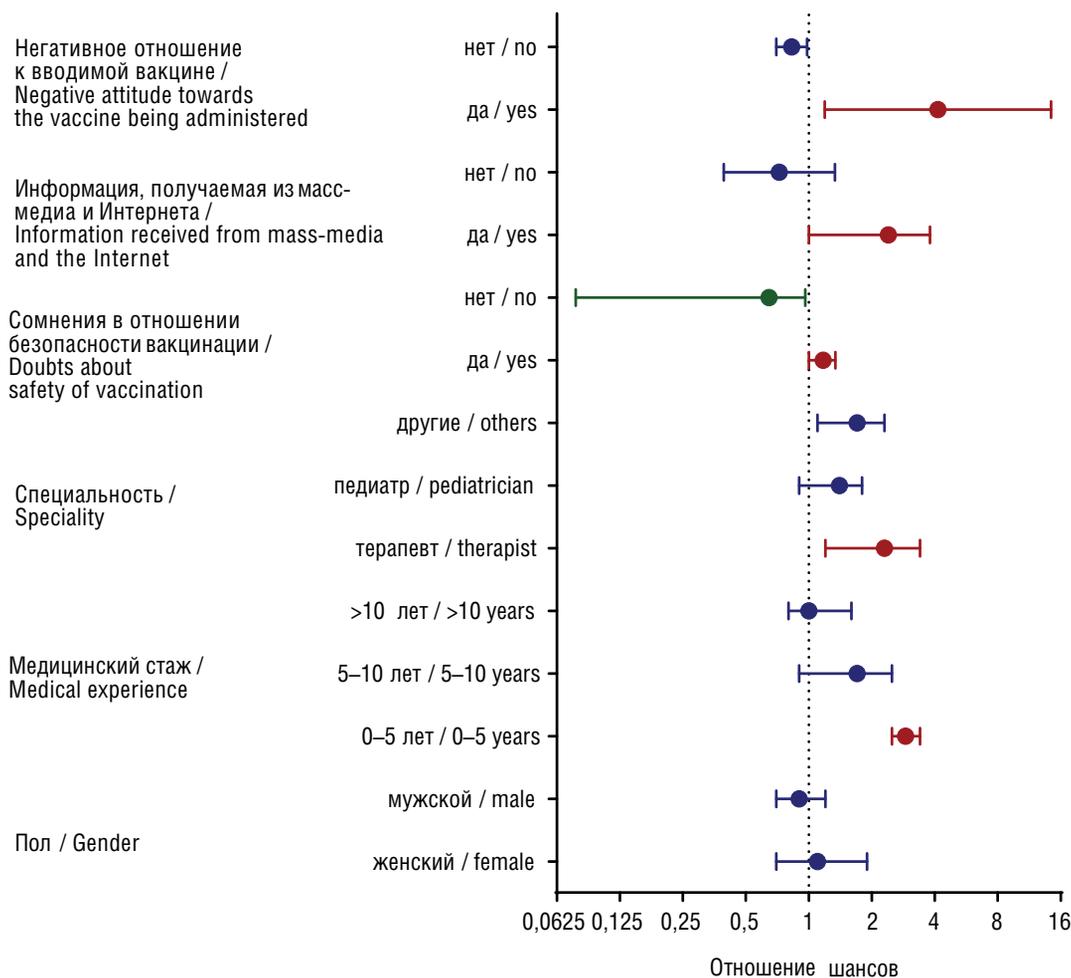


Рис. 2. Отношение шансов отказа врачей от добровольной вакцинации против COVID-19 в зависимости от специальности, стажа и пола респондентов

Fig. 2. Odds ratio of doctors refusing voluntary vaccination against COVID-19 depending on specialty, length of service and gender of respondents

Результаты свидетельствуют, что наиболее значимым фактором, повышающим вероятность отказа, явилась низкая оценка качества самого вводимого препарата, как в отношении его безопасности (повышала вероятность отказа в 2,4 раза), так и иммуногенности (повышала вероятность отказа в 4,13 раза). Показана также сила связи между отказом врачей от добровольной вакцинации и их стажем и специализацией. Чаще отказывались от вакцинации врачи-терапевты ($OR=2,3\pm 1,1$) со стажем менее 5 лет ($OR=2,67\pm 0,71$).

Негативное отношение к вводимой вакцине и сомнения в ее качестве также уменьшали шансы добровольной вакцинации ($OR=1,49\pm 0,31$ и $OR=4,27\pm 1,27$). На решение врачей о добровольной вакцинации существенно влияла информация, получаемая из СМИ и Интернета ($OR=2,12\pm 0,43$).

Важной частью анкеты был раздел «Юридические основы вакцинопрофилактики». Приступая к анализу ответов врачей по этому разделу, целесообразно учитывать следующие реалии законодательства Российской Федерации (РФ). Стабильная правовая база РФ способна

обеспечить качество и эффективность каждого этапа вакцинации и гарантировать соблюдение универсальных этических принципов при ее проведении в обычном, не экстремальном режиме [31]. Основные принципы и положения, регламентирующие вакцинопрофилактику в РФ, определены в Федеральном законе от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», отражены в «Практическом пособии», доступном каждому врачу, занимающемуся вакцинацией, в актуальной версии Национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям [14]. Знание положений этих документов входит в круг профессиональных обязанностей каждого врача и составляет базовый правовой и этический фундамент вакцинопрофилактики [2–4, 17–19]. По данным анкетирования, большинство опрошенных врачей (94,0%) считали, что они вполне владеют положениями национального законодательства по вакцинопрофилактике. При этом, уточняя источники информации своих знаний, 59,0% респондентов отметили профильные семинары, 32,0% сообщили,

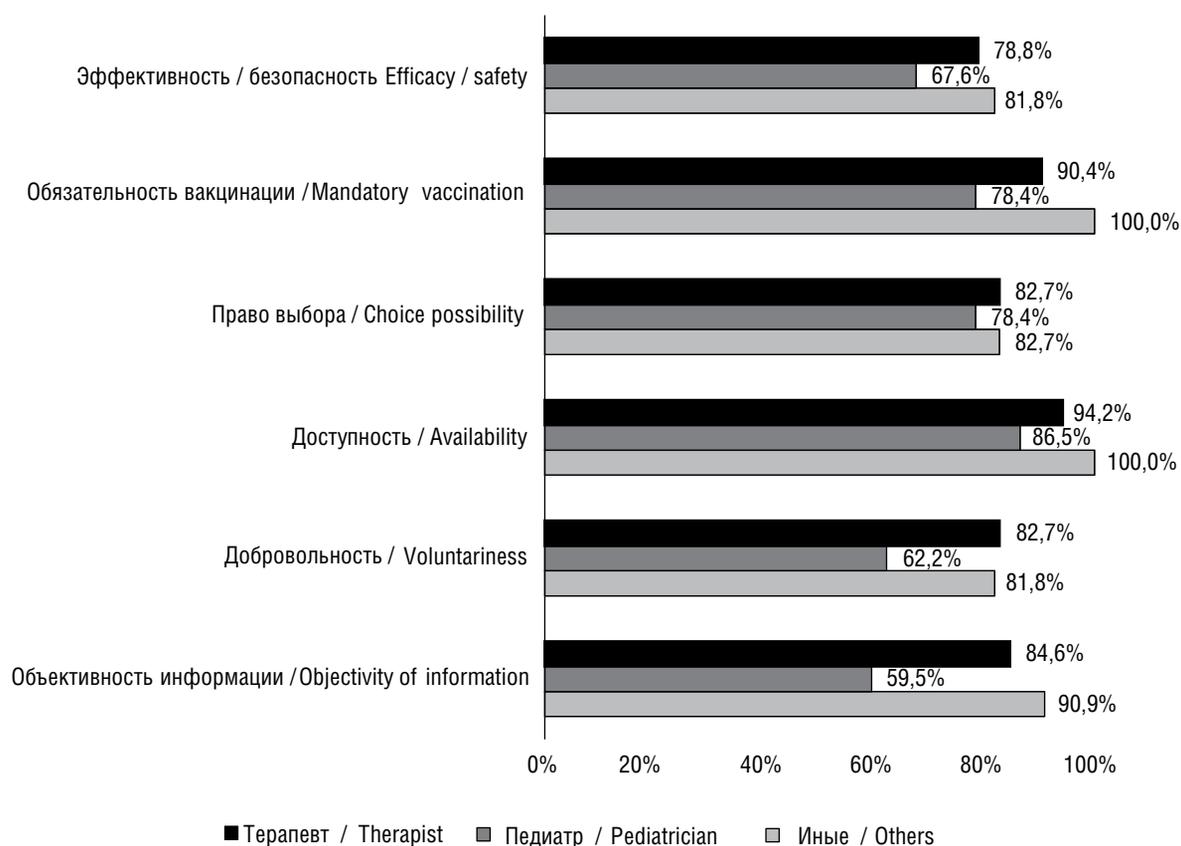


Рис. 3. Распределение ответов врачей разных специальностей относительно реализации принципов вакцинации

Fig. 3. Distribution of responses from doctors of various specialties regarding the implementation of vaccination principles

что самостоятельно знакомятся с документами, 4,0% ориентировались на СМИ, 3,0% — на медицинские брошюры, 2,0% — на выступления лидеров мнений.

Только 56,0% респондентов выразили свое мнение о том, как реализуются на практике основные принципы организации вакцинопрофилактики. Среди них 75,0% считали, что проводится объективное информирование населения, соблюдается принцип добровольности и ведется контроль и учет эффективности и безопасности вакцинации; 92,0% отметили ее доступность, 82,0% считали, что реализуется право пациента на выбор медицинского учреждения и вакцины, 87,0% — что проводится обязательная вакцинация лиц с определенными профессиями. Мнение врачей разных специальностей из числа респондентов о реализации принципов вакцинации отражено на рисунке 3. Больше всего положительных ответов о соблюдении того или иного принципа получено от терапевтов и врачей других специальностей, в отличие от них педиатры реже высказывались о четкой реализации этих принципов. К сожалению, врачи не дали пояснения своим ответам.

Необходимо заметить, что в отношении тактики вакцинации период пандемии COVID-19 не являлся обычной ситуацией и был более уязвимым с точки зрения юридической подготовленности врачей. Медицинские работники были поставлены в экстремальные условия не только физически (вследствие дефицита кадровых, временных и материальных ресурсов), морально и интеллектуально (из-за отсутствия достаточных достоверных и апробированных данных), но и юридически. А именно, вследствие чрезвычайного характера текущего правотворчества в юридической доктрине появился такой термин, как «вирусспруденция» [21]. В результате экстренных условий было сформировано ситуационное законодательство, которое устанавливало особый режим взаимодействия государства и населения со значительными ограничениями прав граждан и организаций, перераспределением полномочий между органами государственной власти, что, в свою очередь, влияло на легитимность принимаемых решений [5, 12].

Многие вопросы, подлежащие правовому регулированию на уровне закона, были по факту разрешены подзаконными нормативными актами. Для обычного порядка функционирования общества это является фактором смещения баланса трех ветвей власти в сторону исполнительной. По данным 2022 года на федеральном уровне число подзаконных актов в 14 раз пре-

вышало число принятых федеральных законов. Общее число принятых только на федеральном уровне актов составляло 855 документов, включая 388 нормативных правовых актов и 451 документ рекомендательного и информационного характера. Среди этих документов 25 федеральных законов, 16 указов Президента РФ, 119 постановлений Правительства РФ [21]. В условиях, когда многие врачи недостаточно владеют фундаментальными правовыми основами вакцинопрофилактики, ориентирование в таком значительном массиве новых документов, не отличающихся бесспорностью, оказалось вдвойне сложной задачей. Ограничения со стороны подзаконных актов коснулись не только свободы передвижения, объема доступных социальных услуг, образования, безопасности, семейной жизни, защиты персональных данных и гарантий в области труда, но и таких прав, как уважение человеческого достоинства и добровольность участия в медицинском эксперименте, которые признаны естественными, неотчуждаемыми и гарантируемыми высшим законом страны — Конституцией РФ. Юридические коллизии, очевидные не только профессиональным юристам, но и компетентному в этих вопросах медицинскому сообществу, безусловно, не способствовали твердой убежденности врачей в отношении продвижения вакцин против COVID-19 и порождали недоверие к общественному здравоохранению со стороны населения [1].

Существенное значение имеет обязанность врача формировать положительное отношение к вакцинации. Значимость этого в нашем исследовании признали 64,0% респондентов, среди них 67,6% педиатров, 90,0% узких специалистов и 75,0% терапевтов.

Переходя к анализу и трактовке ответов респондентов по разделу отношения к вакцинам, следует учитывать, что целесообразность создания вакцин как инструмента сдерживания пандемии была закономерной, оправданной и социально востребованной [9, 10]. В ходе реализации программы массовой иммунизации против COVID-19 в одном из учреждений, участвующих в исследовании, по данным «Официального ежедневного статистического отчета учреждения «Первичный отчет по форме 40 COVID-19», было использовано более 122 100 доз вакцины Гам-КОВИД-Вак (Спутник V), более 300 доз Гам-КОВИД-Вак-М, более 19 900 доз Спутник Лайт, более 2840 доз ЭпиВакКорона и более 3030 доз КовиВак. Приведенный перечень убедительно демонстрирует факт численной доминанты примене-

ния вакцин, относящихся к общей платформе «Спутник V» (Гам-КОВИД-Вак, Гам-КОВИД-Вак-М, Спутник Лайт), составившей суммарно более 142 300 доз, что по сравнению с вакцинами другого класса, таких как ЭпиВакКорона и КовиВак, были больше соответственно в 50 и 47 раз. Эти соотношения имели существенное значение при анализе данных, проясняющих отношение врачей к вакцинам российского производства против COVID-19, исходя из основных критериев качества вакцин: эффективности, безопасности и доступности препаратов.

По ответам респондентов (рис. 4) вакцины Спутник V и Спутник Лайт были определены как самые доступные: соответственно 97,0 и 84,0%. Эти же вакцины были названы и самыми эффективными: соответственно 88,0 и 81,0%. Мы можем комментировать данную ситуацию как объективное мнение, так как количество доз этих вакцин, использованных в ходе вакцинальной кампании, позволило сформировать отношение врачей к препарату с точки зрения переносимости. В безопасности этих вакцин были уверены соответственно 89,0 и 87,0% врачей. Однако самой безопасной была названа вакцина ЭпиВакКорона (98,0%), а в безопасности вакцины КовиВак были уверены 74% врачей ($p=0,00028$), хотя, учитывая, отмеченное выше, очень ограниченное количество использованных препаратов, многие врачи не

имели опыта работы с ними. Сложно сказать, как определяли эффективность вакцин КовиВак и ЭпиВакКорона врачи, отдав им соответственно 66,0 и 59,0% ($p=0,31$), поскольку их опыт был также ограничен не только численностью самих вакцин, но и зачастую отсутствием реальной практики наблюдения. На наш взгляд, показатели о вакцинах КовиВак и ЭпиВакКорона не могут быть объективными по факту небольших групп вакцинированных: в течение двух лет только 1349 человек были вакцинированы вакциной ЭпиВакКорона и 1314 вакциной КовиВак.

Формированию мнения врачей о вакцинах способствует позитивное информационное сопровождение этих вакцин [27]. Однако в ходе массовой вакцинации против COVID-19 отсутствовали публикации о результатах проведенных официальных исследований об эффективности и безопасности применяемых вакцин в источниках, доступных широкому кругу врачей. Дефицит объективной информации способствовал скептическому отношению врачей к вакцинам, и, как результат, низкую приверженность к вакцинации [13, 15, 22–24]. Подобные факты продемонстрированы в ряде исследований, проведенных в других странах [26, 28].

Респондентам также предлагалось оценить зарубежные вакцины против COVID-19. Как видно из рисунка 5, только незначительное число

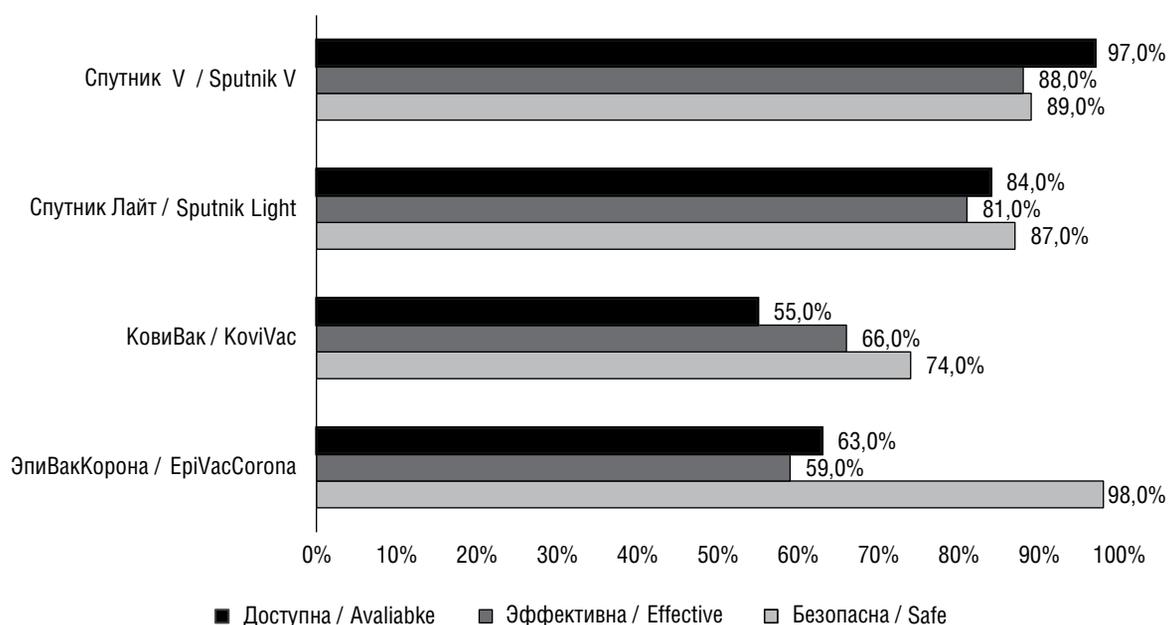


Рис. 4. Отношение врачей к вакцинам российского производства против COVID-19 в зависимости от основных критериев качества вакцин

Fig. 4. The attitude of doctors towards Russian-made vaccines against COVID-19, depending on the main criteria for the quality of vaccines

респондентов выразили свое мнение о вакцинах, а в основном отвечали честно: «Не знаю». На вопрос: «Какие из зарубежных вакцин Вы хотели бы иметь в арсенале?», респонденты отдали предпочтение вакцине компании Pfizer.

В ходе опроса мы также выясняли, существовала ли возможность выбора врачом той или иной отечественной вакцины против COVID-19 при допуске пациента к вакцинации, а также аргументы врачей, по которым был сделан этот выбор. Установлено, что 72,0% респондентов имели возможность выбора вакцины. Из них 83,3% исходили из ме-

дицинских показаний, 81,9% — учитывали желание пациента. Комментируя ответы на этот вопрос, следует подчеркнуть, что, уважая право пациента на выбор препарата, врачи, в первую очередь, ориентировались на соблюдение инструкции к препаратам и клинические рекомендации. Важно заметить, что в ходе вакцинации против COVID-19 регуляторные документы МЗ РФ, регламентирующие порядок ее проведения, а также инструкции по применению конкретных вакцин регулярно обновлялись по мере накопления клинических и научных данных [2].

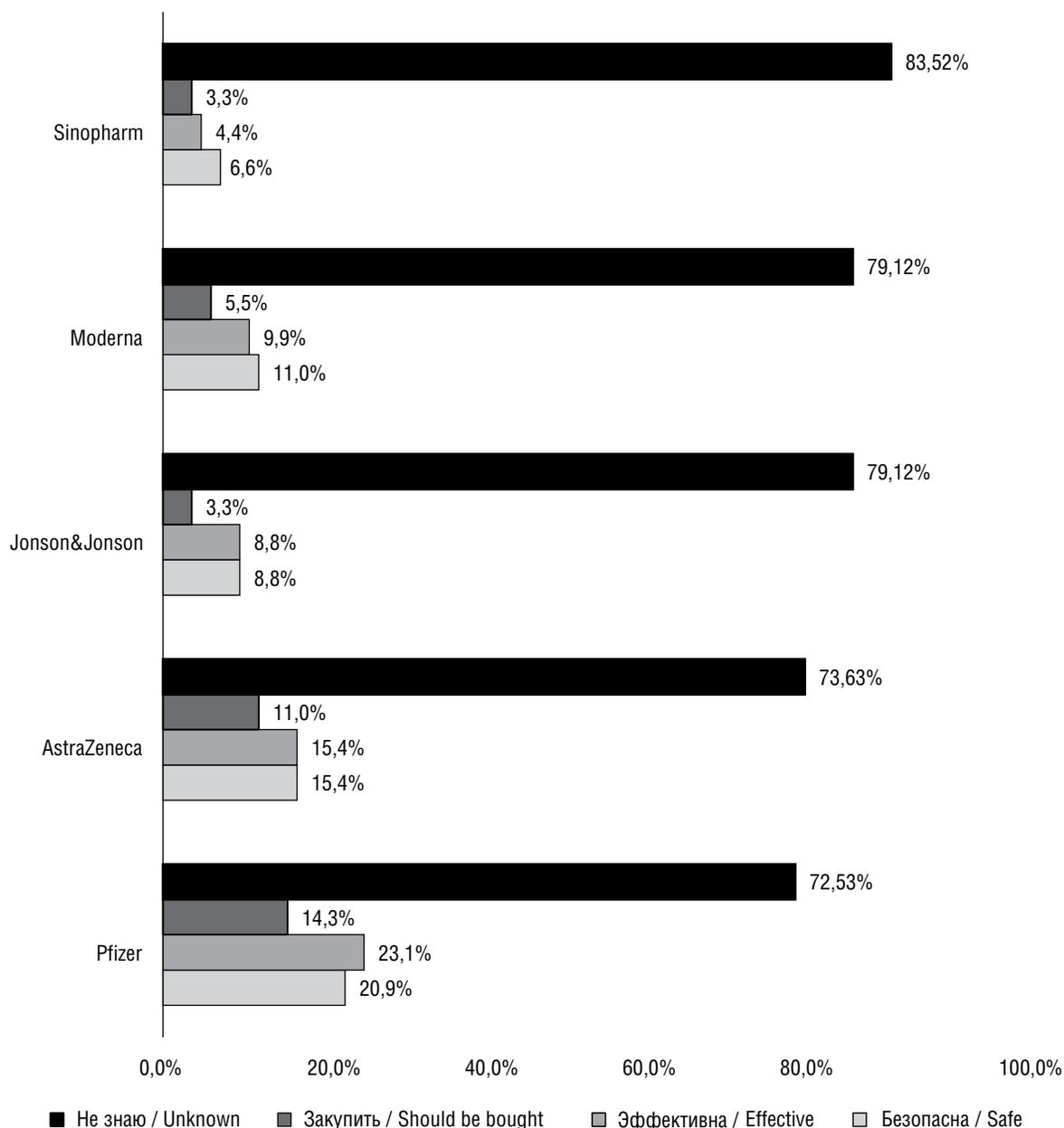


Рис. 5. Отношение врачей к вакцинам против COVID-19 зарубежных производителей

Fig. 5. The attitude of doctors towards foreign vaccines against COVID-19

Следующий раздел анкеты включал вопросы, касающиеся непосредственно самой процедуры вакцинации. Особый интерес, безусловно, имел вопрос о реализации основного принципа вакцинации населения — информирования, прописанного в нормативных документах [4, 17–19]. На этот вопрос ответили 100% респондентов, при этом 96,0% четко обозначили информирование пациентов о вакцинах как одну из главных своих задач. В то же время в ответах было отмечено, что 91,0% беседуют о необходимости вакцинации, 94,0% — о последствиях отказа от вакцинации, 94,0% — о поствакцинальных явлениях, 87,0% — о безопасности вакцин, 83,0% сообщают пациенту о возможности выбора вакцины, 81,0% — о возможности выбора медицинского учреждения не по месту жительства, 75,0% — о возможности выбора врача.

Аргументация врачей по вопросу, с какой целью проводится вакцинация (рис. 6), состояла в следующем: 75,0% терапевтов, 73,0% педиатров и 63,6% других специалистов предла-

гали вакцинироваться с целью предупреждения распространения инфекции; соответственно 78,8% терапевтов, 81,1% педиатров и 81,8% других специалистов предлагали вакцину для профилактики заболевания; как гарантию более легкого течения болезни рекомендовали вакцину 80,8% терапевтов, 91,9% педиатров и 90,9% других специалистов; в качестве средства индивидуальной защиты от заражения COVID — 19% предлагали вакцинироваться 86,5% терапевтов, 89,2% педиатров и 81,8% других специалистов. 64,0% всех респондентов считали эту миссию своим гражданским долгом.

Значение полученных результатов о «комплексной» роли вакцинации в деле борьбы против COVID-19, должно быть осмыслено на базе признания одной из главнейших и трудно решаемых задач систем здравоохранения разных стран, а именно обеспечение и стабильное сохранение высокого охвата населения прививками против управляемых инфекций, в достижении которого приоритетное значение имеет фактор доверия общества к вакцинации [8, 11].

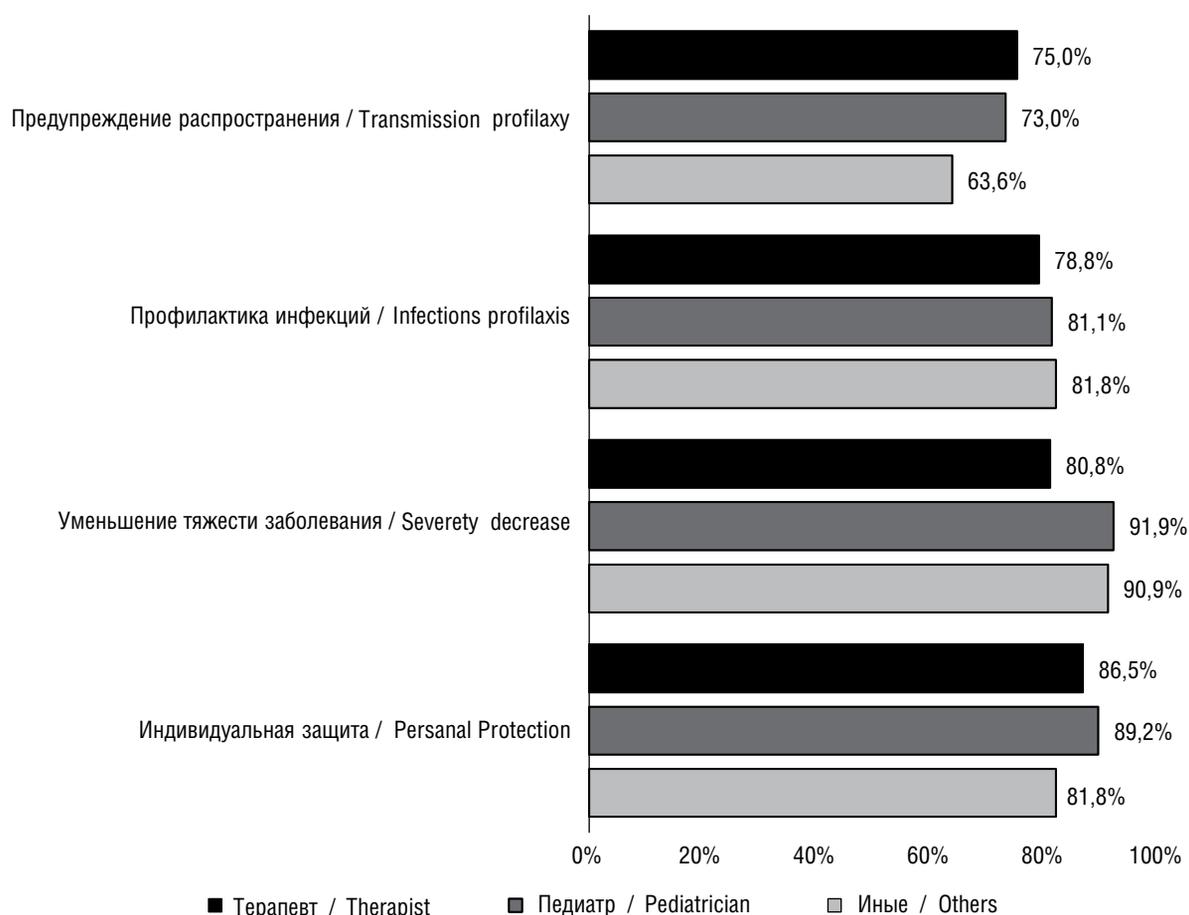


Рис. 6. Мнение специалистов различного профиля о ведущих аргументах при обосновании необходимости вакцинации

Fig. 6. Opinions of specialists in various fields about the leading arguments in justifying the need for vaccination

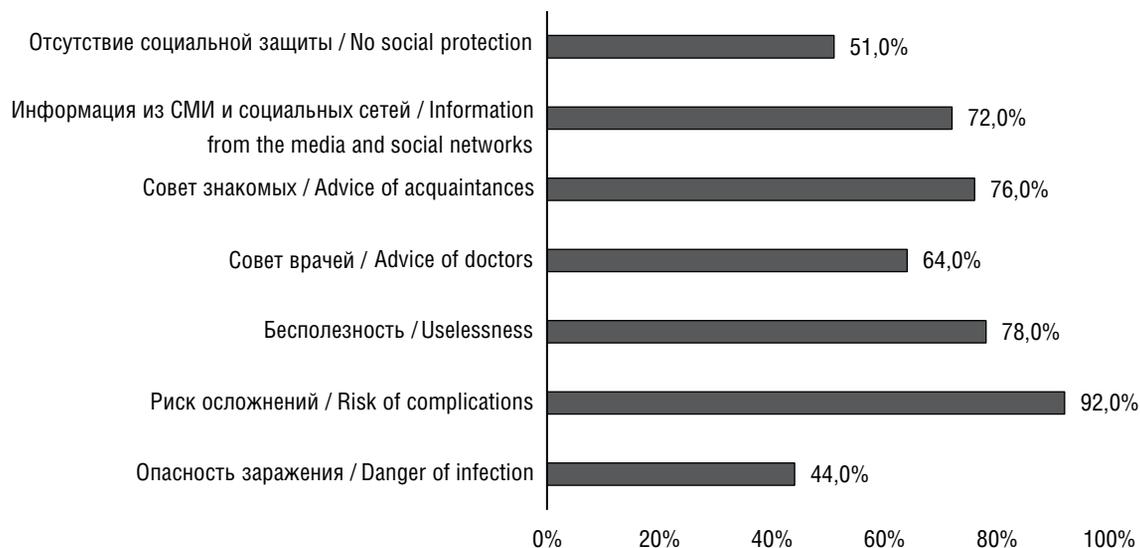


Рис. 7. Ведущие аргументы отказа пациентов от рутинной вакцинации по мнению респондентов

Fig. 7. The leading arguments for patients' refusal of routine vaccination according to respondents' opinion

В связи с этим был крайне значим следующий блок вопросов, выявляющий мнение врачей о причинах отказов пациентов от рутинной вакцинации и вакцинации против COVID-19, о действиях врачей при отказе пациентов от вакцинации, а также их отношении к некоторым вопросам этического характера.

Среди причин, по которым, по мнению врачей, пациенты отказывались от рутинной вакцинации (рис. 7) 44,0% респондентов назвали страх заразиться инфекцией; 51,0% написали, что пациенты не чувствуют себя социально защищенными при возникновении поствакцинальных осложнений; 64,0% — что пациенты прислушиваются к совету врачей; 72,0% считают, что ведущую роль играют социальные сети, СМИ; 76,0% — что пациенты следуют совету знакомых и родственников; 78,0% уверены, что пациенты считают вакцинацию бесполезной; 92,0% — что пациенты боятся возникновения осложнений.

Анализируя ответы респондентов на прямо поставленный вопрос: «Как Вы считаете, при отказе от вакцинации родители защищают или нарушают права детей?», 80,0% врачей независимо от стажа и специальности ответили: «Родители нарушают права детей». Заметим, что среди педиатров так считают 89,2%.

Определяя причины нежелания пациентов привиться конкретно против COVID-19, мнения наших респондентов распределились следующим образом: 42,0% назвали страх осложнений после прививки; 87,0% указали, что пациенты считали вакцинацию бесполезной;

87,0% были уверены, что пациенты не доверяли исследованиям и испытаниям вакцин; 91,0% считали, что было очень мало информации о вакцинах; но больше всего (94,0%), что большое влияние имело мнение других людей. На этот вопрос ответили 97,0% респондентов, причем независимо от стажа и специальности все врачи были солидарны в этих оценках. Ответы респондентов разных специальностей и стажа представлены на рисунке 8. Резюмируя, отметим, что при рутинной вакцинации и при вакцинации против COVID-19 мнения врачей о причинах отказа пациентов от вакцинации не всегда совпадали. Так, при вакцинации против COVID-19 респонденты меньше называли такую причину, как риск осложнений, а чаще отмечали значимость мнения других людей о вакцинах и бесполезность вакцинации. Опасность заражения инфекцией как аргумент отказа пациентов при вакцинации против COVID-19 респонденты не отметили вовсе.

Интересно, что данные социологических опросов, опубликованные в центральной прессе, указывали на те же аргументы при отказе от вакцинации, с одной стороны, касающиеся дефицита открытых и объективных данных, а с другой стороны, избытия некомпетентной и противоречивой информации в популярных СМИ [9, 16, 32].

В литературе обсуждается вопрос, какие действия должен предпринимать врач при отказе пациента от вакцинации вообще и в случае вакцинации от COVID-19 в частности [30]. Этот вопрос был задан и нашим респондентам.

40,0% врачей отметили, что при отказе пациента от вакцинации делают запись в соответствующем документе и не продолжают разговор; 80,0% стараются убедить, тщательно объясняя риск, которому подвергается пациент; 62,0% также предупреждают о санкциях, например, проблеме с поездками, посещениями публичных мест и другое. В целом ответы респондентов свидетельствуют о том, что не все врачи хотят обсуждать вопросы вакцинации с пациентами, которые изначально отказываются от нее. По мнению ряда авторов, причинами этого может быть дисбаланс между сложностью

разговора с пациентом или его родителями и возможностями врача в рамках рутинной практики, нежелание пациента в принципе слушать иное мнение или информацию, а также, что кажется наиболее важным, недостаточность у врачей коммуникативных навыков общения с такими пациентами. Данная проблема имеет системный характер и требует консолидации усилий государства, гражданского общества и медицинского сообщества [25, 29].

В ходе опроса был затронут вопрос о необходимости конфиденциальности информации о вакцинации: «Должны ли и могут ли врачи со-

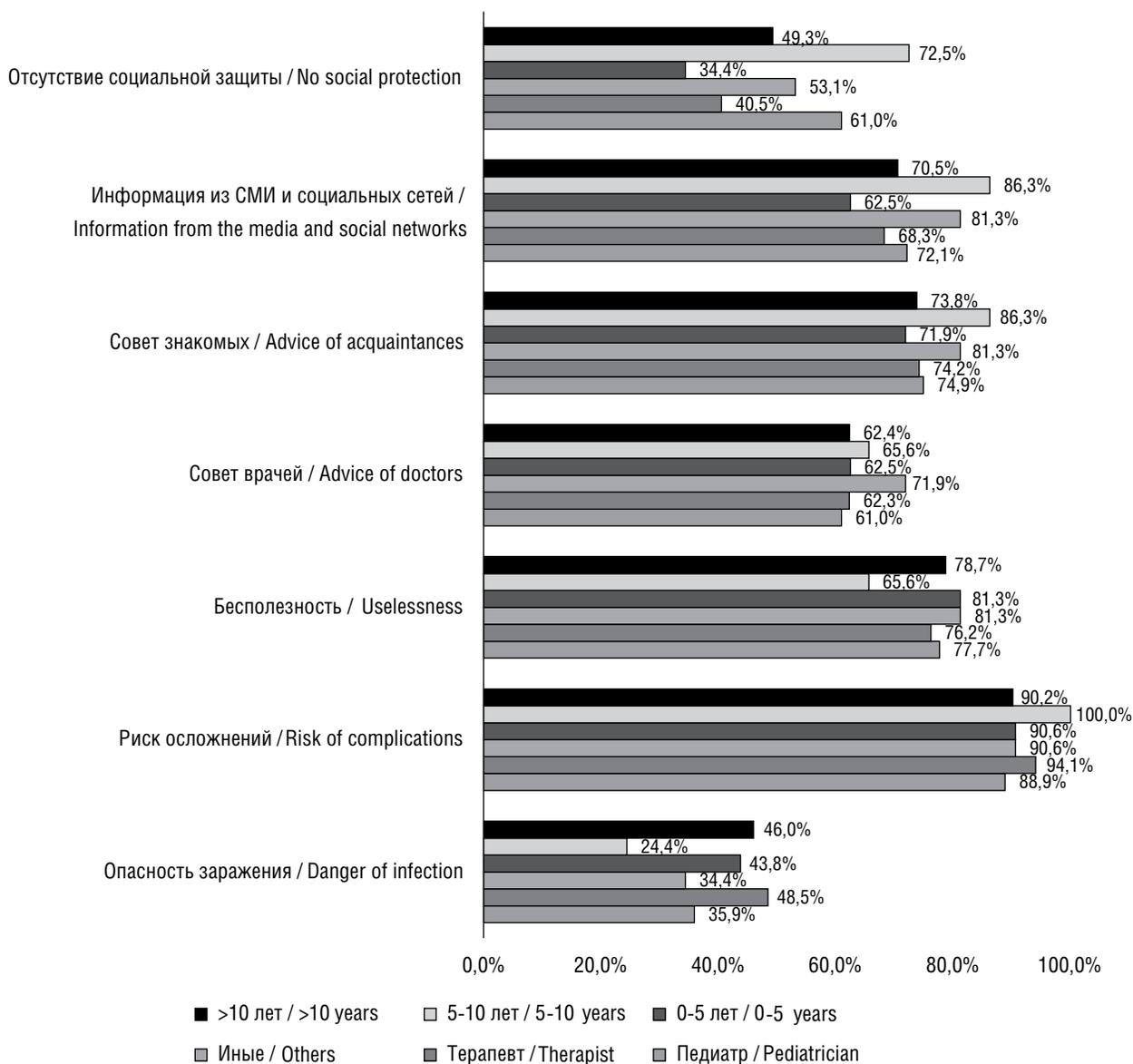


Рис. 8. Ведущие аргументы отказа пациентов от вакцинации против COVID-19 по мнению респондентов разных специальностей и стажа работы

Fig. 8. The leading arguments for patients refusing vaccination against COVID-19 according to respondents of different specialties and work experience

общать третьим лицам о факте отсутствия у конкретного человека прививки от той или иной инфекции?» Мнения респондентов разделились поровну: 50,0% считали, что информация об отказе пациента от вакцинации может быть доступна третьим лицам, остальные высказались в пользу конфиденциальности такой информации. К сожалению, они не пояснили свой ответ.

С одной стороны, такого рода информация может стать инструментом дискриминации человека, с другой стороны, отсутствие этой информации в случае нежелания или невозможности сообщения факта отсутствия вакцинации пациентом в определенных условиях может таить в себе серьезную опасность для других людей и уязвимых групп.

В завершении у респондентов выяснялся вопрос: «Существует ли необходимость обязательной (принудительной) иммунизации?» Мнения разделились: 54,0% респондентов высказались за введение обязательной (принудительной) иммунизации, а 46,0% врачей были против, аргументируя свой ответ тем, что человек имеет свободу выбора. 49,0% респондентов считали необходимым принудительно вакцинировать детей, из них 12,0% пояснили свой ответ эпидемиологической значимостью создания коллективного иммунитета. В случае с кампанией иммунизации против COVID-19 справедливо констатировано, что обязательность вакцинации была скрыта ограничениями социально-правового характера.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты опроса врачей, которые в период пандемии принимали непосредственное участие в вакцинопрофилактике, свидетельствовали, что 77,0% врачей, принявших участие в исследовании, привились против COVID-19, из них только 61,0% сделали прививку добровольно, причем врачи с большим стажем были менее привержены вакцинации. Наиболее значимым фактором, повышающим вероятность отказа, явилась низкая оценка качества самого вводимого препарата и его иммуногенности. Только 56,0% респондентов выразили свое мнение о том, как реализуются на практике основные принципы организации вакцинопрофилактики, а именно: проводится объективное информирование населения, соблюдается принцип добровольности, ведется контроль и учет эффективности и безопасности вакцинации. 72,0% респондентов имели возможность выбора вакцины против COVID-19 при допуске

пациента к вакцинации, исходя из медицинских показаний, желания пациента и ориентируясь на соблюдение инструкции к препаратам и клинические рекомендации. Согласно ответам врачей, реализуя на практике основной принцип вакцинации — информирование пациентов, они в большей степени сообщали о необходимости вакцинации, последствиях отказа от нее, поствакцинальных явлениях, меньше — о возможности выбора вакцины, медицинского учреждения, врача и др. Более 70% врачей предлагали пациентам вакцинироваться против COVID-19 с целью предупреждения распространения инфекции, для профилактики заболевания; как гарантию более легкого течения болезни, в качестве средства индивидуальной защиты от заражения. Важно, что 64,0% всех респондентов считали эту миссию своим гражданским долгом.

Мнения врачей о причинах отказа пациентов от рутинной вакцинации и при вакцинации против COVID-19 не всегда совпадали. Так, при вакцинации против COVID-19 респонденты указывали, что пациенты считали вакцинацию бесполезной, отмечали недостаток достоверной информации, в основном ориентировались на мнения других людей. И если 92,0% респондентов написали, что при рутинной вакцинации пациенты боятся возникновения осложнений, то этот аргумент при отказе пациентов от вакцинации против COVID-19 назван не был. 54,0% респондентов высказались за введение обязательной (принудительной) иммунизации, мотивируя ответ эпидемиологической значимостью создания коллективного иммунитета. Высказавшиеся против (46,0%) аргументировали свой ответ тем, что человек имеет свободу выбора.

Следовательно, полный контекст и результаты проведенного нами исследования в комплексе с материалами аналогичных работ убедительно свидетельствуют о наличии ряда нерешенных проблем, прежде всего связанных с необходимостью повышения нормативно-гуманитарной составляющей образовательных и информационных программ вакцинации. При этом акцент должен быть сделан на юридическом и этическом долгосрочном обучении всех специалистов, вовлеченных в процесс вакцинации. Кроме того, необходимо развитие источников информации в целях реализации образовательных программ по вакцинации населения и создания открытых и квалифицированных консультационных ресурсов для формирования доверия и положительного восприятия вакцинации, с обязательным компонентом построения обратной связи и диалога с обществом.

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. Виноградов О.В., Кийкова Л.К., Кокорин И.С. К вопросу о правовом регулировании общественных отношений в условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в Российской Федерации. Ленинградский юридический журнал. 2021; 3(65): 185–201. DOI: 10.35231/18136230_2021_3_185.
2. Временные методические рекомендации «Порядок проведения вакцинации против новой коронавирусной инфекции (COVID-19), утвержденные МЗ РФ 17.06.2022 г. (письмо МЗ РФ от 17.06.2022 г. № 30-4/И/2-9890). Доступен по: <https://minzdrav.gov.ru/news/2022/06/21/18911-minzdrav-rossii-obnovil-vremennye-metodicheskie-rekomendatsii-po-poryadku-provedeniya-vaktsinatsii-protiv-covid-19> (дата обращения 23.07.2023).
3. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 17 (14.12.2022)» (утв. Минздравом России). Доступен по: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/061/252/original/%D0%92%D0%9C%D0%A0_COVID-19_V17.pdf (дата обращения 23.07.2023).
4. Конституция (Основной закон) Российской Федерации. М.: ГУ издательство «Юридическая литература» Администрации Президента Российской Федерации; 2009.
5. Кротов А.В. Карантинные правила COVID-19: законность и социальная легитимность (российский и зарубежный опыт). Журнал зарубежного законодательства и сравнительного правоведения. 2022; 18(2): 24–33. DOI: 10.12737/jflcl.2022.021 COVID-19 Quarantine Rul.
6. Кубарь О.И., ред. Этика инфекционной патологии. СПб.: ФБУН НИИЭМ имени Пастера; 2014.
7. Кубарь О.И., ред. Этика вакцинации (критерии научного и гуманитарного прорыва). СПб.: ФБУН НИИЭМ имени Пастера; 2018.
8. Кубарь О.И. Этический комментарий к COVID-19. Инфекция и иммунитет. 2020; 10(2): 287–94. DOI: 10.15789/2020-7619-ECO-1447.
9. Кубарь О.И., Бичурина М.А., Романенкова Н.И. Второй этический комментарий к COVID-19 (год спустя). Инфекция и иммунитет. 2021; 11(1): 17–24. DOI: 10/15789/2020-7619-SEC-1645.
10. Кубарь О.И., Микиртычан Г.Л., Владимиров Е.Ю. и др. Третий этический комментарий к COVID-19 (два года спустя) — вакцинация, солидарность и доверие. Инфекция и иммунитет. 2022; 12(2): 222–38. DOI: 10/15789/2020-7619-THC-1875.
11. Кубарь О.И., Микиртычан Г.Л. Четвертый этический комментарий к COVID-19 (три года спустя). Доверие и вера: социально-нравственный срез вакцинации. Инфекция и иммунитет. 2023; 13(1): 29–36. DOI: 10.15789/2020-7619-TFE-2102.
12. Кукса Т.Л. Чрезвычайное государственное регулирование распространения COVID-19 в России: бюрократическая логика принятия решений и медиализация повседневности в начале пандемии. Журнал социологии и социальной антропологии. 2020; 23(4): 183–203. Доступен по: <https://doi.org/10.31119/jssa.2020.23.4.7> (дата обращения 23.07.2023).
13. О новой коронавирусной инфекции. Доступен по: https://www.rospotrebnadzor.ru/region/korono_virus/punkt.php (дата обращения 30.06.2023).
14. Приказ МЗ РФ от 6 декабря 2021 г. № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок». Доступен по: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202112200070> (дата обращения 04.08.2023).
15. Разрабатываемые и используемые в России вакцины. Доступен по: <https://xn-80aeczjt5d.xn-80aefpbebagmfbcl0a.xn-p1ai/epivakkorona.html> (дата обращения 30.06.2023).

16. Спутник защищает независимо. Доступен по: https://www.kommersant.ru/doc/5116570?fbclid=IwAR3XTbGLxVIEOPo17tJtTurWI3HIDIpRNeV_da3YF5WBphDd_KkKA1byI (дата обращения 30.06.2023).
17. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ (последняя редакция). Доступен по: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481/ (дата обращения 23.07.2023).
18. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ (последняя редакция). Доступен по: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_20315/ (дата обращения 23.07.2023).
19. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (последняя редакция). Доступен по: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 04.08.2023).
20. Хроника знаковых событий в области общественного здравоохранения. Доступен по: <https://www.who.int/ru/campaigns/75-years-of-improving-publichealth/milestones#year-1945> (дата обращения 30.06.2023).
21. Черногор Н.Н., Залоило М.В. Метаморфозы права и вызовы юридической науке в условиях пандемии коронавируса. Журнал российского права. 2020; 7: 5–26. DOI: 10.12737/jrl.2020.077.
22. Barchuk A., Cherkashin M., Rakova T. et al. Vaccine effectiveness against referral to hospital and severe lung injury associated with COVID-19: A population-based case-control study in St Petersburg, Russia. *BMC Med.* 2022; 20: 312. Available at: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-022-02509-8> (accessed 07.07.2023). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02509-8>.
23. Barchuk A., Bulina A., Cherkashin M. et al. COVID-19 vaccines effectiveness against symptomatic SARS-CoV-2 Delta variant infection: a population-based case-control study in St. Petersburg, Russia. *BMC Public Health.* 2022; 22: 1803(2022). Available at: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-14202-9>. (accessed 07.07.2023). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14202-9>.
24. Barchuk A., Bulina A., Cherkashin M. et al. Gam-COVID-Vac, EpiVacCorona, and CoviVac effectiveness against lung injury during Delta and Omicron variant surges in St. Petersburg, Russia: a test-negative case-control study. *Respiratory Research.* 2022; 23: 276. Available at: <https://respiratory-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12931-022-02206-3#article-info>. (accessed 22.09.2023). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12931-022-02206-3>.
25. Berry N.J., Henry A., Danchin M. et al. When parents won't vaccinate their children: A qualitative investigation of australian primary care providers' experiences. *BMC Pediatr.* 2017; 17: 19. DOI: 10.1186/s12887-017-0783-2.
26. Ciardi F., Menon V., Jensen J.L. et al. Knowledge, Attitudes and Perceptions of COVID-19 Vaccination among Healthcare Workers of an Inner-City Hospital in New York. *Vaccines.* 2021; 9: 516.
27. COVID-19 Vaccines. Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html> (accessed 30.06.2023).
28. Fotiadis K., Dadouli K., Avakian I. et al. Factors Associated with Healthcare Workers' (HCWs) Acceptance of COVID-19 Vaccinations and Indications of a Role Model towards Population Vaccinations from a Cross-Sectional Survey in Greece. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021; 18(19): 10558. DOI: 10.3390/ijerph181910558.
29. Healy C.M., Pickering L.K. How to communicate with vaccine-hesitant parents. *Pediatrics.* 2011; 1: 127–33. DOI: 10.1542/peds.2010-1722S.
30. Jane M. Grant-Kels. Ethics of mandating all of your patients be vaccinated. *Clinics in Dermatology.* 2022; 40(3): 297–8. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2021.11.013.
31. Kubar O., Asatryan A., Roshchina M. et al. Towards Ethical Conception in Legal Regulation of Vaccination in the Russian Federation. *Jahr — European Journal of Bioethics.* 2019; 10(2): 325–36.
32. Simon C., Bosetti P., Cowling B. Managing sources of error during pandemics. The COVID-19 pandemic has highlighted important considerations for modeling future pandemics. *SCIENCE.* 2023; 379(6631): 437–9. DOI: 10.1126/science.add3173.
33. Zolkefli Y. Healthcare Professionals' Ethical Responsibility in COVID-19 Vaccination Decision-Making. *Malays J Med Sci.* 2022; 29(2): 157–63. DOI: 10.21315/mjms2022.29.2.14.

REFERENCES

1. Vinogradov O.V., Kijkova L.K., Kokorin I.S. K voprosu pravovom regulirovanii obwestvennyh otnoshenij v uslovijah rasprostraneniya novoj koronavirusnoj infekcii (COVID-19) v Rossijskoj Federacii. [To the question of the legal regulation of public relations in the context of the spread of a new coronavirus infection (Covid-19) in the Russian Federation]. *Leningradskij juridicheskij zhurnal.* 2021; 3(65): 185–201. DOI: 10.35231/18136230_2021_3_185. (in Russian).
2. Vremennye metodicheskie rekomendacii «Porjadok provedeniya vakcinacii protiv novoj koronavirusnoj infekcii (COVID-19), utverzhdennye MZ RF 17.06.2022g. (pis'mo MZ RF ot 17.06.2022g. № 30-4/I/2-9890). [Temporary guidelines "Procedure for vaccination against the new coronavirus infection (COVID-19), approved by the Ministry of Health of the Russian Federation on June 17, 2022. (letter of the Ministry of Health of the Russian Federation dated June 17, 2022 No. 30-4/I/2-9890). Available at: <https://minzdrav.gov.ru/news/2022>

- /06/21/18911-minzdrav-rossii-obnovil-vremennye-metodicheskie-rekomendatsii-po-poryadku-provedeniya-vaktsinatsii-protiv-covid-19, (accessed 23.07.2023). (in Russian).
3. Vremennye metodicheskie rekomendatsii “Profilaktika, diagnostika i lechenie novoy koronavirusnoj infekcii (COVID-19). Versija 17 (14.12.2022)” (utv. Minzdravom Rossii). [Temporary guidelines “Prevention, diagnosis and treatment of new coronavirus infection (COVID-19). Version 17 (12/14/2022)” (approved by the Russian Ministry of Health)]. Available at: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/061/252/original/%D0%92%D0%9C%D0%A0_COVID-19_V17.pdf, (accessed 23.07.2023). (in Russian).
 4. Konstitucija (Osnovnoj zakon) Rossijskoj Federacii. [Constitution (Basic Law) of the Russian Federation]. Moskva: GU izdatel'stvo “Juridicheskaja literatura” Administracii Prezidenta Rossijskoj Federacii; 2009. (in Russian).
 5. Krotov A.V. Karantinnye pravila COVID-19: zakonnost' i social'naja legitimnost' (rossijskij i zarubezhnyj opyt). [Covid-19 quarantine rules: legality and social legitimacy (Russian and foreign experience)]. Zhurnal zarubezhnogo zakonodatel'stva i sravnitel'nogo pravovedeniya. 2022; 18(2): 24–33. DOI: 10.12737/jflcl.2022.021 COVID-19 Quarantine Rul. (in Russian).
 6. Kubar' O.I., ed. Jetika infekcionnoj patologii. [Ethics of infectious pathology]. Peterburg: FBUN NIJeM imeni Pastera; 2014. (in Russian).
 7. Kubar' O.I., ed. Jetika vakcinacii (kriterii nauchnogo i gumanitarnogo proryva). [Vaccination ethics (criteria for scientific and humanitarian breakthrough)]. Peterburg: FBUN NIJeM imeni Pastera; 2018. (in Russian).
 8. Kubar' O.I. Jeticeskij kommentarij k COVID-19. [Ethical commentary on Covid-19]. Infekcija i immunitet. 2020; 10(2): 287–94. DOI: 10.15789/2020-7619-ECO-1447. (in Russian).
 9. Kubar' O.I., Bichurina M.A., Romanenkova N.I. Vtoroj jeticeskij kommentarij k COVID-19 (god spustja). [The second ethical commentary on Covid-19 (year later)]. Infekcija i immunitet. 2021; 11(1): 17–24. DOI: 10/15789/2020-7619-SEC-1645. (in Russian).
 10. Kubar' O.I., Mikirtichan G.L., Vladimirova E.Ju. i dr. Tretij jeticeskij kommentarij k COVID-19 (dva goda spustja) — vakcinacija, solidarnost' i doverie. [Third ethical commentary on COVID-19 (two years later) — vaccination, solidarity and trust]. Infekcija i immunitet. 2022; 12(2): 222–38. DOI: 10/15789/2020-7619-TNS-1875. (in Russian).
 11. Kubar' O.I., Mikirtichan G.L. Chetvertyj jeticeskij kommentarij k COVID-19 (tri goda spustja). Doverie i vera: social'no-nravstvennyj srez vakcinacii. [The fourth ethical commentary on COVID-19 (three years later). Trust and faith: a socio-moral cut of vaccination]. Infekcija i immunitet. 2023; 13(1): 29–36. DOI: 10.15789/2020-7619-TFE-2102. (in Russian).
 12. Kuksa T.L. Chrezvychajnoe gosudarstvennoe regulirovanie rasprostraneniya COVID-19 v Rossii: bjurokraticeskaja logika prinjatija reshenij i medikalizacija povsednevnosti v nachale pandemii. [Extraordinary state regulation of the distribution of Covid-19 in Russia: bureaucratic decision-making logic and drug drug at the beginning of the pandemic]. Zhurnal sociologii i social'noj antropologii. 2020; 23(4): 183–203. Available at: <https://doi.org/10.31119/jssa.2020.23.4.7> (accessed 23.07.2023) (in Russian).
 13. O novoy koronavirusnoj infekcii. [About the new coronavirus infection]. Available at: https://www.rosпотреbnadzor.ru/region/korono_virus/punkt.php (accessed 30.06.2023) (in Russian).
 14. Prikaz MZ RF ot 6 dekabrja 2021g. N 1122n «Ob utverzhenii nacional'nogo kalendarja profilakticheskikh privivok, kalendarja profilakticheskikh privivok po jepidemicheskim pokazanijam i porjadka provedeniya profilakticheskikh privivok». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of December 6, 2021. N 1122N “On the approval of the National Calendar of Preventive Vaccinations, the calendar of preventive vaccinations according to epidemic indications and the procedure for preventive vaccinations”]. Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202112200070> (accessed 04.08.2023). (in Russian).
 15. Razrabatyvaemye i ispol'zuemye v Rossii vakciny. [Vaccines developed and used in Russia]. Available at: <https://xn-80aaezjt5d.xn-80aesfpebagmfblc0a.xn-p1ai/epivak-korona.html> (accessed 30.06.2023). (in Russian).
 16. «Sputnik» zawiwaet nezavisimo. [«Sputnik» protects independently]. Available at: https://www.kommersant.ru/doc/5116570?fbclid=IwAR3XTbGLxVIEOPo17tJtTurWI3HIDIpRNreB_da3YF5WBphDd_KkKA1byI (accessed 30.06.2023). (in Russian).
 17. Federal'nyj zakon «O sanitarno-jepidemiologicheskome blagopoluchii naselenija» ot 30.03.1999g. №52-FZ (poslednjaja redakcija). [Federal Law “On the Sanitary and Epidemiological Welfare of the Population” dated March 30, 1999. No. 52-FZ (latest edition)]. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481/, (accessed 23.07.2023). (in Russian).
 18. Federal'nyj zakon «Ob immunoprofilaktike infekcionnyh boleznej» ot 17.09.1998g. №157-FZ (poslednjaja redakcija). [Federal Law “On Immunoprophylaxis of Infectious Diseases” dated September 17, 1998. N 157-FZ (latest edition)]. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_20315/ (accessed 07.23.2023). (in Russian).
 19. Federal'nyj zakon «Ob osnovah ohrany zdorov'ja grazhdan v Rossijskoj Federacii» ot 21.11.2011g. №323-FZ (poslednjaja redakcija). [Federal Law “On the fundamentals of protecting the health of citizens in the Russian Federation” dated November 21, 2011. No. 323–FZ (latest edition)]. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (accessed 08.04.2023). (in Russian).

20. Hronika znakovykh sobytij v oblasti obvestvennogo zdavoohraneniya. [Chronicle of iconic events in the field of public health]. Available at: <https://www.who.int/ru/campaigns/75-years-of-improving-publichealth/milestones#year-1945> (accessed 30.06.2023) (in Russian).
21. Chernogor N. N., Zaloilo M. V. Metamorfozy prava i vyzovy juridicheskoy nauke v usloviyah pandemii koronavirusa. [Metamorphoses of law and challenges of legal science in the context of Pandemia of Coronavirus]. *Zhurnal rossijskogo prava*. 2020; 7: 5–26. DOI: 10.12737/jrl.2020.077. (in Russian).
22. Barchuk A., Cherkashin M., Rakova T. et al. Vaccine effectiveness against referral to hospital and severe lung injury associated with COVID-19: A population-based case-control study in St Petersburg, Russia. *BMC Med*. 2022; 20: 312. Available at: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-022-02509-8> (accessed 07.07.2023). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02509-8>.
23. Barchuk A., Bulina A., Cherkashin M. et al. COVID-19 vaccines effectiveness against symptomatic SARS-CoV-2 Delta variant infection: a population-based case-control study in St. Petersburg, Russia. *BMC Public Health*. 2022; 22: 1803(2022). Available at: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-14202-9>. (accessed 07.07.2023). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14202-9>.
24. Barchuk A., Bulina A., Cherkashin M. et al. Gam-COVID-Vac, EpiVacCorona, and CoviVac effectiveness against lung injury during Delta and Omicron variant surges in St. Petersburg, Russia: a test-negative case-control study. *Respiratory Research*. 2022; 23: 276. Available at: <https://respiratory-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12931-022-02206-3#article-info>. (accessed 22.09.2023). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12931-022-02206-3>.
25. Berry N.J., Henry A., Danchin M. et al. When parents won't vaccinate their children: A qualitative investigation of australian primary care providers' experiences. *BMC Pediatr*. 2017; 17: 19. DOI: 10.1186/s12887-017-0783-2.
26. Ciardi F., Menon V., Jensen J.L. et al. Knowledge, Attitudes and Perceptions of COVID-19 Vaccination among Healthcare Workers of an Inner-City Hospital in New York. *Vaccines*. 2021; 9: 516.
27. COVID-19 Vaccines. Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html> (accessed 30.06.2023).
28. Fotiadis K., Dadouli K., Avakian I. et al. Factors Associated with Healthcare Workers' (HCWs) Acceptance of COVID-19 Vaccinations and Indications of a Role Model towards Population Vaccinations from a Cross-Sectional Survey in Greece. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021; 18(19): 10558. DOI: 10.3390/ijerph181910558.
29. Healy C.M., Pickering L.K. How to communicate with vaccine-hesitant parents. *Pediatrics*. 2011; 1: 127–33. DOI: 10.1542/peds.2010-1722S.
30. Jane M. Grant-Kels. Ethics of mandating all of your patients be vaccinated. *Clinics in Dermatology*. 2022; 40(3): 297–8. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2021.11.013.
31. Kubar O., Asatryan A., Roshchina M. et al. Towards Ethical Conception in Legal Regulation of Vaccination in the Russian Federation. *Jahr — European Journal of Bioethics*. 2019; 10(2): 325–36.
32. Simon C., Bosetti P., Cowling B. Managing sources of error during pandemics. The COVID-19 pandemic has highlighted important considerations for modeling future pandemics. *SCIENCE*. 2023; 379(6631): 437–9. DOI: 10.1126/science.add3173.
33. Zolkefli Y. Healthcare Professionals' Ethical Responsibility in COVID-19 Vaccination Decision-Making. *Malays J Med Sci*. 2022; 29(2): 157–63. DOI: 10.21315/mjms2022.29.2.14/.

УДК 612.39+796+613.21+614.31+373.1+616-053.5
DOI: 10.56871/MHCO.2023.35.94.004

СООТВЕТСТВИЕ РАЦИОНА ШКОЛЬНИКОВ ПРИНЦИПАМ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ. РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ

© Инна Викторовна Колтунцева¹, Лариса Викторовна Сахно¹,
Светлана Вадимовна Баирова¹, Ирина Михайловна Гайдук¹,
Анатолий Николаевич Растеряев¹, Елизавета Юрьевна Макарова¹,
Мария Олеговна Ревнова¹, Татьяна Владимировна Мишкина¹,
Валентина Валерьевна Грищенко², Ольга Евгеньевна Волкова²,
Виктория Константиновна Евдокимова¹, Ирина Тиграновна Балаян¹,
Татьяна Владимировна Полищук¹, Анна Владимировна Емельянова¹,
Екатерина Васильевна Каприор¹

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

² Всероссийский детский центр «Орлёнок», учебно-методический центр. 352842, Российская Федерация,
Краснодарский край, Туапсинский район, поселок городского типа Новомихайловский

Контактная информация: Ирина Михайловна Гайдук — д.м.н., профессор кафедры поликлинической педиатрии
им. академика А.Ф. Тура. E-mail: sheveluk@inbox.ru ORCID ID: 0000-0003-3633-4662 SPIN: 5207-5355

Для цитирования: Колтунцева И.В., Сахно Л.В., Баирова С.В., Гайдук И.М., Растеряев А.Н., Макарова Е.Ю.,
Ревнова М.О., Мишкина Т.В., Грищенко В.В., Волкова О.Е., Евдокимова В.К., Балаян И.Т., Полищук Т.В.,
Емельянова А.В., Каприор Е.В. Соответствие рациона школьников принципам здорового питания. Роль
образовательных программ // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 4. С. 42–54.
DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.35.94.004>

Поступила: 01.09.2023

Одобрена: 09.10.2023

Принята к печати: 15.12.2023

РЕЗЮМЕ. Сохранение и укрепление здоровья детей и подростков являются актуальными проблемами в современном мире и необходимым условием для существования и процветания страны. Основными причинами ухудшения состояния здоровья населения являются неинфекционные заболевания (НИЗ). Один из предикторов НИЗ — рост числа детей с избыточным весом и ожирением. Первичная профилактика является наиболее востребованной и эффективной мерой предотвращения развития заболеваний. Вопросы здорового питания как профилактика неинфекционных заболеваний находятся в центре внимания не только медицинской общественности, но и государства. В России разработаны и успешно реализуются национальные проекты. Воспитание по принципам здорового образа жизни необходимо осуществлять с самого раннего возраста, и роль семьи остается первостепенной, но большую часть времени ребенок проводит в стенах образовательных учреждений. Целью нашей работы было анкетирование подростков для оценки уровня знаний о здоровом питании и применения их в повседневной жизни с дальнейшим обучением принципам здорового питания. В исследовании на базе ФГБОУ ВДЦ «Орлёнок» приняли участие школьники в возрасте от 10 до 17 лет, проживающие в различных регионах Российской Федерации. Была разработана программа, которая представляет 12 тем, объединенных в три содержательных модуля, и после обучения детям было предложено заполнить анкету. Все дети-участники анкетирования прошли обучение, занимались по программе «Основы здорового питания», целью которой является формирование у подростков знаний, умений и навыков в сфере здорового питания как составляющей здорового образа жизни. Автор программы — коллектив ФГБОУ ВДЦ «Орлёнок». Медицинское обоснование и научную поддержку программы оказал коллектив кафедры педиатрии им. акад. А.Ф. Тура СПбГПМУ Минздрава России. Программа реализуется в формате факультативного практико-ориентированного курса для детей педагогами «Орлёнка» при оказании консультативно-методической помощи Роспотребнадзором. Стати-

стическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета программ Microsoft Excel. Таким образом, образовательные проекты для школьников при совместной работе педагогов и врачей-педиатров представляют полезный формат для обучения детей и подростков здоровому образу жизни.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: школьники; рациональное питание; правила ЗОЖ; НИЗ.

COMPLIANCE OF SCHOOLCHILDREN'S DIET WITH THE PRINCIPLES OF HEALTHY NUTRITION. THE ROLE OF EDUCATIONAL PROGRAMS

© Inna V. Koltuntseva¹, Larisa V. Sakhno¹, Svetlana V. Bairova¹, Irina M. Gaiduk¹, Anatoly N. Rasteryaev¹, Elizaveta Yu. Makarova¹, Maria O. Revnova¹, Tatiana V. Mishkina¹, Valentina V. Grishchenko², Olga E. Volkova², Victoria K. Evdokimova¹, Irina T. Balayan¹, Tatiana V. Polishchuk¹, Anna V. Emelyanova¹, Ekaterina V. Kaprior¹

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

² All-Russian Children's Center "Orlyonok", educational and methodological center. Novomikhailovsky, Tuapse district, Krasnodar Territory, Russian Federation, 352842

Contact information: Irina M. Gaiduk — PhD (Medicine), Professor of the Department of Polyclinic Pediatrics named after Academician A.F. Tur. E-mail: sheveluk@inbox.ru ORCID ID: 0000-0003-3633-4662 SPIN: 5207-5355

For citation: Koltuntseva IV, Sakhno LV, Bairova SV, Gaiduk IM, Rasteryaev AN, Makarova EYu, Revnova MO, Mishkina TV, Grishchenko VV, Volkova OE, Evdokimova VK, Balayan IT, Polishchuk TV, Emelyanova AV, Kaprior EV. Compliance of schoolchildren's diet with the principles of healthy nutrition. The role of educational programs. Medicine and health care organization (St. Petersburg). 2023;8(4):42-54. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.35.94.004>

Received: 01.09.2023

Revised: 09.10.2023

Accepted: 15.12.2023

ABSTRACT. Preserving and strengthening the health of children and adolescents turn out to be urgent problems in the modern world and a necessary condition for the existence and prosperity of the country. Non-communicable diseases (NCDs) are the main causes of the deterioration in the health status of the population. One of the predictors of NCDs is the increase in the number of overweight and obese children. Primary prevention is the most popular and effective measure to avoid the development of diseases. The issues of healthy nutrition such as the prevention of non-communicable diseases are in the focus of close attention not only of the medical community, but also of the state organs. National projects have been developed and are being successfully implemented in Russia. Teaching of the principles of a healthy lifestyle must be carried out from a child's very early age and the role of the family remains paramount, but it should not be neglected that most of the time the child spends within the walls of educational institutions. The purpose of our work was to survey adolescents to assess the level of knowledge about healthy nutrition and its application in everyday life alongside further training of the principles of healthy nutrition. Schoolchildren aged 10 to 17 years old living in various regions of the Russian Federation took part in the study on the basis of the FGBOU VDC "Orlyonok". A program developed presents 12 topics, combined into three content modules, and after the cause of training is completed, the children were asked to fill out a questionnaire. All children participating in the survey were trained and were engaged in the program "Fundamentals of Healthy Nutrition", the purpose of which is to develop adolescents' knowledge, skills and abilities in the field of healthy nutrition as a component of a healthy lifestyle. The program is authorized by the staff of the FGBOU VDC "Eaglet". The medical substantiation and scientific support of the program was provided by the staff of the Department of Pediatrics named after Academician A.F. Tur, St. Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Health of Russia. The program is implemented in the format of an optional practice-oriented course for children by Orlyonok teachers with the provision of advisory and methodological assistance by Rospotrebnadzor. Statistical processing of the obtained results was carried out using the Microsoft Excel software package. Thus, educational projects for schoolchildren, when teachers

and pediatricians work together, represent a useful format for teaching children and adolescents a healthy lifestyle.

KEY WORDS: schoolchildren; rational nutrition; healthy lifestyle rules; NCDs.

ВВЕДЕНИЕ

Наиболее актуальной задачей современной медицины является сохранение и укрепление здоровья детского населения, улучшение качества жизни.

На сегодняшний день первые позиции среди причин, вызывающих ухудшение состояния здоровья, а также одной из основных причин смерти населения в экономически развитых странах являются неинфекционные заболевания (НИЗ), которые имеют длительное течение и в целом характеризуется медленным прогрессированием. Медицинское сообщество во всем мире сосредоточивает свое внимание на 4 группах НИЗ, включающих сердечно-сосудистые заболевания (46% смертей от НИЗ), онкологию (22%), хронические респираторные заболевания (10%) и сахарный диабет (4%) [17, 31]. Статистические данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) сообщают, что НИЗ были причиной 40,5 миллионов, или 71%, смертей в мире в 2016 г. [17, 18]. В Российской Федерации эти заболевания явились причиной 75% всех смертей [20]. НИЗ оказывают свое негативное влияние в основном на здоровье взрослого населения, однако большинство из них имеют свои корни в поведении, привитом в детстве и подростковом возрасте.

Актуальной мировой проблемой, в частности, остается рост числа детей с избыточным весом и ожирением, которые в свою очередь являются предикторами роста НИЗ. За последние четыре десятилетия количество детей и подростков, страдающих ожирением, во всем мире увеличилось в 10 раз. С 2014 по 2018 г. заболеваемость ожирением среди детей Российской Федерации в возрасте 0–17 лет увеличилась на 21,4%, при этом первичная заболеваемость увеличилась на 8,7% [6]. В 50–60% случаев избыточный вес и ожирение у детей сохраняются и в последующем [29].

Общезвестно, что здоровье человека на 50% зависит от образа жизни, поэтому именно первичная профилактика, направленная на предупреждение заболеваний путем устранения или нейтрализации причинных и предрасполагающих факторов, является наиболее востребованной и эффективной мерой предотвращения развития НИЗ [31].

Здоровое питание является безусловным и наиболее значимым фактором профилактики НИЗ, укрепления здоровья и увеличения продолжительности жизни. Именно поэтому вопросы здорового питания как важнейшего фактора формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) и профилактики неинфекционных заболеваний находится в центре внимания не только медицинской общественности, но и государства [12]. Минздрав России определяет ЗОЖ как образ жизни человека, направленный на предупреждение возникновения и развития неинфекционных заболеваний и характеризующийся исключением или сокращением действия поведенческих факторов риска, к числу которых относятся употребление табака, вредное потребление алкоголя, нерациональное питание, отсутствие физической активности, а также неадаптивное преодоление стрессов [17].

Во всем мире пропаганде ЗОЖ, здорового питания, в частности, среди детей и подростков уделяется большое внимание. В развитых и развивающихся странах созданы как обширные государственные программы, так и работа с детьми на уровне школ. Подчеркивается, что для успешной работы с детьми и подростками в этом направлении особенно актуальна и эффективна совместная работа педиатров и педагогов [25–28].

Россия активно сотрудничает со многими странами мира по вопросам профилактики НИЗ и работе по формированию здорового образа жизни среди детей и подростков. В частности, в рамках БРИКС создан совет по физической культуре и спорту (BRICSCESS). Функции BRICSCESS направлены на выполнение различных задач, таких как установление связей между учреждениями и организациями; содействие сотрудничеству в области исследований, преподавания и наставничества между учеными; разработка, организация и продвижение конференций, семинаров, практикумов, симпозиумов, круглых столов; публикация новой научной информации, связанной с физической активностью, спортивной наукой, управлением образом жизни и питанием [22].

Российское здравоохранение имеет большой опыт по пропаганде и формированию здорового образа жизни детей как на государственном уровне, так и на уровне школ, лагерей отдыха.

В школах СССР велась масштабная работа по формированию правильного образа жизни, приверженности к здоровому питанию. Основатель системы гигиенического воспитания профессор И.И. Мильман еще в 1920-е годы приступил к разработке уроков здоровья. По его мнению, именно школьный учитель является главной фигурой в процессе обучения всех школьников «технике выполнения гигиенических навыков» [5]. Вопросы правильного питания обсуждались на уроках домоводства, биологии, проводились классные часы и школьные мероприятия.

На сегодняшний день в нашей стране государственная политика в сфере охраны и укрепления здоровья детей и подростков, формирования здорового образа жизни в последние годы реализуется в соответствии с Указом Президента РФ В.В. Путина от 29.05.2017 № 240, объявившим 2018–2027 гг. Десятилетием детства [14]. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 января 2021 г. № 122-р утвержден план основных мероприятий, проводимых в рамках десятилетия детства на период до 2027 г. [10]. В соответствии с данным Планом среди задач по здоровьесбережению с детства указано, в частности, «формирование навыков здорового образа жизни и культуры здоровья семьи как базовой ценности» [10].

В России разработаны и успешно реализуются такие национальные проекты, как «Демография», «Формирование здорового образа жизни», «Здоровое питание». Принята «Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года» [6].

Воспитание по принципам ЗОЖ необходимо ребенку с самого раннего возраста, с этих позиций роль семьи остается первостепенной [29]. Однако, начиная с дошкольного возраста, большую часть времени ребенок проводит в стенах образовательных учреждений. Для детей и подростков важнейшим институтом социализации сегодня является школа, именно в период школьного обучения закладываются основы здоровья индивидов, в совокупности составляющие здоровье общества в целом [16]. Школьный возраст является тем периодом жизни, когда происходит основное развитие ребенка и формируется его образ жизни, включая тип питания, когда многие привычки в еде и физической активности усиливаются или устанавливаются. Дети школьного возраста имеют больше свободы в выборе продуктов питания; многие из них едят, по крайней мере, один раз в день вне дома [23]. Предоставление им воз-

можности участвовать в выборе продуктов питания дома и положительное стимулирование может помочь им сделать «здоровый» выбор вне дома. На отношение к еде и выбору продуктов питания детей школьного возраста могут влиять (положительно или отрицательно) члены семьи, друзья и/или средства массовой информации [27]. Проблемы внешнего вида и отношение общества к людям с ожирением могут повлиять на пищевое поведение и пищевой статус детей старшего возраста [24].

Влияние родителей на ребенка сохраняется, однако дети больше общаются со сверстниками и начинают принимать собственные решения о выборе еды, об учебе, о дополнительных занятиях без прямого родительского надзора. При этом время приема пищи, ее качество может не соответствовать физиологическим потребностям ребенка. В подростковом возрасте спорт, увлечения, которые были любимыми в детстве, могут больше не представлять интереса и заменяться малоподвижными видами деятельности или социальными сетями.

Именно в школе существуют эффективные возможности для проведения работы по формированию у ребенка правильных стереотипов питания. Именно поэтому школа и другие образовательные учреждения должны стать важнейшим звеном в процессе сохранения и укрепления здоровья учащихся и пропаганде среди них ЗОЖ в целом и здорового питания в частности.

Однако, несмотря на актуальность задачи формирования культуры питания, официальное признание его важности, вопросы методологии и содержания обучения правильному питанию до сих пор остаются недостаточно разработанными [2, 4]. Одной из проблем является низкий уровень осведомленности педагогов в образовательных учреждениях на тему ЗОЖ [19], а также изложение материала в неинтересной и не доступной для детей форме, отсутствие личного примера [21, 28], что также подрывает доверие к информации. Вместе с тем педиатры, обладающие необходимым багажом медицинских знаний, могут не иметь опыта и возможности в представлении этой информации большей детской и/или подростковой аудитории. Таким образом, в современных условиях актуален поиск эффективных методов формирования установок ЗОЖ у детей и подростков.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Посредством анкетирования оценить уровень знаний подростков о здоровом питании и применения их в повседневной жизни. В игровой

форме обучить школьников принципам здорового питания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании на базе ФГБОУ ВДЦ «Орлёнок» (Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Всероссийский детский центр «Орлёнок»), директор А.В. Дженус, с октября по декабрь 2021 г. приняли участие 4267 детей в возрасте от 10 до 17 лет, проживающих в различных регионах Российской Федерации.

Сотрудниками кафедры педиатрии им. акад. А.Ф. Тура ФГБОУ ВО СПбГПМУ (Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет») в рамках совместного проекта «Основы здорового питания» в марте–мае 2021 г. были прочитаны дистанционные лекции для педагогов ВДЦ «Орлёнок» по вопросам рационального питания, физического развития и медицинским аспектам двигательного режима школьников.

Коллективом ФГБОУ ВДЦ «Орлёнок» под общей редакцией заместителя директора по образовательной деятельности, управлением персоналом и связям с общественностью Л.В. Спириной и начальника управления образовательных программ ФГБОУ ВДЦ «Орленок» Л.Р. Сайфутдиновой была разработана программа, которая представляет 12 тем, объединенных в три содержательных модуля: «Разговор о здо-

ровье и правильном питании», «Формула правильного питания», «Движение — жизнь».

После проведенных занятий детям было предложено заполнить анкету, составленную на кафедре педиатрии им. акад. А.Ф. Тура / ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России. Ответы были обезличены, разрешение этической комиссии на проведение исследования получено.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета программ Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На вопросы анкеты ответили 4267 детей (мальчиков — 1845 (43%), девочек — 2422 (57%)). Возраст детей был от 10 до 17 лет, большую часть составляли дети от 13 до 15 лет (рис. 1).

Респонденты проживали в различных регионах России, наибольшее количество детей прибыло в ФГБОУ ВДЦ «Орлёнок» из Центрального федерального округа — 41,2%, 16% — из Южного, из Уральского — 11,1%, Северо-Западного — 8,86%, из Сибирского — 8,86%, из Дальневосточного — 6,8%, из Приволжского — 3,42%, из Республики Крым — 0,3% и других регионов России — 4,01% (рис. 2). Достоверной разницы рациона питания в зависимости от региона проживания и возраста респондентов в нашем исследовании не получено.

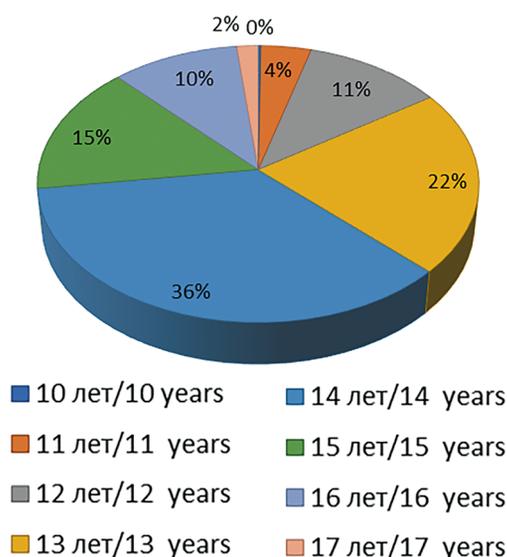


Рис. 1. Распределение детей по возрасту

Fig. 1. Distribution of children by age

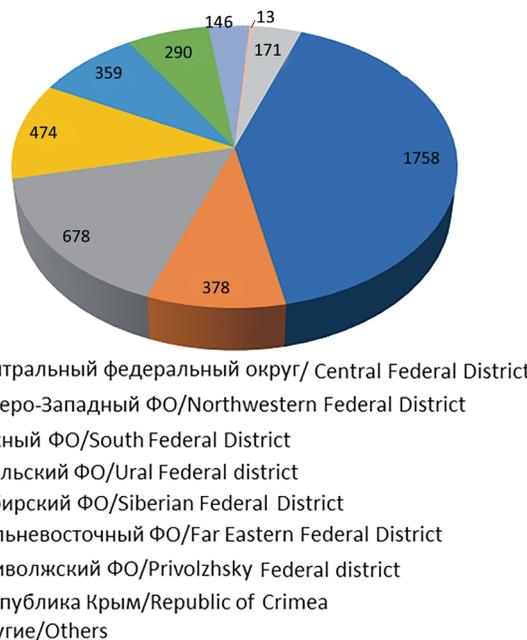


Рис. 2. Распределение детей по регионам проживания: ФО — федеральный округ

Fig. 2. Distribution of children by residential region: FD — Federal district

Завтрак школьника должен содержать достаточное количество пищевых веществ и калорий для покрытия предстоящих энергозатрат. Завтрак должен быть плотным и обязательно включать горячее блюдо — крупяное, творожное, яичное или мясное [30]. Большая часть школьников предпочитала на завтрак бутерброды (38%) и кашу (27%), более редко в качестве завтрака дети использовали яйца (11%), мюсли (8%), творог (8%) и др. (рис. 3).

При анкетировании было установлено, что 76% детей употребляет мясо ежедневно или 3–4 раза в неделю. Дети, получающие мясо 1–2 раза в неделю, составили 22%, и 2% детей мяса не едят (рис. 4). В рацион детей школьного возраста необходимо включать ежедневное употребление мяса, желателен разных сортов [6]. Употребление мяса 1–2 раза в неделю или полный отказ от него свидетельствуют о недополучении животного белка и гемового железа почти у четверти исследуемых детей.

Детям рекомендовано употреблять рыбу 2–3 раза в неделю [6]. В нашем исследовании 57% детей ответили, что получают рыбу в питании 1–2 раза в неделю, в 13% — 3–4 раза в неделю, не едят рыбу 26% (рис. 5).

В целом процент употребления рыбы достаточно высокий. Однако четверть детей не едят рыбу, являющуюся источником легкоусвояемого белка, полиненасыщенных жирных кислот, ряда витаминов и минералов.

При анализе анкет было установлено, что молоко дети в 38% случаев получают ежедневно, в 27% случаев — 3–4 раза в неделю, не пьют молоко 12% детей (рис. 6). Потребностям детского организма максимально соответствует молочный белок и прочие компоненты молока,

а значит, именно оно должно быть обязательным в рационе и не подлежать замене (при отсутствии аллергических реакций на белок коровьего молока). Для детей школьного возраста суточная норма молока — 500 мл [9].

Кисломолочные продукты дети употребляют ежедневно лишь в 27% случаев, в 24% — 3–4 раза в неделю, в 40% — 1–2 раза в неделю, не употребляют — 9% детей (рис. 7).

Употребление кисломолочных продуктов детям рекомендовано ежедневно в количестве 200 мл кисломолочного напитка, 60–70 г творога, 10–20 г сметаны и 10–15 г сыра [3, 11]. Кисломолочные продукты являются источниками животного белка, а также улучшают состояние микробиоты кишечника.

Молоко и молочные продукты — незаменимый источник кальция, без достаточного их потребления сложно удовлетворить суточную потребность в этом важном нутриенте.

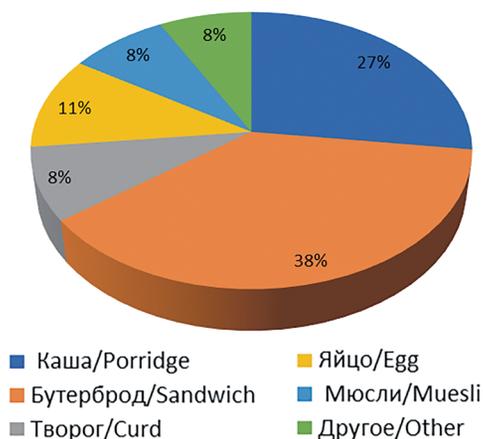


Рис. 3. Предпочтение продуктов на завтрак

Fig. 3. Breakfast food preference

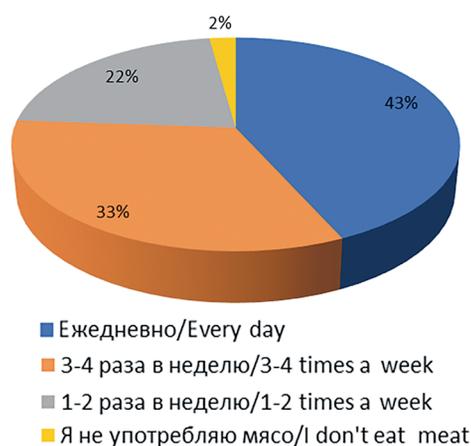


Рис. 4. Кратность употребления мяса в неделю

Fig. 4. Frequency of meat consumption per week

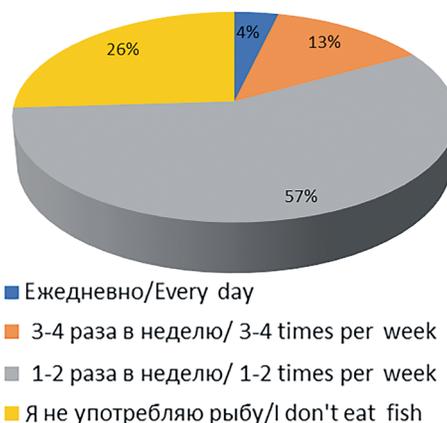


Рис. 5. Кратность употребления рыбы в неделю

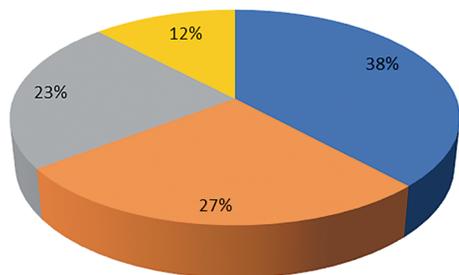
Fig. 5. Frequency rate of fish consumption per week

В качестве гарнира к мясу употребляют макаронны и картофель 71% детей, а овощи в тушеном или сыром виде лишь 15% (рис. 8). Суточное количество углеводов в рационе ребенка должно составлять 300–400 г, причем не более 100 г из них — простые, основную же часть должны составлять сложные углеводы, содержащиеся в крупах, бобовых, хлебе грубого помола [12].

Достаточное количество сложных углеводов, которые являются основными источниками энергии, как и простые углеводы, но с более медленным усвоением, позволяет организму избежать «скачков» уровня глюкозы и рационально использовать полученную энергию. Картофель включен в список сложных углево-

дов, однако его гликемический индекс высокий, у него быстрое усвоение.

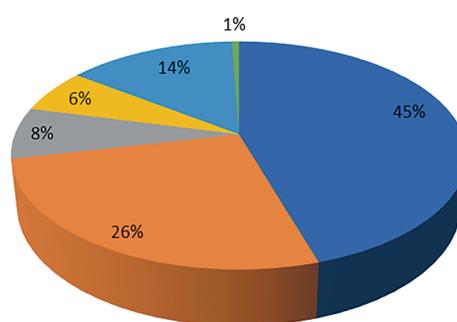
У школьников исследуемой группы наблюдается значимо низкое употребление овощей, которые должны присутствовать в рационе ежедневно как источник витаминов и клетчатки [1]. Регулярное употребление продуктов, богатых растворимыми пищевыми волокнами, снижает уровень холестерина, стабилизирует содержание сахара в крови и уменьшает поглощение жиров, что может снизить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и нарушения кровообращения в дальнейшем. Растворимая клетчатка — пребиотик, она является субстратом



- Ежедневно/Every day
- 3-4 раза в неделю/3-4 times per week
- 1-2 раза в неделю/1-2 times per week
- Я не пью молоко/I don't drink milk

Рис. 6. Кратность употребления молока

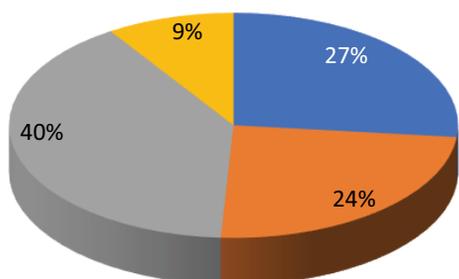
Fig. 6. Multiplicity of milk consumption



- Макароны/Pasta
- Тушеные овощи/Vegetable stew
- Крупы/Groats
- Картофель/Potatoes
- Свежие овощи/Fresh vegetables
- Другое/Other

Рис. 8. Гарнир к мясу

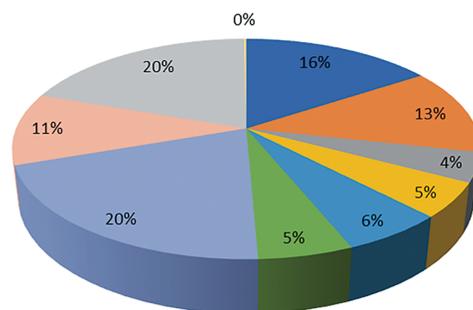
Fig. 8. Garnish for meat



- Ежедневно/Every day
- 3-4 раза в неделю/3-4 times per week
- 1-2 раза в неделю/1-2 times per week
- Я не употребляю кисломолочные продукты/I don't eat dairy products

Рис. 7. Кратность употребления кисломолочных продуктов

Fig. 7. The frequency of consumption of fermented milk products



- Конфеты/Candies
- Выпечка/Bakery products
- Пирожные/Cakes
- Мороженое/Ice cream
- Чипсы (сухарики)/Chips (crackers)
- Орехи (семечки)/Nuts (seeds)

Рис. 9. Продукты, употребляемые более 3 раз в неделю

Fig. 9. Foods consumed more than 3 times a week

для роста полезных микроорганизмов, обитающих в толстой кишке [13].

Более 3 раз в неделю, по данным анкетирования (рис. 9), дети использовали в своем рационе: картофель, макароны и пельмени — 20%, фрукты — 20%, бананы — 11%, конфеты — 16%, выпечку и пирожные — 17%, чипсы — 6%, орехи — 5%. Таким образом, только 31% детей регулярно употребляют фрукты. Остальные дети в большом количестве и часто употребляют высокоуглеводные продукты.

Из напитков дети предпочитают чай или кофе с сахаром — 40% или без сахара — 26%, соки — 13%, другие напитки использовались намного реже (рис. 10). К напиткам, рекомендуемым в детском возрасте, относятся: чай (желательно травяной или фруктовый), какао-напиток, цикорийсодержащие напитки [11]. Употребление кофе ежедневно нежелательно.

В качестве перекуса (рис. 11) дети более часто употребляют фрукты (30%), выпечку (22%) или шоколадные батончики типа «Сникерс», «Твикс» (18%). Использование продуктов с высоким уровнем добавленного сахара (более 38 г — не более 10% от суточной потребности в углеводах), а также содержащих кулинарный или кондитерский жир, не рекомендуется в детском питании [15, 16].

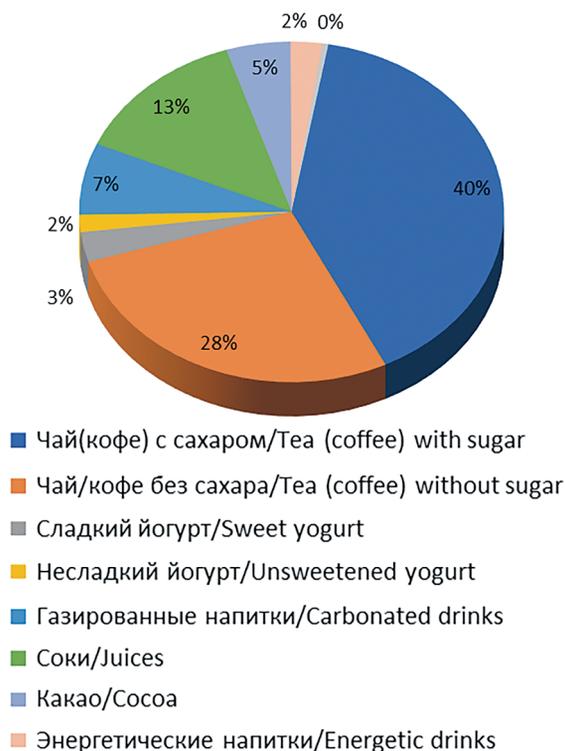


Рис. 10. Напитки, употребляемые более 3 раз в неделю
Fig. 10. Drinks consumed more than 3 times a week

По данным проведенного анкетирования, 53% детей посещают рестораны быстрого питания не чаще 1 раза в месяц, в 20% случаев — 1 раз в неделю, 16% школьников ответили, что ни разу не пробовали такую пищу (рис. 12).

Все дети — участники анкетирования прошли обучение по программе «Основы здорового питания». Данная программа опирается на основные положения Концепции создания просветительских программ по вопросам здорового питания в целях реализации Нацио-

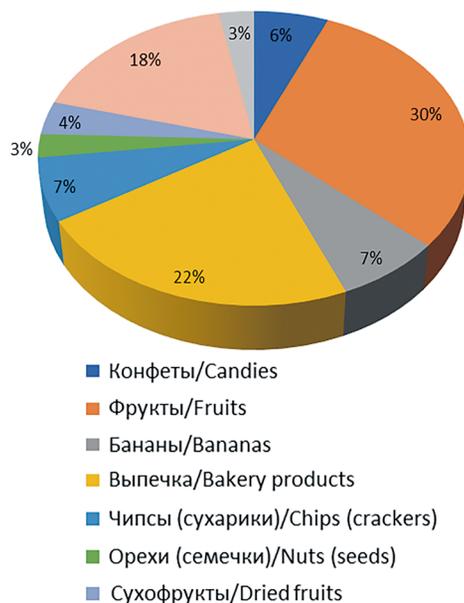


Рис. 11. Продукты, используемые в качестве перекуса
Fig. 11. Foods used as a snack

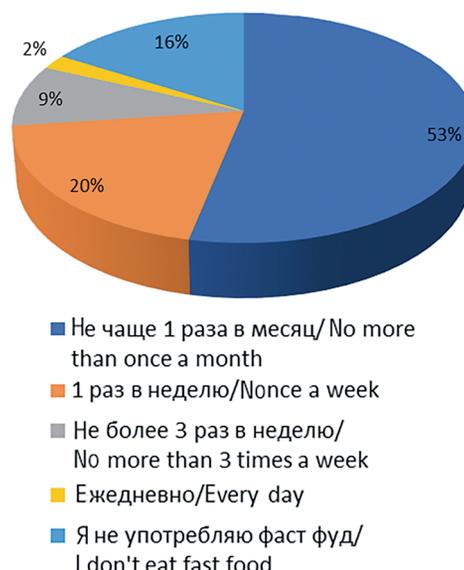


Рис. 12. Частота употребления фастфуда
Fig. 12. Frequency of consumption fast food

нального проекта «Демография», частью которого является федеральный проект «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек (Укрепление общественного здоровья)».

Целью программы «Основы здорового питания» являлось формирование у подростков знаний, умений и навыков в сфере здорового и безопасного питания как составляющей здорового образа жизни.

Реализация программы позволяет достичь следующих результатов:

- 1) полученные знания позволяют подросткам ориентироваться в ассортименте наиболее типичных продуктов питания, сознательно выбирать наиболее полезные;
- 2) подростки могут оценивать и контролировать свой рацион и режим питания с точки зрения соответствия требованиям здорового образа жизни;
- 3) подростки самостоятельно оценивают свой рацион питания с точки зрения его адекватности и соответствия образу жизни;
- 4) подростки овладевают различными формами двигательной активности в соответствии с возможными для себя нагрузками.

Программа реализуется в формате факультативного практико-ориентированного курса как компонент дополнительных общеразвивающих программ детских лагерей воспитателями, учителями средней общеобразовательной школы, инструкторами по физической культуре, спорту и туризму, методистами, сотрудниками отдела питания и управления охраны здоровья при поддержке и оказании консультативно-методической помощи Роспотребнадзором.

Используемые формы и методы носили интерактивный характер: эвристические занятия, интеллектуальные и творческие игры, кулинарные мастер-классы, конкурсы, презентации, дискуссии, занятия двигательной активностью, театрализованные представления и т.д. Программа предполагает коллективную и самостоятельную работу подростков, демонстрацию в практической деятельности результатов участия.

Содержательно Программа состояла из трех модулей. Первый модуль «Разговор о здоровье и правильном питании» — это серия игровых и интерактивных занятий, занятий, направленных на освоение различных способов двигательной активности. Второй модуль представлял собой образовательную стажировку на базе столовых «Орлёнка». Она включала в себя знакомство с этапами приготовления блюд, изучение меню дня и представление его через различные

творческие формы, дегустацию краснодарского чая с рассказом о его свойствах, приготовлении, территории произрастания, мастер-класс по сервировке стола. Третий модуль — «Фестиваль-конкурс “Национальная кухня России”» — состоял из просветительских площадок по направлениям «Культура и традиции питания народов России», «Технологии и еда», конкурса кулинарных команд и реализовывался специалистами отдела питания, школы, мастерской прикладного и художественного творчества, детского инновационного центра авиации и космонавтики, инструкторами по физической культуре, спорту и туризму.

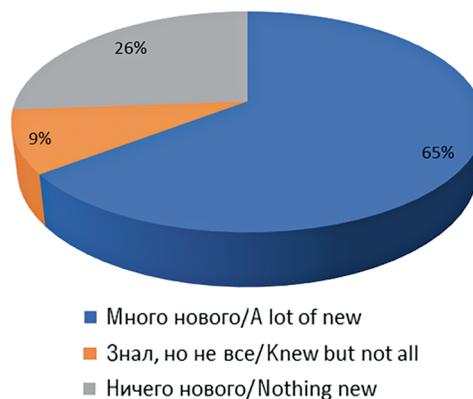


Рис. 13. Узнал ли ты что-то новое из образовательной программы?

Fig. 13. Have you learnt anything new from the educational program?

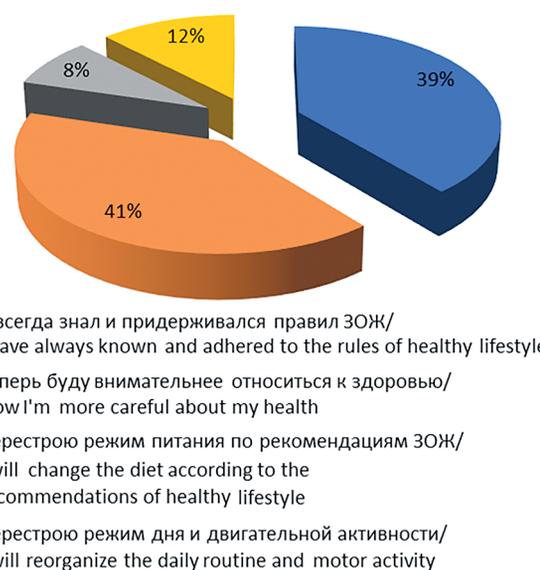


Рис. 14. Изменишь ли ты что-то в своем питании и образе жизни, когда вернешься из лагеря?

Fig. 14. Will you change anything in your diet and lifestyle when you leave the camp?

Преимущества программы — охват большого количества подростков из разных регионов в период оздоровительного отдыха, работа в командах.

По результатам анкетирования большая часть детей согласилась (74%) с тем, что они узнали много нового и полезного, что им пригодится в последующей жизни, и 26% сказали, что занятия не добавили им новых знаний (рис. 13).

После прохождения занятий 39% детей заявили, что всегда знали и придерживались правил ЗОЖ, но большая часть детей (61%) пообещали пересмотреть свой рацион питания и характер двигательной активности (рис. 14).

ВЫВОД

Образовательные проекты во время отдыха в оздоровительных детских центрах, совместная работа педагогов и врачей-педиатров — полезный раздел работы для формирования здорового образа жизни в среде подростков.

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. Конь И.Я., Волкова Л.Ю., Коростелева М.М. и др. Современные представления о продуктах питания для детей дошкольного и школьного возраста. Вопросы детской диетологии. 2010; (8)6: 35–8.
2. Макеева А.Г. Роль школьных образовательных программ в формировании культуры питания у детей и подростков. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2019; 2: 21–5.
3. Методические рекомендации. Гигиена питания. Рациональное питание. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 22.07.2021). Доступен по: https://www.rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=18979 (дата обращения 19.03.2023).
4. Методические рекомендации МР 2.4.0179-20 «Рекомендации по организации питания обучающихся общеобразовательных организаций» (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 18 мая 2020 г.). Доступен по: <https://docs.cntd.ru/document/565068183> (дата обращения 17.03.2023).
5. Мильман И.И. Гигиеническое воспитание и обучение в начальной школе. М.: Гигиена; 1959.
6. Огрызко Е.В., Шелепова Е.А., Тюрина Е.М. Статистика ожирения у детей в Российской Федерации за 2014–2018 годы. Менеджер здравоохранения. 2020; 4: 37–42.
7. Постановление главного государственного врача РФ от 27 октября 2020 года № 32 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил и норм СанПиН 2.3/2.4.3590-20 “Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения”». Доступен по: <https://docs.cntd.ru/document/566276706> (дата обращения 29.03.2023).
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 января 2020 г. № 8 «Об утверждении Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года». Доступен по: <https://docs.cntd.ru/document/564215449> (дата обращения 17.03.2023).
9. Пузырев В.Г., ред., Ревнова М.О., ред., Щерба Е.В. и др. Гигиена детей школьного возраста. Учебное пособие. СПб.: СПбГПМУ; 2021.
10. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 23.01.2021 № 122-р. Доступен по: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202101280006> (дата обращения 29.03.2023).
11. Тутельян В.А., ред., Конь И.Я., ред. Детское питание. Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство; 2013.
12. Тутельян В.А., Никитюк Д.Б., Шарафетдинов Х.Х. Здоровое питание-основа здорового образа жизни и

- профилактики хронических неинфекционных заболеваний. В кн.: Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы. Т. 3. М.; 2019: 203–27.
13. Тутельян В.А., Погожева А.В. Роль пищевых волокон в питании человека. М.: Новое тысячелетие; 2008.
 14. Указ Президента Российской Федерации от 29.05.2017 г. № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства». Доступен по: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/41954> (дата обращения 29.03.2023).
 15. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека: официальный сайт. Доступен по: <https://www.rospotrebnadzor.ru> (дата обращения 27.03.2023).
 16. Фисенко А.П., Кучма В.Р., Кучма Н.Ю. и др. Стратегия и практика формирования здорового образа жизни детей в Российской Федерации. Российский педиатрический журнал. 2020; 23(2): 76–84.
 17. Agustina R. et al. Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *The Lancet*. 2019; 393(10166): 75–102.
 18. Allen L.N. Feigl A.B. Reframing non-communicable diseases as socially transmitted conditions. *Lancet Glob Health*. 2017; 5: 644–6.
 19. Angeles-Agdeppa I., Monville-Oro E., Gonsalves J.F., Capanzana M.V. Integrated school based nutrition programme improved the knowledge of mother and school-children. *Matern Child Nutr*. 2019; 3: 12794. DOI: 10.1111/mcn.12794.
 20. Berge J.M., Wall M., Hsueh T.F. et al. The protective role of family meals for youth obesity: 10-year longitudinal associations. *J Pediatr*. 2015; 166(2): 296–301. DOI: 10.1016/j.jpeds.2014.08.030.
 21. Chin M.K. et al. BRICS to BRICSCESS—A perspective for practical action in the promotion of healthy lifestyles to improve public health in five countries. *Journal of Sport and Health Science*. 2019; 6: 520.
 22. Gato-Moreno M., Martos-Lirio M.F., Leiva-Gea I. et al. Early Nutritional Education in the Prevention of Childhood Obesity. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(12): 6569. DOI: 10.3390/ijerph18126569.
 23. Kone J. et al. Parents' perception of health promotion: What do parents think of a healthy lifestyle in parenting and the impact of the school environment? A qualitative research in the Netherlands. *Journal of Pediatric Nursing*. 2022; 62: 148–55.
 24. Melnyk B.M. et al. Promoting healthy lifestyles in high school adolescents: a randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*. 2013; 4: 407–15.
 25. Nosi C. et al. Evaluating a social marketing campaign on healthy nutrition and lifestyle among primary-school children: A mixed-method research design. *Evaluation and Program Planning*. 2021; 89: 101965.
 26. Ojeda-Rodríguez A., Zazpe I., Morell-Azanza L. et al. Improved Diet Quality and Nutrient Adequacy in Children and Adolescents with Abdominal Obesity after a Lifestyle Intervention. *Nutrients*. 2018; 10(10): 1500. DOI: 10.3390/nu10101500.
 27. Pop T.L. et al. The role of healthy lifestyle promotion, counseling, and follow-up in noncommunicable diseases prevention. *The Journal of Pediatrics*. 2020; 217: 221–3.
 28. Promoting healthy nutrition. In: Hagan J.F., Shaw J.S., Duncan P.M. (eds). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. IL: American Academy of Pediatrics; 2017.
 29. Smedegaard S., Christiansen L.B., Lund-Cramer P. et al. Improving the well-being of children and youths: a randomized multicomponent, school-based, physical activity intervention. *BMC Public Health*. 2016; 16(1): 1127. DOI: 10.1186/s12889-016-3794-2.
 30. Ward Z.J., Long M.W., Resch S.C. et al. Simulation of growth trajectories of childhood obesity into adulthood. *N. Engl. J. Med*. 2017; 377(22): 2145–53. DOI: 10.1056/NEJoa1703860.
 31. WHO Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2013–2020. World Health Organization, Geneva 2013. Available at: https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/. (accessed 09.03.2023).
 32. WHO Global status report on noncommunicable disease, 2014. World Health Organization, Geneva 2014. Available at: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. (accessed 15.03.2023).

REFERENCES

1. Kon' I.Ya., Volkova L.Yu., Korosteleva M.M. i dr. Sovremennye predstavleniya o produktakh pitaniya dlya detey doskol'nogo i shkol'nogo vozrasta. [Modern ideas about food for children of preschool and school age]. *Voprosy detskoj dietologii*. 2010; (8)6: 35–8. (in Russian).
2. Makeeva A.G. Rol' shkol'ny'x obrazovatel'ny'x programm v formirovanii kul'tury' pitaniya u detej i podrostkov. [The role of school educational programs in the formation of a culture of nutrition in children and adolescents]. *Voprosy' shkol'noj i universitetskoj mediciny' i zdorov'ya*. 2019; 2: 21–5. (in Russian).
3. Metodicheskie rekomendacii. Gigiena pitaniya. Racional'noe pitanie. Normy' fiziologicheskix potrebnostej v e'nergii i pishhev'y'x veshhestvax dlya razlichny'x grupp naseleniya Rossijskoj Federacii. (utv. Glavny'm gosudarstvenny'm sanitarny'm vrachom RF 22.07.2021). [Methodological recommendations. Food hygiene. Rational nutrition. Norms of physiological needs for energy and nutrients for various population groups of the Russian Federation (approved by the Chief State Sanitary Doctor of the Russian Federation on 22.07.2021)]. Available at: https://www.rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=18979 (accessed 19.03.2023). (in Russian).
4. Metodicheskie rekomendacii MP 2.4.0179-20 «Rekomendacii po organizacii pitaniya obuchayushhixsya obsheo-

- brazovatel'ny'x organizacij» (utv. Federal'noj sluzhboj po nadzoru v sfere zashchity prav potrebitelej i blagopoluchiya cheloveka 18 maya 2020 g.). [Methodological recommendations MP 2.4.0179-20 «Recommendations on catering for students of general education organizations» (approved by the Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Well-Being on May 18, 2020)]. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/565068183> (accessed 17.03.2023). (in Russian).
5. Mil'man I.I. *Gigienicheskoe vospitanie i obuchenie v nachal'noj shkole*. Moskva: Gigiena Publ.; 1959. (in Russian).
 6. Ogy'zko E.V., Shelepova E.A., Tyurina E.M. *Statistika ozhireniya u detej v Rossijskoj Federacii za 2014-2018 gody.* [Obesity statistics in children in the Russian Federation for 2014–2018]. *Menedzher zdravooxraneniya*. 2020; 4: 37–42. (in Russian).
 7. *Postanovlenie glavnogo gosudarstvennogo vracha RF ot 27 oktyabrya 2020 goda N 32. Ob utverzhenii sanitarno-e'pidemiologicheskix pravil i norm SanPiN 2.3/2.4.3590-20 «Sanitarno-e'pidemiologicheskie trebovaniya k organizacii obshhestvennogo pitaniya nasele-niya».* [Resolution of the Chief State Physician of the Russian Federation dated October 27, 2020 No. 32. On the approval of sanitary and epidemiological rules and norms of the SanPiN 2.3/2.4.3590-20 «Sanitary and epidemiological requirements for the organization of public catering of the population»]. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/566276706> (accessed 29.03.2023). (in Russian).
 8. *Prikaz Ministerstva zdravooxraneniya RF ot 15 yanvary 2020 g. N 8 «Ob utverzhenii Strategii formirovaniya zdorovogo obraza zhizni naseleniya, profilaktiki i kontrolya neinfekcionny'x zabolevanij na period do 2025 goda».* [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 8 dated January 15, 2020 «On approval of the Strategy for the formation of a healthy lifestyle of the population, prevention and control of non-communicable diseases for the period up to 2025»]. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/564215449> (accessed 17.03.2023). (in Russian).
 9. Puzryev V.G., red., Revnova M.O., red., Shcherba E.V. i dr. *Gigiena detej shkol'nogo vozrasta. Uchebnoe posobie.* [Hygiene of school children (textbook)]. Sankt-Peterburg: SPbGPMU Publ.; 2021. (in Russian).
 10. *Rasporjazhenie Pravitel'stva Rossijskoj Federacii ot 23.01.2021 № 122-r.* [Order of the Government of the Russian Federation No. 122-r dated 23.01.2021]. Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202101280006> (accessed 29.03.2023). (in Russian).
 11. Tutel'yan V.A., Kon' I.Ya. *Detskoe pitanie: Rukovodstvo dlya vrachej.* [Baby food: A guide for doctors]. Moskva: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo Publ.; 2013. (in Russian).
 12. Tutel'yan V.A., Nikityuk D.B., Sharafetdinov Kh.Kh. *Zdorovoe pitanie-osnova zdorovogo obraza zhizni i profilaktiki khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevanij.* [Healthy nutrition is the basis of a healthy lifestyle and prevention of chronic non-communicable diseases]. In.: *Zdorov'e molodezhi: novye vyzovy i perspektivy.* T. 3. Moskva; 2019: 203–27. (in Russian).
 13. Tutel'yan V.A., Pogozheva A.V. *Rol' pishchevykh volokon v pitanii cheloveka.* [The role of dietary fiber in human nutrition]. Moskva: Novoe tysyacheletie Publ.; 2008. (in Russian).
 14. *Ukaz Prezidenta Rossijskoj Federacii ot 29.05.2017 g. № 240 «Ob ob''javlenii v Rossijskoj Federacii Desjatiletija detstva».* [Decree of the President of the Russian Federation No. 240 dated 29.05.2017 “On the declaration of the Decade of Childhood in the Russian Federation”]. Available at: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/41954> (accessed 29.03.2023). (in Russian).
 15. *Federal'naya sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebiteley i blagopoluchiya cheloveka: ofitsial'nyy sayt.* [Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Well-Being: official website]. Available at: <https://www.rospotrebnadzor.ru> (accessed: 27.03.2023). (in Russian).
 16. Fisenko A.P., Kuchma V.R., Kuchma N.Yu. i dr. *Strategiya i praktika formirovaniya zdorovogo obraza zhizni detej v Rossijskoj Federatsii.* *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal.* [Strategy and practice of forming a healthy lifestyle for children in the Russian Federation]. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal.* 2020; 23(2): 76–84. (in Russian).
 17. Agustina R. et al. *Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges.* *The Lancet.* 2019; 393(10166): 75–102.
 18. Allen L.N., Feigl A.B. *Reframing non-communicable diseases as socially transmitted conditions.* *Lancet Glob Health.* 2017; 5: 644–6.
 19. Angeles-Agdeppa I., Monville-Oro E., Gonsalves J.F., Capanzana M.V. *Integrated school based nutrition programme improved the knowledge of mother and school-children.* *Matern Child Nutr.* 2019; 3: 12794. DOI: 10.1111/mcn.12794.
 20. Berge J.M., Wall M., Hsueh T.F. et al. *The protective role of family meals for youth obesity: 10-year longitudinal associations.* *J Pediatr.* 2015; 166(2): 296–301. DOI: 10.1016/j.jpeds.2014.08.030.
 21. Chin M.K. et al. *BRICS to BRICSCESS — A perspective for practical action in the promotion of healthy lifestyles to improve public health in five countries.* *Journal of Sport and Health Science.* 2019; 6: 520.
 22. Gato-Moreno M., Martos-Lirio M.F., Leiva-Gea I. et al. *Early Nutritional Education in the Prevention of Childhood Obesity.* *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(12): 6569. DOI: 10.3390/ijerph18126569.
 23. Kone J. et al. *Parents' perception of health promotion: What do parents think of a healthy lifestyle in parenting and the impact of the school environment? A qualitative research in the Netherlands.* *Journal of Pediatric Nursing.* 2022; 62: 148–55.

24. Melnyk B.M. et al. Promoting healthy lifestyles in high school adolescents: a randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*. 2013; 4: 407–15.
25. Nosi C. et al. Evaluating a social marketing campaign on healthy nutrition and lifestyle among primary-school children: A mixed-method research design. *Evaluation and Program Planning*. 2021; 89: 101965.
26. Ojeda-Rodríguez A., Zazpe I., Morell-Azanza L. et al. Improved Diet Quality and Nutrient Adequacy in Children and Adolescents with Abdominal Obesity after a Lifestyle Intervention. *Nutrients*. 2018; 10(10): 1500. DOI: 10.3390/nu10101500.
27. Pop T.L. et al. The role of healthy lifestyle promotion, counseling, and follow-up in noncommunicable diseases prevention. *The Journal of Pediatrics*. 2020; 217: 221–3.
28. Promoting healthy nutrition. In: Hagan J.F., Shaw J.S., Duncan P.M. (eds). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. IL: American Academy of Pediatrics; 2017.
29. Smedegaard S., Christiansen L.B., Lund-Cramer P. et al. Improving the well-being of children and youths: a randomized multicomponent, school-based, physical activity intervention. *BMC Public Health*. 2016; 16(1): 1127. DOI: 10.1186/s12889-016-3794-2.
30. Ward Z.J., Long M.W., Resch S.C. et al. Simulation of growth trajectories of childhood obesity into adulthood. *N. Engl. J. Med*. 2017; 377 (22): 2145–53. DOI: 10.1056/NEJoa1703860.
31. WHO Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2013–2020. World Health Organization, Geneva 2013. Available at: https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/. (accessed 09.03.2023).
32. WHO Global status report on noncommunicable disease, 2014. World Health Organization, Geneva 2014. Available at: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. (accessed 15.03.2023).

УДК 616-006.04-082-06-07-053.3(470.21)+614.2+57.08
DOI: 10.56871/МНСО.2023.48.79.005

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ЦЕНТРОВ АМБУЛАТОРНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

© Владимир Юрьевич Старцев¹, Глеб Валентинович Кондратьев¹,
Николай Иванович Тяпкин^{2, 3}, Игорь Олегович Белогорцев², Павел Сергеевич Кондрашкин⁴

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

² Ленинградская областная клиническая больница. 194291, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург,
пр. Луначарского, д. 45, корп. 1, лит. А

³ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова.
197758, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 70

⁴ Клиническая больница РЖД-Медицина г. Санкт-Петербург. 195271, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург,
пр. Мечникова, д.27 Б

Контактная информация: Николай Иванович Тяпкин — заведующий отделением онкоурологии Ленинградской
областной клинической больницы. E-mail: nikt1982@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-2479-0436 SPIN: 5063-1890

Для цитирования: Старцев В.Ю., Кондратьев Г.В., Тяпкин Н.И., Белогорцев И.О., Кондрашкин П.С. К вопросу
организации центров амбулаторной онкологической помощи жителям Ленинградской области // Медицина
и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 4. С. 55–65. DOI: <https://doi.org/10.56871/МНСО.2023.48.79.005>

Поступила: 04.09.2023

Одобрена: 11.10.2023

Принята к печати: 15.12.2023

РЕЗЮМЕ. По данным Всемирной организации здравоохранения, число вновь выявленных случаев злокачественных новообразований неуклонно растет. Смертельные случаи от злокачественных опухолей относятся к категории «предотвратимых», в основном за счет профилактики, раннего выявления и последующего качественного диспансерного наблюдения. Одним из вариантов решения вопроса ранней диагностики злокачественных новообразований признана организация центров амбулаторной онкологической помощи. Нами были изучены статистические данные Медицинского информационно-аналитического центра Комитета по здравоохранению Ленинградской области и сведения из публикаций рецензируемых журналов за 2019–2022 гг. по теме исследования. В результате изучения официальных статистических данных и сведений из публикаций предложены мероприятия по оптимизации деятельности системы здравоохранения и, в частности, региональных центров амбулаторной онкологической помощи, для повышения качества оказания специализированной онкологической помощи жителям Ленинградской области. Новые подходы в организации оказания медицинской помощи будут способствовать сохранению качества жизни пациентов и позволят снизить показатель смертности населения региона от развития ряда злокачественных новообразований.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: злокачественные новообразования; Ленинградская область; организация здравоохранения; диагностика злокачественных новообразований; центр амбулаторной онкологической помощи.

TO THE QUESTION OF ORGANIZATION OF OUTPATIENT ONCOLOGICAL CARE CENTERS FOR RESIDENTS OF THE LENINGRAD REGION

© Vladimir Yu. Startsev¹, Gleb V. Kondratiev¹, Nikolay I. Tyapkin^{2, 3},
Igor O. Belogortsev², Pavel S. Kondrashkin⁴

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

² Leningrad Regional Clinical Hospital. Lunacharsky prospect 45, 1/A, Saint Petersburg, Russian Federation, 194291

³ Russian Scientific Center of Radiology and Surgical Technologies named after Academic A.M. Granov. Leningradskaya Street 70, Pesochny settlement, Saint Petersburg, Russian Federation, 197758

⁴ Clinical Hospital of Russian Railways-Medicine, Saint Petersburg. Mechnikov 27B, Saint Petersburg, Russian Federation, 195271

Contact information: Nikolay I. Tyapkin — Head of the Department of Oncurology, Leningrad Regional Clinical Hospital. E-mail: nikt1982@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-2479-0436 SPIN: 5063-1890

For citation: Startsev VYu, Kondratiev GV, Tyapkin NI, Belogortsev IO. To the question of organization of outpatient oncological care centers for residents of the Leningrad Region. *Medicine and health care organization (St. Petersburg)*. 2023;8(4):55-65. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.48.79.005>

Received: 04.09.2023

Revised: 11.10.2023

Accepted: 15.12.2023

ABSTRACT. According to the data provided by the World Health Organization, the number of detected cases of malignant neoplasms is steadily increasing. Deaths from malignant tumors are classified as “preventable”, mainly due to prevention, early detection followed by high-quality dispensary observation. One of the ways to solve the problem of early diagnosis of malignant neoplasms is organization of outpatient cancer care centers. We have studied the statistical data of the Medical Information and Analytical Center of the Department of health of the Leningrad Region Administration and information from the publications of peer-reviewed journals for 2019–2022 topic research. As a result of the analyses of official statistical data and information from publications, measures are proposed to optimize the activities of the healthcare system and, in particular, regional centers for outpatient oncological care, to improve the quality of specialized oncological care for residents of the Leningrad Region. New approaches to the organization of medical care will help preserve the quality of life of patients and will reduce the mortality rate of the region’s population from the increased number of malignant neoplasms.

KEY WORDS: malignant neoplasms; Leningrad Region; healthcare organization; diagnostics of malignant neoplasms; outpatient center for cancer care.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2020 г. в мире выявлено 19,3 млн новых случаев злокачественных новообразований (ЗНО), в том числе в странах Европы — 4,4 (22,8%) млн случаев [5]. По прогнозам Медицинского агентства по изучению рака, к 2040 г. количество вновь выявленных случаев ЗНО достигнет 30,2 млн (прирост за 20 лет +56,5%) [10].

В Российской Федерации (РФ) ЗНО включены в перечень социально значимых заболеваний (согласно постановлению Правительства РФ от 01.12.2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих»), характеризующихся социально-экономическим ущербом для пациентов в форме потери трудоспособности и преждевременной смертности [13]. Согласно тексту Указа Президента РФ от 21.07.2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года», в настоящее время реализуется Национальный проект «Здравоохранение» [18]. Для решения задачи проекта «Повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет» Указом Президента РФ от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [17] планируется снизить показатель смертности населения РФ от ЗНО до 185,0 на 100 тыс. населения.

В структуре заболеваемости ЗНО мужского населения развивающихся стран преобладают ЗНО легких и бронхов, что объясняется курением табака и его дериватов. В западных странах лидирует ЗНО предстательной железы [9]. Уровень заболеваемости женского населения ЗНО молочных желез возрастает среди населения всех стран [21, 22]: одной из основных причин роста считается изменение отношения к репродуктивному возрасту, участие в программах вспомогательных репродуктивных технологий и другие особенности поведения молодых женщин. Несмотря на развитие базы диагностической аппаратуры, высокие возможности визуализации ряда ЗНО и наличие условий для скрининга опухолей различных локализаций, в РФ по-прежнему велика доля ЗНО, выявленных в запущенных стадиях, например, опухолей органов женской половой системы [1].

По официальным данным, в 2019 г. зарегистрировано 295,5 тысяч случаев летальных исходов от ЗНО (16,4% в структуре смертности от всех причин) [19]. Подобные смертельные случаи относят к категории «предотвратимых»: их можно предупредить путем первичной (включая формирование здорового образа жизни), вторичной (раннее выявление заболеваний) или третичной профилактики (качественное диспансерное наблюдение пациентов, перенесших лечение). Санитарно-профилактические мероприятия и забота о здоровом образе жизни людей, о чем много гово-

рилось в прежние годы, как и вопросы увеличения пресловутой «онконастороженности» врачей первичного звена [6, 11], недостаточны для обеспечения должного уровня диагностики ЗНО [3].

Одним из вариантов решения вопроса раннего выявления ЗНО признана организация центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП). Согласно Приказу МЗ РФ от 05.02.2019 г. № 48 «О внесении изменений в порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «Онкология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 г. № 915Н [14], внесены изменения в порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», предусматривающие комплексный мультидисциплинарный подход на этапе оказания первичной специализированной помощи пациентам с ЗНО. В 2019 г. субъектами РФ в рамках реализации региональных проектов «Борьба с онкологическими заболеваниями» [20]

определены 532 медицинские организации, на базе которых в 2019–2024 гг. запланировано создание ЦАОП в качестве модели первичной специализированной медико-санитарной помощи. Деятельность этих центров организована в соответствии с Правилами, приведенными в Приложении № 5 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях (утвержден Приказом МЗ РФ от 19.02.2021 г. № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях» [16]) и методическими рекомендациями по организации ЦАОП в субъектах РФ (утвержден заместителем МЗ РФ).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить роль организации ЦАОП для ранней диагностики ЗНО у жителей российского региона — Ленинградской области (ЛО).

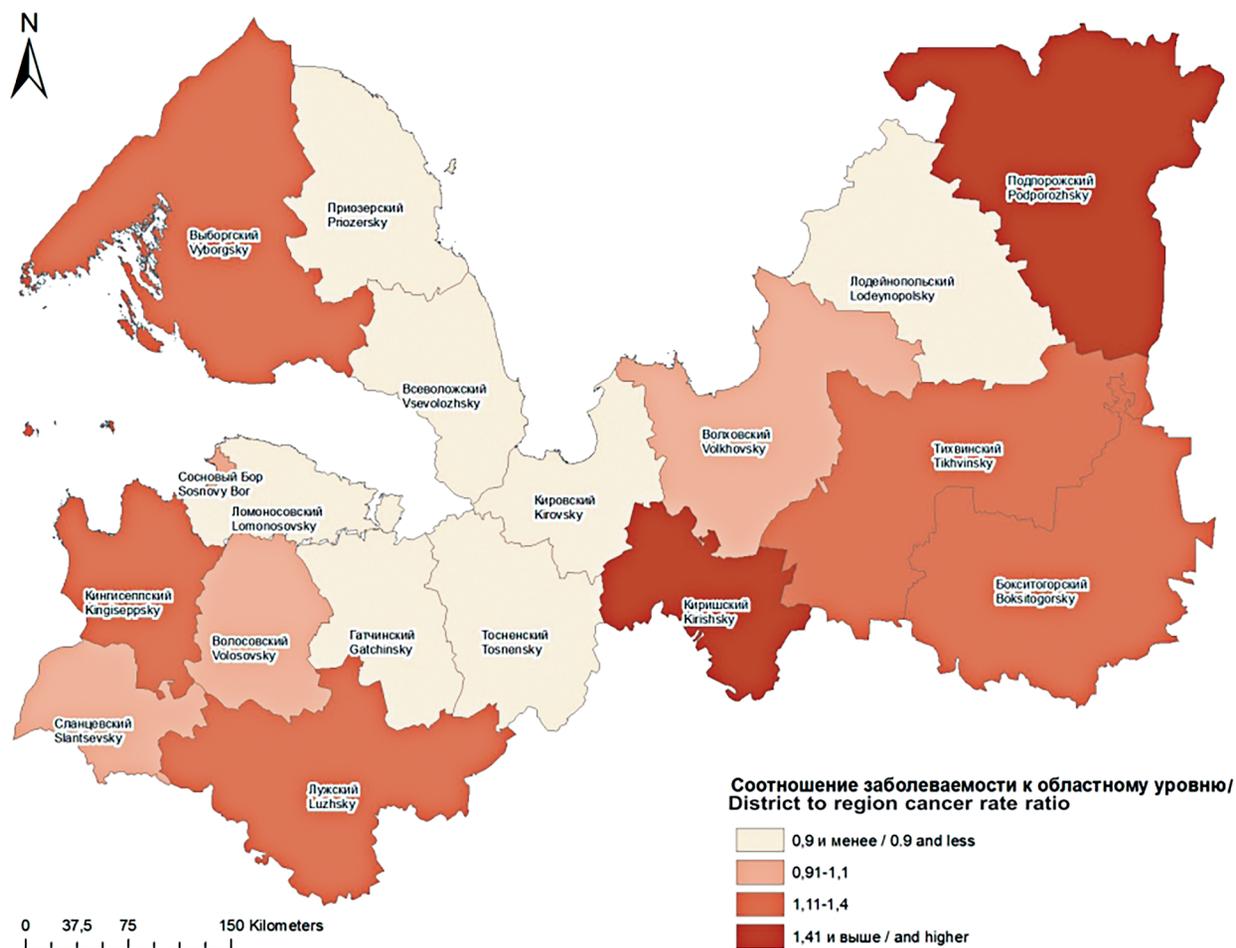


Рис 1. Распределение районов Ленинградской области по усредненным (за 2008–2018 гг.) показателям первичной заболеваемости ЗНО в соотношении к областному уровню [4]

Fig. 1. Distribution of districts of the Leningrad Region according to the average (for 2008–2018) indicators of the primary incidence of malignant neoplasms in relation to the regional level [4]

Таблица 1

Показатели заболеваемости ЗНО (на 100 тыс. населения) в районах Ленинградской области в 2008–2018 гг.

Table 1

Incidence rates of malignant neoplasms (per 100 thousand population) in the districts of the Leningrad Region in 2008–2018

Районы Ленинградской области / Districts of the Leningrad Region	Год / Year											Усредненное значение за 2008– 2018 гг. / Average value for 2008–2018
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Боксито- горский / Boksitogorsky	389,4	424,3	386,9	277,4	290,8	307,6	356,2	283,0	423,6	370,9	443,8	359,5
Волосовский / Volosovsky	273,9	241,1	234,4	238,2	276,1	247,9	317,0	289,8	264,4	281,2	352,2	274,2
Волховский / Volkhovsky	282,4	301,2	280,5	263,3	262,1	263,3	345,3	283,2	321,7	351,7	408,1	305,7
Всеволожский / Vsevolozhsky	203,2	261,0	221,4	315,9	353,0	207,9	285,6	229,4	290,8	194,9	200,4	251,2
Выборгский / Vyborgsky	356,0	343,6	319,4	305,9	299,1	305,8	370,1	339,9	326,5	344,7	358,8	333,6
Гатчинский / Gatchina	240,5	199,0	232,6	224,7	235,6	195,3	277,0	285,1	273,6	304,9	420,9	262,7
Кингисеп- пский / Kingisepp	397,3	298,6	349,6	383,0	405,6	321,8	428,1	403,0	395,7	429,5	460,4	388,4
Киришский / Kirishi	372,5	437,6	426,6	453,4	392,5	506,1	514,0	448,1	498,7	424,1	452,5	447,8
Кировский / Kirovsky	228,9	256,5	260,2	257,2	236,6	221,6	260,8	240,4	391,0	200,8	214,8	251,7
Лодейно- польский / Lodeynopolsky	218,5	235,1	255,4	231,4	236,4	199,4	331,5	301,6	306,8	308,0	332,0	268,7
Ломоно- совский / Lomonosovsky	235,5	333,7	284,4	258,0	236,1	247,4	291,5	253,8	252,7	251,9	231,0	261,5
Лужский / Luga	360,4	415,7	388,5	351,3	372,4	350,0	364,0	414,1	421,3	352,1	422,6	383,0
Подпо- рожский / Podporozhsky	339,3	418,5	393,6	325,1	407,7	389,3	487,3	491,4	427,0	383,4	625,8	426,2
Приозерский / Priozersky	365,8	234,0	254,5	234,4	218,6	269,2	240,3	128,5	327,5	120,9	327,4	247,4
Сланцевский / Slantsevsky	379,4	331,8	293,8	264,1	271,5	433,7	308,3	396,4	346,3	300,7	320,2	331,5
Тихвинский / Tikhvinsky	263,7	370,2	333,2	384,6	305,8	311,3	389,0	428,4	468,4	388,3	383,4	366,0
Тосненский / Tosnensky	285,7	255,2	312,4	217,6	225,3	263,0	291,7	273,8	177,7	266,0	235,8	254,9
Сосновый Бор / Sosnovyy Bor	193,1	207,5	288,8	260,2	237,4	294,2	241,5	329,4	285,5	335,1	370,5	276,7
Ленинград- ская область / Leningrad Region	291,3	298,7	291,8	289,1	293,1	271,3	323,5	302,4	324,4	291,2	331,9	300,8

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены статистические данные Медицинского информационно-аналитического центра Комитета по здравоохранению ЛО, а также сведения из публикаций, представленных в рецензируемых журналах за 2019–2023 гг. по теме исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Согласно данным Петростата, за 2019–2021 гг. показатель смертности от ЗНО среди жителей ЛО незначительно уменьшился: с 4156 до 3912 человек, или с 224,9 до 207,7 человек на 100 тыс. населения (–5,9%) [2]. Констатируется также снижение (–3,9%) показателя заболеваемости ЗНО (с 6886 до 4204 человек, или с 369,8 до 221,0 на 100 тыс. населения). Отчасти это объясняется развитием пандемии COVID-19 с 2020 г., что повлекло ухудшение онкологического учета жителей ЛО в связи с проведением противоэпидемических мероприятий.

Исследования уровней заболеваемости ЗНО у жителей ЛО по «грубым» показателям за 2008–2018 гг. свидетельствуют, что наиболее существенное превышение этого уровня отмечалось у жителей Киришского и Подпорожского районов региона (рис. 1, табл. 1) [4], что связано не только с качеством и технической оснащенностью медицинских учреждений, но также с деятельностью расположенных в этих регионах предприятий вредного производства, — вопрос был изучен и данные опубликованы ранее [8].

За 2008–2018 гг. в Подпорожском и Киришском районах ЛО зарегистрированы высокие уровни стандартизованных показателей заболеваемости ЗНО (превышают средние по ЛО в 1,36 и 1,47 раза соответственно), со статистически значимыми различиями ($p < 0,001$). Средний уровень стандартизованного показателя заболеваемости по РФ был также превышен (в 1,1 и 1,19 раза; $p=0,068$ и $p=0,001$ соответственно) [19]. Неблагополучная ситуация по заболеваемости ЗНО у жителей указанных районов сохраняется и к 2022 г.: в Подпорожском районе данный показатель составил 625,75 на 100 тыс. населения, в Кингисеппском — 460,78, в Киришском — 451,52 [12].

ЦАОП развернуты в 5 районах ЛО (по 5 койко-мест — в 4 районах, по 3 койко-места — в Кингисеппском районе). Кадровое оснащение и расположение ЦАОП представлены в таблице 2.

Первым ЦАОП на территории ЛО, открытым в 2019 г., стало медицинское учреждение

в г. Тихвин на базе межрайонной больницы (МРБ) им. А.Ф. Калмыкова (табл. 2). Наибольшим контингентом приписного населения и кадровым обеспечением характеризуется ЦАОП Всеволожского района, расположенный на базе регионального онкологического учреждения — ГБУЗ ЛОКОД (Ленинградский клинический онкологический диспансер им. Л.Д. Романа). Схематично зоны расположения ЦАОП в регионе представлены на рисунке 2.

Как следует из рисунка 2, в западной части ЛО расположены 4 из 5 ЦАОП, обеспечивая амбулаторной медицинской помощью до 1520 тыс. жителей региона (82,2%). В восточной части региона расположен 1 центр для обеспечения 330 тыс. человек (17,8%).

Из отчета Петростата следует, что за 2019–2021 гг. в медицинских учреждениях ЛО возросло на 5,4% число врачебных амбулаторно-поликлинических организаций (с 300 до 317), что соответствует приведенной информации о создании ЦАОП [2]. Одновременно с этим уменьшилось на 12,0% число коек онкологического профиля: с 482 до 424. Относительная численность врачей и среднего медицинского персонала в ЛПУ региона осталась практически неизменной: численность среднего персонала снижается, но недостоверно (рис. 3).

Создание ЦАОП в ЛО позволило улучшить доступность специализированной медицинской помощи пациентам с ЗНО путем организации курсов химиотерапевтического (адьювантного и неoadьювантного) лечения: в 2019–2023 гг. в ЦАОП г. Тихвин химиотерапевтическое лечение выполнено 1092 пациентам; за 2020–2023 гг. в ЦАОП г. Выборг — 601 пациенту; в ЦАОП г. Гатчина — 1193 пациентам; в ЦАОП г. Кингисепп — 647 пациентам. Данный вид помощи оказался возможен благодаря укомплектованию указанных ЦАОП медицинскими онкологами и постоянной телекоммуникационной консультативной связи врачей с сотрудниками головного регионального учреждения ЛО — ГБУЗ ЛОКОД.

ОБСУЖДЕНИЕ

С 1 января 2022 г. Приказ МЗ РФ от 15.11.2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю “онкология”» утратил силу [15], но актуален Приказ МЗ РФ от 19.02.2021 г. № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях» [16] с Приложением № 5, где изложены основные требования

Таблица 2

Общие сведения о деятельности ЦАОП Ленинградской области

Table 2

General data about the activities of the OCC of the Leningrad Region

Район / Area	Место расположения / Location	Год начала работы / Starting year	Контингент приписного населения, тыс. чел. / The contingent of the registered population, thousand people	Кадровый состав / Personnel composition
Выборгский / Vyborgsky	Выборгская МРБ*. г. Выборг, ул. Октябрьская, д. 2 / Vyborg MRB*. Vyborg, st. Oktyabrskaya, 2	2020	260	1) Заведующий ЦАОП, врач-онколог / Head of CAOP, oncologist; 2) врач-онколог / oncologist; 3) врач-онколог / oncologist; 4) врач-эндоскопист / endoscopist
Гатчинский / Gatchina	Гатчинская клиническая МРБ. г. Гатчина, ул. Урицкого, д. 1 / Gatchina clinical IH. Gatchina, st. Uritsky, d. 1	2020	495	1) Заведующий ЦАОП, врач-онколог / Head of CAOP, oncologist; 2) врач-онколог/ oncologist; 3) врач-онколог/ oncologist; 4) врач-эндоскопист / endoscopist
Всеволожский / Vsevolozhsky	Ленинградский клинический онкологический диспансер им. Л.Д. Романа. Всеволожский район, пос. Кузьмолловский, ул. Заозерная, д. 2 / Leningrad Clinical Oncological Dispensary named after L.D. Roman. Vsevolozhsk district, pos. Kuzmolovsky, st. Zaozernaya, 2	2020	505	1) Заведующий ЦАОП, врач-онколог / Head of CAOP, oncologist; 2) врач-онколог (уролог) / oncourologist; 3) врач-онколог (торакальный хирург) / thoracic surgeon; 4) врач-онколог (маммолог) / mammologist 5) врач-онколог (специалист голова-шея) / oncologist specialist head-neck
Тихвинский / Tikhvinsky	Тихвинская МРБ им. А.Ф. Калмыкова. г. Тихвин, ул. Карла Маркса, д. 66 / Tikhvin IH named after A.F. Kalmykov. Tikhvin, st. Karl Marx, 66	2019	330	1) Заведующий ЦАОП, врач-онколог / Head of CAOP, oncologist; 2) врач-онколог / oncologist; 3) врач-онколог / oncologist; 4) врач-эндоскопист/ endoscopist
Кингисеппский / Kingisepp	Кингисеппская МРБ им. П.Н. Прохорова. г. Кингисепп, ул. Воровского, д. 20 / Kingisepp IH named after P.N. Prokhorov. Kingisepp, st. Vorovskogo, 20	2020	260	1) Заведующий ЦАОП, врач-онколог / Head of CAOP, oncologist; 2) врач-онколог/ oncologist; 3) врач-эндоскопист/ endoscopist

* МРБ — межрайонная больница / ИИ — interdistrict hospital.

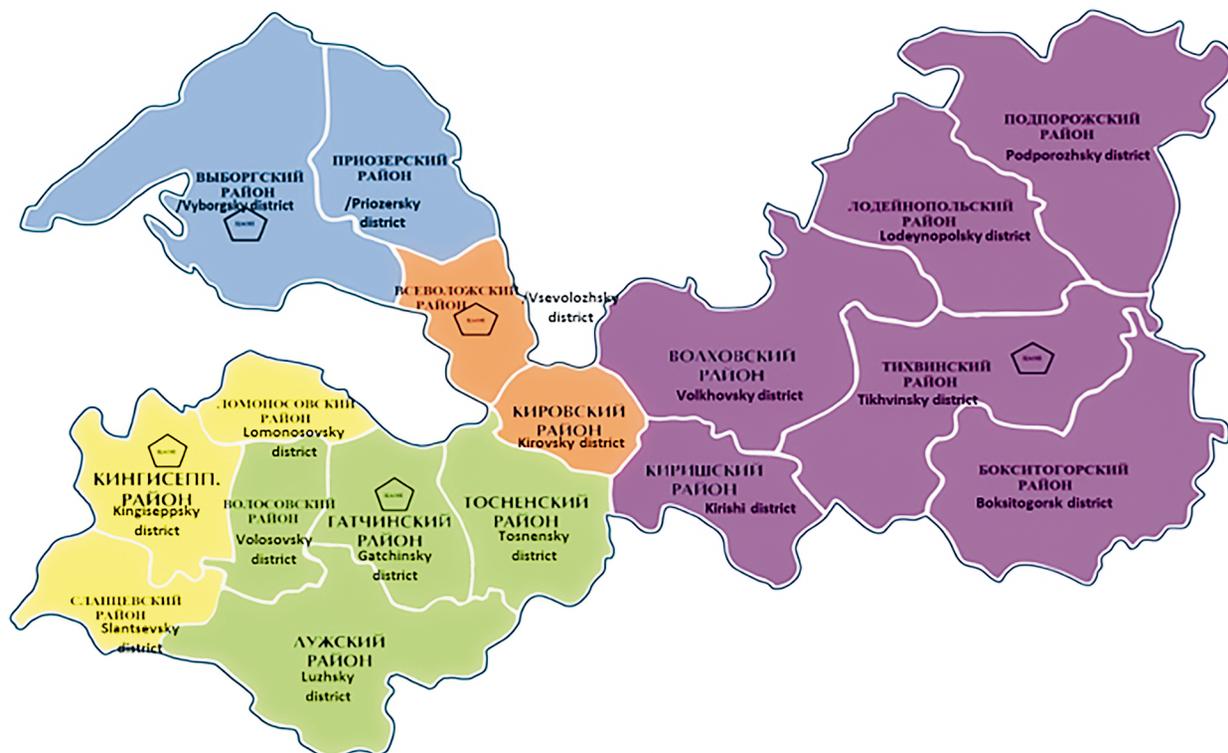


Рис. 2. Схематическое распределение ЦАОП в районах Ленинградской области

Fig. 2. Schematic distribution of OCC in the districts of the Leningrad Region

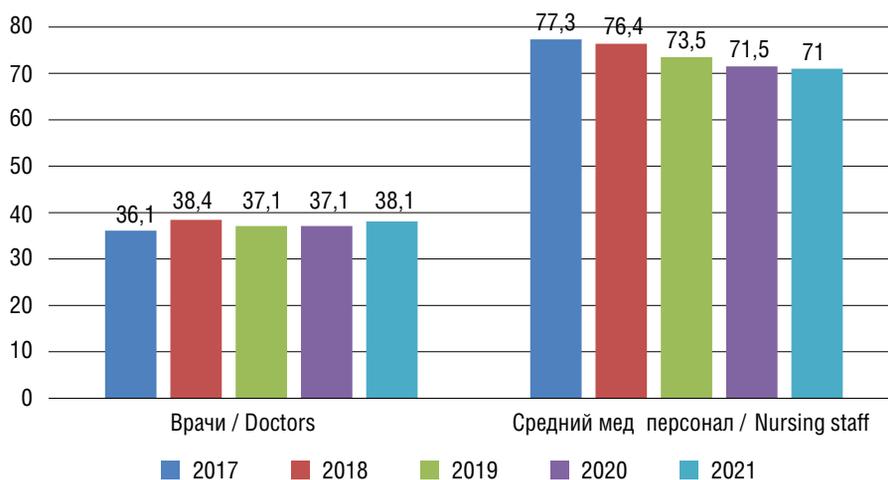


Рис. 3. Численность врачей и среднего медицинского персонала в учреждениях здравоохранения Ленинградской области за 2017–2021 гг.

Fig. 3. The number of doctors and nurses in healthcare facilities in the Leningrad Region for 2017–2021

к организации ЦАОП. Согласно методическим рекомендациям по организации ЦАОП в субъектах Российской Федерации (утверждены Министерством здравоохранения РФ 16.08.2021 г.) [7], в цели организации ЦАОП входит обеспечение жителей РФ с ЗНО качественной и доступной первичной специализированной меди-

цинской помощью: установить диагноз ЗНО и его стадию в сроки, определенные программой государственных гарантий.

По итогам организации ЦАОП ожидается улучшение обеспечения территориальной и транспортной доступности специализированной медицинской помощи для пациентов с ЗНО

[7]. Для обоснования целесообразности открытия ЦАОП учитываются климатогеографические особенности местности, транспортная доступность, плотность населения района и особенности материально-технической базы ЛПУ.

Уровень заболеваемости ЗНО населения ЛО за последние годы возрастает среди жителей восточных территорий региона, где расположен 1 ЦАОП (в г. Тихвин). Не занимаясь разбором причин роста данного показателя (этот вопрос будет рассмотрен в наших последующих публикациях), приходится констатировать не менее сложную транспортную доступность для диагностики и лечения ЗНО у населения восточных районов в сравнении с западными районами.

При имеющемся росте показателя заболеваемости ЗНО среди жителей Кингисеппского района граждане имеют возможность целенаправленно обратиться к сотрудникам ЦАОП Кингисеппской МРБ. В противоположность этому жители неблагополучных по статистике ЗНО районов ЛО (Подпорожского и Киришского) обращаются в ЦАОП соседнего (Тихвинского) района или направляются врачом лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) по месту жительства в ЦАОП Всеволожского района (поликлиника ГБУЗ ЛОКОД), где расположена стационарная база головного онкологического учреждения региона.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В условиях продолжающейся оптимизации системы здравоохранения, сокращения числа коек для оказания специализированной онкологической помощи жителям ЛО и недостаточной квалификации кадрового медицинского состава МРБ региона, данная ситуация требует определенных административно-организационных решений. Целесообразно изучить кадровый состав ЛПУ восточных районов ЛО, с дополнительным обучением врачебного и среднего медицинского персонала. Следует изучить и, при необходимости, реформировать материально-техническую базу ЛПУ Подпорожского и Киришского районов для обеспечения ранней диагностики случаев ЗНО у жителей указанных территорий. В результате могут быть проведены территориальные мероприятия по реорганизации ряда первичных онкологических кабинетов с переводом их в статус ЦАОП, с оптимизацией структуры и штатного расписания амбулаторно-поликлинических отделений. Одним из вариантов может быть организация ЦАОП в МРБ г. Волхов, с благоприятным рас-

положением ЛПУ на пересечении транспортных магистралей региона.

В итоге указанные мероприятия будут способствовать сохранению качества жизни пациентов, позволят снизить показатель смертности населения от развития ЗНО (в соответствии с Национальным проектом) и поднимут престиж онкологической службы региона.

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. Аксель Е.М., Виноградова Н.Н. Статистика злокачественных новообразований женских репродуктивных органов. Онкогинекология. 2018; 3(27): 64–78.
2. Здравоохранение, образование, культура в Ленинградской области в 2021 году. Статистический сборник. СПб.: Петростат; 2022.
3. Кнышова Л.П. Злокачественные новообразования как медико-социальная проблема. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016; 5(4): 671–2.
4. Ковшов А.А., Новикова Ю.А., Федоров В.Н. и др. Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Ленинградской области. Здоровье населения и среда обитания. 2021; 29(9): 23–32. DOI: 10.35627/2219-5238/2021-29-9-23-32.
5. Макимбетов Э.К., Салихар Р.И., Туманбаев А.М. и др. Эпидемиология рака в мире. Современные проблемы

- науки и образования. 2020; 2. Доступен по: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=29718> (дата обращения: 01.06.2023).
6. Максимова Т.М., Белов В.Б. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них в России и некоторых зарубежных странах. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012; 1: 9–12.
 7. Методические рекомендации по организации центров амбулаторной онкологической помощи в субъектах Российской Федерации (утв. Министерством здравоохранения РФ 16 августа 2021 г.). Доступен по: https://npra47.ru/media/docs/2022/06/15/355_153714.pdf (дата обращения 01.06.2023).
 8. Мовчан К.Н., Старцев В.Ю., Ткаченко А.Н. и др. Роль стационарзамещающих технологий при оказании медицинской помощи жителям провинции при раке мочевого пузыря. Амбулаторная хирургия. 2007; 4(28): 217–8.
 9. Одинцова И.Н., Писарева Л.Ф., Хряпченков А.В. Эпидемиология злокачественных новообразований в мире. Сибирский онкологический журнал. 2015; (5): 95–101.
 10. ОНКО-ОНКО: Онкологические заболевания в России и в мире. Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып. 55. М.: 2022; 846 (888).
 11. Орел В.И., Носырева О.М., Федорев В.Н. и др. Организационный проект создания кабинета паллиативной помощи медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Медицина и организация здравоохранения. 2019; 4(3): 4–18.
 12. Постановление Правительства Ленинградской области от 31 мая 2022 года № 355. О внесении изменения в постановление Правительства Ленинградской области от 30 июня 2021 года № 414 «Об утверждении региональной программы Ленинградской области «Борьба с онкологическими заболеваниями». Доступен по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402559272/> (дата обращения 01.06.2023).
 13. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих». Доступен по: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=356130> (дата обращения 01.06.2023).
 14. Приказ МЗ РФ от 05.02.2019 г. № 48 «О внесении изменений в порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «Онкология», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 915Н. Доступен по: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=330602> (дата обращения 01.06.2023).
 15. Приказ МЗ РФ от 15.11.2012 г. № 915Н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». Доступен по: <https://minzdrav.gov.ru/documents/9137-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-15-noyabrya-2012-g-915n-ob-utverzhdenii-poryadka-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-naseleniyu-po-profilyu-onkologiya> (дата обращения 01.06.2023).
 16. Приказ МЗ РФ от 19.02.2021 г. № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях». Доступен по: <https://docs.cntd.ru/document/573956757> (дата обращения 01.06.2023).
 17. Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Доступен по: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201805070038> (дата обращения 01.06.2023).
 18. Указ Президента РФ от 21.07.2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года». Доступен по: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202007210012> (дата обращения 01.06.2023).
 19. Федеральная служба государственной статистики. Доступен по: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (дата обращения 01.06.2023).
 20. Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями». Доступен по: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/onko> (дата обращения 01.06.2023).
 21. Mihret M.S., Gudayu T.W., Abebe A.S. et al. Knowledge and practice on breast self-examination and associated factors among summer class social science undergraduate female students in the University of Gondar, Northwest Ethiopia. *J Cancer Epidemiol.* 2021; 2: 1–9. DOI: 10.1155/2021/8162047.
 22. Momenimovahed Z., Salehiniya H. Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. *Breast Cancer (Dove Med Press).* 2019; 11: 151–64. DOI: 10.2147/BCTT.S176070.

REFERENCES

1. Aksel' E.M., Vinogradova N.N. Statistika zlokachestvennykh novoobrazovaniy zhenskikh reproduktivnykh organov. [Statistics of malignant neoplasms of female reproductive organs]. *Oncogynecology.* 2018; 3(27): 64–78. (in Russian).
2. Zdravookhranenie, obrazovanie, kul'tura v Leningradskoy oblasti v 2021 godu. *Statisticheskiy sbornik.* [Health care, education, culture in the Leningrad region in 2021. Statistical compendium]. Sankt-Peterburg: Petrostat Publ.; 2022. (in Russian).
3. Knysheva L.P. Zlokachestvennyye novoobrazovaniya kak mediko-sotsial'naya problema. [Malignant neoplasms as a medical and social problem. *International Journal of Applied and Basic Research*]. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy.* 2016; 5(4): 671–2. (in Russian).

4. Kovshov A.A., Novikova Yu.A., Fedorov V.N. i dr. Analiz zabolevaemosti zlokachestvennymi novoobrazovaniyami naseleniya Leningradskoy oblasti. [Analysis of the incidence of malignant neoplasms in the population of the Leningrad region. Public Health and Habitat]. *Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya*. 2021; 29(9): 23–32. DOI: 10.35627/2219-5238/2021-29-9-23-32. (in Russian).
5. Makimbetov E.K., Salikhar R.I., Tumanbaev A.M. i dr. Epidemiologiya raka v mire. [Epidemiology of livestock in the world. Modern problems of science and education]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2020; 2. Available at: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=29718> (accessed 01.06.2023). (in Russian).
6. Maksimova T.M., Belov V.B. Zabolevaemost' zlokachestvennymi novoobrazovaniyami i smertnost' ot nikh v Rossii i nekotorykh zarubezhnykh stranakh. [The incidence of malignant neoplasms and mortality from them in Russia and some foreign countries.]. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2012; 1: 9–12. (in Russian).
7. Metodicheskie rekomendatsii po organizatsii tse ntrov ambulatornoy onkologicheskoy pomoshchi v sub"ektakh Rossiyskoy Federatsii (utv. Ministerstvom zdravookhraneniya RF 16 avgusta 2021 g.). [Guidelines for the organization of outpatient cancer care centers in the constituent entities of the Russian Federation (approved by the Ministry of Health of the Russian Federation on August 16, 2021)]. Available at: https://npa47.ru/media/docs/2022/06/15/355_153714.pdf (accessed 01.06.2023). (in Russian).
8. Movchan K.N., Startsev V.Yu., Tkachenko A.N. i dr. Rol' stacionarzameshchayushchikh tekhnologiy pri okazanii meditsinskoy pomoshchi zhitelyam provintsii pri rake mochevogo puzrya. [The role of hospital-replacing technologies in providing medical care to residents of the province with bladder cancer]. *Ambulatornaya khirurgiya*. 2007; 4(28): 217–8. (in Russian).
9. Odintsova I.N., Pisareva L.F., Khryapenkov A.V. Epidemiologiya zlokachestvennykh novoobrazovaniy v mire. [Epidemiology of malignant neoplasms in the world]. *Sibirskiy onkologicheskii zhurnal*. 2015; (5): 95–101. (in Russian).
10. ONKO-ONCO: Onkologicheskie zabolevaniya v Rossii i v mire. Monitoringo-ekspertnye issledovaniya: znat' i pobedit' rak. [Oncological diseases in Russia and in the world. Monitoring and expert research: to know and defeat cancer]. Vyp. 55. Moskva: 2022; 846(888). (in Russian).
11. Orel V.I., Nosyreva O.M., Fedorets V.N. i dr. Organizatsionnyy proekt sozdaniya kabineta palliativnoy pomoshchi meditsinskoy organizatsii, okazyvayushchey pervichnyuyu mediko-sanitarnuyu pomoshch'. [Organizational project for the creation of a palliative care cabinet for a medical organization providing primary health care]. *Medicine and healthcare organization*. 2019; 4(3): 4–18. (in Russian).
12. Postanovlenie Pravitel'stva Leningradskoy oblasti ot 31 maya 2022 goda № 355. O vnesenii izmeneniya v postanovlenie Pravitel'stva Leningradskoy oblasti ot 30 iyunya 2021 goda № 414 "Ob utverzhdenii regional'noy programmy Leningradskoy oblasti "Bor'ba s onkologicheskimi zabolevaniyami". [Decree of the Government of the Leningrad Region No. 355 dated May 31, 2022. On amendments to the Decree of the Government of the Leningrad Region dated June 30, 2021 No. 414 "On approval of the regional program of the Leningrad Region "Fight against oncological diseases""]. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402559272/> (accessed 01.06.2023). (in Russian).
13. Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 01.12.2004 g. № 715 "Ob utverzhdenii perechnya sotsial'no znachimyykh zabolevaniy i perechnya zabolevaniy, predstavlyayushchikh opasnost' dlya okruzhayushchikh". [Decree of the Government of the Russian Federation of December 1, 2004 No. 715 "On approval of the list of socially significant diseases and the list of diseases that pose a danger to others""]. Available at: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=356130> (accessed 01.06.2023). (in Russian).
14. Prikaz MZ RF ot 05.02.2019 g. № 48 "O vnesenii izmeneniy v poryadok okazaniya meditsinskoy pomoshchi naseleniyu po profilu «Onkologiya», utverzhdennyy prikazom Ministerstva Zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 15 noyabrya 2012g № 915N. [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of May 2, 2019 No. 48 "On Amendments to the Procedure for Medical Assistance to the Population in the Oncology Profile", approved by Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of November 15, 2012 No. 915N]. Available at: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=330602> (accessed 01.06.2023). (in Russian).
15. Prikaz MZ RF ot 15.11.2012 g. № 915n "Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoy pomoshchi naseleniyu po profilu "onkologiya". [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated November 15, 2012 No. 915n "On Approval of the Procedure for Providing Medical Care to the Population in the Oncology Profile""]. Available at: <https://minzdrav.gov.ru/documents/9137-prikaz-ministerstva-zdravookhraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-15-noyabrya-2012-g-915n-ob-utverzhdenii-poryadka-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-naseleniyu-po-profilu-onkologiya> (accessed 01.06.2023). (in Russian).
16. Prikaz MZ RF ot 19.02.2021 g. № 116n "Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoy pomoshchi vzrosloму naseleniyu pri onkologicheskikh zabolevaniyakh". [Order of the Ministry of Health of Russia dated February 19, 2021 No. 116n "On approval of the procedure for providing medical care to the adult population with oncological diseases""]. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/573956757> (accessed 01.06.2023). (in Russian).

17. Ukaz Prezidenta RF ot 07.05.2018 № 204 «O natsional'nykh tselyakh i strategicheskikh zadachakh razvitiya Rossiyskoy Federatsii na period do 2024 goda». [Decree of the President of the Russian Federation of 07.05.2018 No. 204 “On the national goals and strategic objectives of the development of the Russian Federation for the period up to 2024”]. Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201805070038> (accessed 01.06.2023). (in Russian).
18. Ukaz Prezidenta RF ot 21.07.2020 g. №474 “O natsional'nykh tselyakh razvitiya Rossiyskoy Federatsii na period do 2030 goda”. [Decree of the President of the Russian Federation dated July 21, 2020 No. 474 “On the national development goals of the Russian Federation for the period up to 2030”]. Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202007210012> (accessed 01.06.2023). (in Russian).
19. Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki. [Federal State Statistics Service]. Available at: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (accessed 01.06.2023). (in Russian).
20. Federal'nyy proekt «Bor'ba s onkologicheskimi zabolevaniyami». [Federal project «Fight against oncological diseases»]. Available at: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/onko> (accessed 01.06.2023). (in Russian).
21. Mihret M.S., Gudayu T.W., Abebe A.S. et al. Knowledge and practice on breast self-examination and associated factors among summer class social science undergraduate female students in the University of Gondar, Northwest Ethiopia. *J Cancer Epidemiol.* 2021; 2: 1–9. DOI: 10.1155/2021/8162047.
22. Momenimovahed Z., Salehiniya H. Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. *Breast Cancer (Dove Med Press)*. 2019; 11: 151–64. DOI: 10.2147/BCTT.S176070.

УДК 616-071/.079-082+614.2+614.7+613.6+331.108.244
DOI: 10.56871/МНСО.2023.21.54.006

КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СЛУЖБЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

© *Виктория Валериевна Бибикова, Владимир Леонидович Эмануэль,
Константин Сергеевич Клюковкин, Баир Саналович Наранов*

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

Контактная информация: Виктория Валериевна Бибикова — ассистент кафедры общественного здоровья
и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением. E-mail: viktoriiavb@gmail.com
ORCID ID: 0000-0001-9221-226X SPIN: 8856-8015

Для цитирования: Бибикова В.В., Эмануэль В.Л., Клюковкин К.С., Наранов Б.С. Кадровое обеспечение службы
клинической лабораторной диагностики Санкт-Петербурга при оказании первичной медико-санитарной помощи // *Медицина и организация здравоохранения*. 2023. Т. 8. № 4. С. 66–76. DOI: <https://doi.org/10.56871/МНСО.2023.21.54.006>

Поступила: 06.09.2023

Одобрена: 12.10.2023

Принята к печати: 15.12.2023

РЕЗЮМЕ. Возрастающая значимость лабораторных данных при оказании первичной медико-санитарной помощи предъявляет повышенные требования к кадровому обеспечению лабораторной службы и определяет необходимость его изучения. Анализ кадрового состава службы клинической лабораторной диагностики Санкт-Петербурга показал, что обеспечение специалистами при оказании первичной медико-санитарной помощи во многом соответствует общероссийским и мировым тенденциям, таким как преобладание в структуре среднего медицинского персонала, сокращение числа врачей и среднего медицинского персонала, дефицит медицинских технологов. В целом развитие кадрового потенциала службы клинической лабораторной диагностики Санкт-Петербурга при оказании первичной медико-санитарной помощи в 2016–2021 гг. можно считать благоприятным за счет роста укомплектованности штатных врачебных ставок и ставок среднего медицинского персонала физическими лицами, увеличения числа должностей и физических лиц, а также укомплектованности должностей специалистов с высшим немедицинским образованием и сокращения коэффициента совместительства среди врачей клинической лабораторной диагностики. Вместе с тем в кадровой структуре обращает на себя внимание одно из самых низких среди регионов соотношение врачей и среднего медицинского персонала, что требует принятия организационных мер по подготовке специалистов лабораторной службы со средним медицинским образованием. Рост укомплектованности должностей специалистов с высшим немедицинским образованием является важным с точки зрения организации высокотехнологичных исследований, значимых в условиях формирования ценностно-ориентированной системы здравоохранения и обеспечения лабораторного мониторинга больных с хроническими заболеваниями.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: кадры; клиническая лабораторная диагностика; первичная медико-санитарная помощь; укомплектованность; обеспеченность.

STAFFING OF THE CLINICAL LABORATORY SERVICE OF SAINT PETERSBURG IN PRIMARY HEALTH CARE DELIVERY

© *Viktoria V. Bibikova, Vladimir L. Emanuel, Konstantin S. Klyukovkin, Bair S. Naranov*

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. Leo Tolstoy 6–8, Saint Petersburg, Russian Federation, 197022

Contact information: Viktoriia V. Bibikova — Teaching assistant, Department of Public Health and Healthcare with Course of Management and Economics. E-mail: viktoriiavb@gmail.com ORCID ID: 0000-0001-9221-226X SPIN: 8856-8015

For citation: Bibikova VV, Emanuel VL, Klyukovkin KS, Naranov BS. Staffing of the clinical laboratory service of Saint Petersburg in primary health care delivery. *Medicine and health care organization (St. Petersburg)*. 2023;8(4):66-76. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.21.54.006>

Received: 06.09.2023

Revised: 12.10.2023

Accepted: 15.12.2023

ABSTRACT. The growing importance of laboratory diagnostics in the primary health care delivery increases requirements regarding the staffing of the clinical laboratory service and determines the need for its examination. An analysis of the staffing of the clinical laboratory service in Saint Petersburg in primary health care delivery demonstrated that it largely corresponds to all-Russian and global trends, such as the predominance of mid-level professionals in the structure, reduction in the number of laboratory physicians and mid-level laboratory professionals, and a shortage of medical technologists. In general, the development of the personnel potential of the clinical laboratory service in primary health care delivery of Saint Petersburg in 2016–2021 can be considered favorable due to the increase in the staffing level of full-time rates of laboratory physicians and mid-level health professionals, raise in the number of positions and staff, as well as the staffing level of higher education (non-medical) professionals and a reduction in the part-time rate among laboratory physicians. At the same time, there is one of the lowest ratios of laboratory physicians and mid-level health professionals among the Russian regions, which requires the adoption of organizational measures to train mid-level laboratory professionals. An increase in the staffing level of higher education (non-medical) professionals is important for organizing high-tech research, which is significant in the context of the transformation to value-based healthcare and the laboratory monitoring of patients with chronic diseases.

KEY WORDS: personnel; clinical laboratory diagnostics; primary health care; staffing; provision.

Возрастающая значимость лабораторной диагностики при оказании первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в условиях формирования ценностно-ориентированного здравоохранения приводит к изменению роли специалистов медицинских лабораторий в лечебно-диагностическом процессе [23].

Долгое время считалось, что специалисты лабораторной службы ответственны лишь за качественное выполнение назначенных врачами исследований, а их участие в диагностическом процессе нередко расценивалось как вмешательство в профессиональную деятельность клиницистов [2]. Более поздние исследования показали, что активное развитие и внедрение в практику новейших лабораторных технологий нередко порождает неуверенность врачей ПМСП в заказах, а также интерпретации результатов лабораторных исследований [24], и требует своевременной помощи со стороны специалистов лабораторной службы [1]. В таких условиях персонал лабораторий становится равноправным участником клинико-диагностического процесса, от которого во многом зависит полнота и скорость обследования пациента, постановки диагноза и лабораторный мониторинг в процессе лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследования является анализ кадрового обеспечения службы клинической лабораторной диагностики (КДЛ) Санкт-Петербурга при оказании первичной медико-санитарной помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Данные по кадровому обеспечению были получены путем анализа таблиц 1100 «Должности и физические лица медицинской организации» форм федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» (по должностям (специальностям) «Врач КЛД», «Врач-лаборант», «Биолог», «Химик-эксперт», «Лаборант», «Медицинский лабораторный техник», «Медицинский технолог»), предоставленных Медицинским инфор-

мационно-аналитическим центром Санкт-Петербурга (формы утверждены Росстатом [15–19]), по Санкт-Петербургу в целом и в разрезе Межрайонных централизованных клинико-диагностических лабораторий (МЦКДЛ), которые в условиях централизации лабораторной службы региона обеспечивают выполнение 85% исследований в амбулаторных условиях [6].

Сведения о численности постоянного населения Санкт-Петербурга были получены из статистического ежегодника Управления Федеральной службы государственной статистики по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области [8].

Для анализа кадрового обеспечения была проведена оценка структуры и численности специалистов службы клинической лабораторной диагностики, рассчитаны показатели укомплектованности медицинским персоналом (укомплектованность штатных должностей и коэффициент совместительства) и обеспеченности населения кадрами службы, определено соотношение численности физических лиц врачей КЛД и среднего медицинского персонала за 2016–2021 гг.

Расчет показателей укомплектованности и обеспеченности населения кадрами службы клинической лабораторной диагностики проводился по общепринятым формулам [5, 10, 12].

Создание базы данных, анализ и статистическая обработка результатов проведены с использованием компьютерной программы Microsoft Office Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение кадрового состава службы клинической лабораторной диагностики Санкт-Петербурга показало, что численность сотрудников в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеет неуклонную тенденцию к сокращению. В течение 2016–2021 гг. общее число физических лиц основных работников на занятых должностях сократилось на 12,5% (рис. 1). При этом число физических лиц врачей КЛД снизилось на 9,6%, специалистов со средним медицинским образованием — на 15,7%, тогда как количество специалистов с высшим немедицинским образованием за тот же период возросло на 20%.

В кадровой структуре среди всех специалистов службы ожидаемо преобладает средний медицинский персонал (63,0–65,5% в течение 2016–2021 гг.), что соответствует мировой и общероссийской практике. В соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами клинико-диагностической лаборатории (отдела,

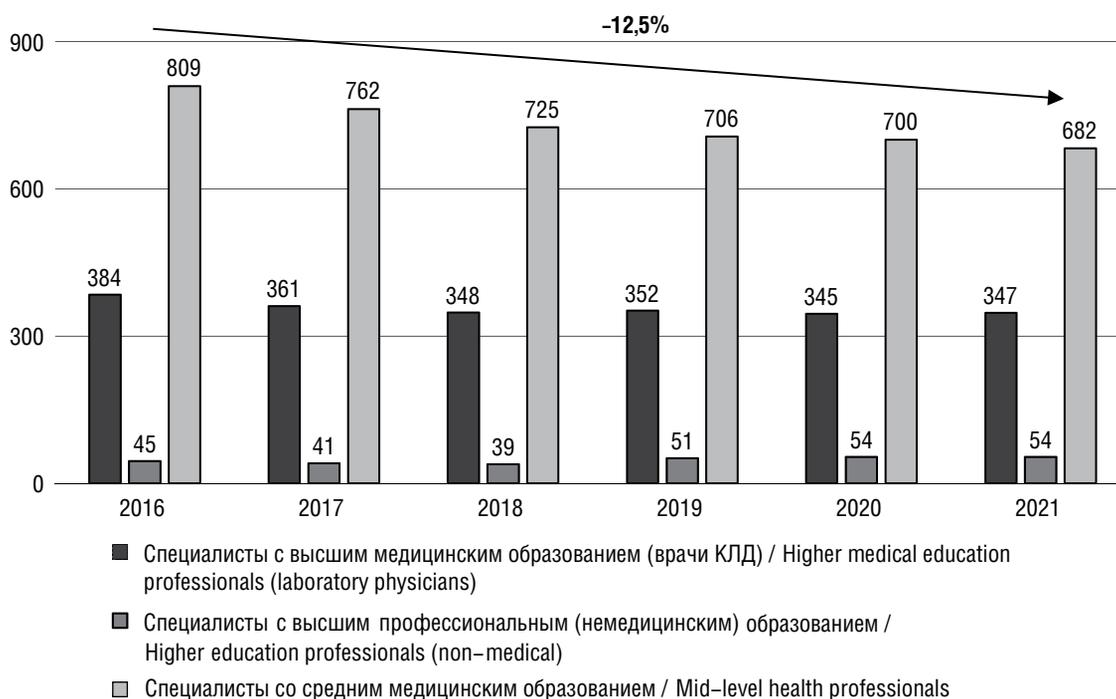


Рис. 1. Динамика кадрового состава службы клинической лабораторной диагностики Санкт-Петербурга в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Fig. 1. Dynamics of the personnel structure of the clinical laboratory service in Saint-Petersburg in outpatient settings

отделения) на одну должность врача (биолога/врача-лаборанта/химика-эксперта) должно приходиться не менее трех должностей среднего медперсонала [11]. Кроме того, требования профессионального стандарта закрепляют за данной группой специалистов выполнение наиболее массовых и часто назначаемых лабораторных диагностических тестов (исследования первой и второй категорий сложности) [14].

Широкий круг обязанностей, возложенных на средний медицинский персонал клиничко-диагностических лабораторий, требует наличия необходимого количества таких работников, которое может быть определено укомплектованностью штата. В 2017–2020 гг. показатель укомплектованности среднего медперсонала лабораторий в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, занятыми ставками и физическими лицами возрастал и варьировал в пределах 81,9–83,8% и 49,4–56,2% соответственно (табл. 1). В 2021 г. наблюдалось снижение показателей укомплектованности как занятыми ставками, так и физическими лицами на 6 и 7,1% соответственно по сравнению с предыдущим годом, что обусловлено сокращением занятых должностей (на 1,4%) и физических лиц (на 2,6%) на фоне роста числа штатных должностей (на 4,9%). Таким образом, в 2021 г. на фоне распространения коронавирусной инфекции (COVID-19) и роста нагрузки на персонал лабораторий наблюдался отток среднего медперсонала.

Укомплектованность штатов среднего звена в значительной мере достигается за счет со-

вместительства. При среднем значении показателя по РФ, составляющем 1,33–1,39 [4, 20], в лабораториях города наблюдается довольно высокий уровень совместительства, который в 2016–2021 гг. варьировал в пределах 1,5–1,7. В разрезе отдельных должностей коэффициент совместительства был еще выше: 1,8 в 2021 г. для лаборантов и медицинских технологов. При этом укомплектованность лаборантами устойчиво снижалась и в 2021 г. была наименьшей в структуре среднего медперсонала (58,5% по занятым должностям). Для медицинских технологов высокий коэффициент совместительства позволил обеспечить высокую укомплектованность (95,5% в 2021 г.), тем не менее их доля в структуре среднего медицинского персонала лабораторной службы традиционно остается наименьшей, а вопрос подготовки в масштабах всей страны стоит наиболее остро [21].

В МЦКДЛ Санкт-Петербурга укомплектованность средним медперсоналом с учетом занятых ставок была выше средней по городу (83,4–91,4% в 2016–2021 гг.), однако также в значительной степени достигалась за счет совместительства (1,89 в 2021 г.).

Высокий коэффициент совместительства и недостаточная укомплектованность штата средним медперсоналом приводят к высокой нагрузке на него, что может иметь негативные последствия для качества оказания медицинских лабораторных услуг и их доступности в ПМСП. В таких условиях нагрузка нередко перераспределяется на работников с более высокой квалификацией, прежде всего врачей.

Таблица 1

Динамика показателей укомплектованности должностей среднего медперсонала службы клинической лабораторной диагностики Санкт-Петербурга в амбулаторных условиях оказания медицинской помощи

Table 1

Dynamics of staffing level for the positions of mid-level health professionals of the clinical laboratory service in Saint-Petersburg in outpatient settings

Годы / Years	Укомплектованность должностей / Staffing level				Коэффициент совместительства / Coefficient of spare-time work	
	занятыми ставками / employed rates		физическими лицами / natural persons		коэффициент / coefficient	темп прироста / rate of change, %
	%	темп прироста / rate of change, %	%	темп прироста / rate of change, %		
2016	82,9	–	49,4	–	1,68	–
2017	81,9	–1,3	50,9	3,0	1,61	–4,2
2018	82,2	0,4	52,3	2,6	1,57	–2,1
2019	82,6	0,5	53,8	3,0	1,54	–2,4
2020	83,8	1,4	56,2	4,4	1,49	–2,9
2021	78,8	–6,0	52,2	–7,1	1,51	1,2

Анализ кадрового потенциала врачей службы клинической лабораторной диагностики показал снижение как числа штатных должностей врачей КЛД — с 784,8 в 2016 г. до 618,0 в 2021 г. (показатель наглядности — 78,75%, темп убыли — 21,25%), в том числе занятых должностей — с 658 до 490 (показатель наглядности — 74,5%, темп убыли — 25,5%), так и физических лиц работающих врачей — с 384 человек в 2016 г. до 347 человек в 2021 г. (показатель наглядности — 90,4%, темп убыли — 9,6%). При этом в 2021 г. после четырехлетнего снижения число штатных должностей врачей службы, так же как и среднего медперсонала, возросло на 1,3%, что может быть связано с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в диагностике которой лабораторная служба играет весомую роль. Вместе с тем прирост числа штатных должностей не привел к ожидаемому росту числа занятых должностей, для которых в этот же период был зафиксирован наибольший темп снижения (на 7,5%). Это свидетельствует о недостаточной привлекательности для врачей КЛД работы в амбулаторном звене в сложившихся условиях.

На фоне сокращения числа занятых должностей в 2021 г. по сравнению с 2020 г. незначительно выросла обеспеченность физическими лицами врачей клинико-диагностических лабораторий. Можно предположить, что в условиях роста интенсивности труда, обусловленных увеличением числа выполняемых лабораторных диагностических тестов на фоне COVID-19, и связанного с этим роста оплаты труда, врачи КЛД отказывались от совместительства.

Укомплектованность штатных должностей врачей КЛД занятыми ставками в 2016–2021 гг. снизилась на 5,4% и составила 79,3% в 2021 г. (табл. 2). При этом укомплектованность врачебных ставок физическими лицами за тот же период возросла на 14,7%. Коэффициент совместительства врачей КЛД положительно снижался с 1,7 в 2016 г. до 1,4 в 2021 г.

Укомплектованность МЦКДЛ врачами с учетом занятых ставок в 2016–2021 гг. была выше, чем средний уровень укомплектованности для всех лабораторий города в амбулаторных условиях, и составляла 84,4–94,5%. Однако высокая укомплектованность, так же как и в случае со средним медперсоналом, обеспечивалась совместительством (коэффициент совместительства в 2021 г. — 1,66).

Сопоставление укомплектованности штатных должностей врачей и среднего медперсонала с учетом занятых ставок и физических лиц, а также коэффициентов совместительства позволяет утверждать, что существенной дифференциации в них не наблюдается. Тем не менее укомплектованность врачебных должностей несколько выше, а коэффициент совместительства ниже.

Соотношение между физическими лицами врачами лабораторной службы и средним медицинским персоналом в амбулаторных условиях в Санкт-Петербурге является одним из наименьших по Российской Федерации (1:1,97 в 2021 г.) [4, 20]. При этом в МЦКДЛ в 2016–2021 гг. данный показатель был ниже, чем в целом по всем лабораторным отделениям Санкт-Петербурга, оказывающим медицинскую помощь в амбула-

Таблица 2

Динамика показателей укомплектованности должностей врачей КЛД в амбулаторных условиях оказания медицинской помощи в Санкт-Петербурге

Table 2

Dynamics of staffing level for the positions of laboratory physicians in outpatient settings in Saint Petersburg

Годы / Years	Укомплектованность должностей / Staffing level				Коэффициент совместительства / Coefficient of spare-time work	
	занятыми ставками / employed rates		физическими лицами / natural persons		коэффициент / coefficient	темп прироста / rate of change, %
	%	темп прироста / rate of change, %	%	темп прироста / rate of change, %		
2016	83,8	–	48,9	–	1,71	–
2017	82,3	–1,9	48,4	–1,1	1,70	–0,8
2018	82,0	–0,3	49,8	2,8	1,65	–3,1
2019	87,4	6,6	55,4	11,3	1,58	–4,2
2020	86,8	–0,7	56,6	2,0	1,53	–2,7
2021	79,3	–8,7	56,1	–0,7	1,41	–8,0

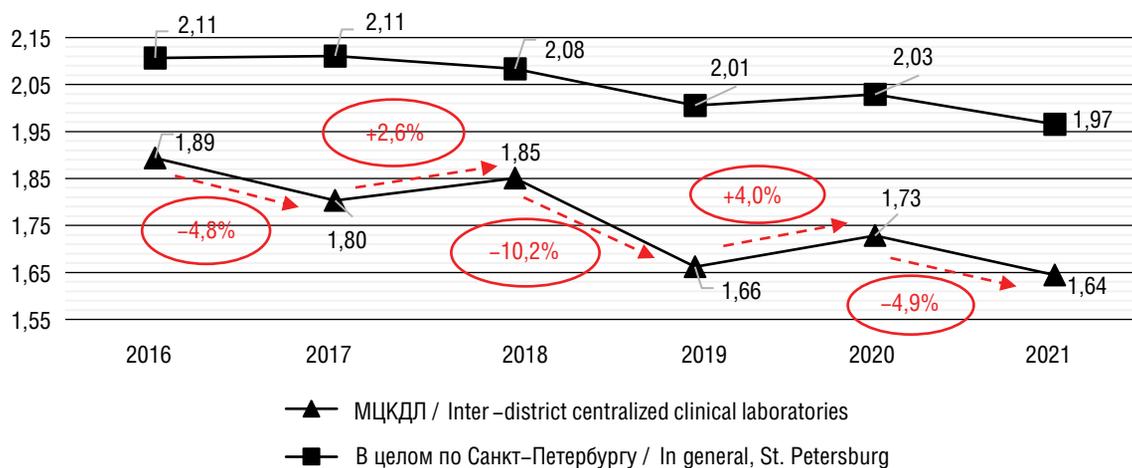


Рис. 2. Динамика соотношения численности физических лиц «врач КЛД — средний медперсонал» службы клинической лабораторной диагностики Санкт-Петербурга в амбулаторных условиях

Fig. 2. Dynamics of the 'laboratory physician — mid-level health professionals' ratio of the clinical laboratory service in Saint Petersburg in outpatient settings

торных условиях (рис. 2). За 5 лет соотношение между врачами и средним медперсоналом МЦКДЛ сократилось на 13,2%.

Сложившееся соотношение между специалистами в Санкт-Петербурге может быть следствием наличия пяти профильных кафедр, обеспечивающих подготовку врачей лабораторной диагностики. В то же время подготовка среднего медицинского персонала осуществлялась лишь в одном учебном заведении (СПб ГБПОУ «Медицинский колледж № 3»). Однако текущее соотношение врачей КЛД и среднего медперсонала в Санкт-Петербурге не соответствует мировой практике (1:4 и более) [7], приводит к росту нагрузки врачей и требует дополнительных мер по подготовке специалистов лабораторной службы со средним медицинским образованием [20].

Особенностью кадрового состава службы клинической лабораторной диагностики, способной частично восполнить недостатки кадрового обеспечения специалистов с медицинским образованием, является наличие специалистов с высшим профессиональным (немедицинским) образованием (врачи-лаборанты, биологи, химики-эксперты), за которыми в соответствии с профессиональным стандартом закреплено выполнение, организация и аналитическое обеспечение высокотехнологичных исследований (третья категория сложности) [13].

Численность данной категории специалистов лабораторной службы в Санкт-Петербурге в 2016–2021 гг. имела тенденцию к росту на фоне экстенсивного роста штатных единиц и занятых должностей. Выявленное увеличение

числа биологов и химиков-экспертов происходило на фоне сокращения числа врачей-лаборантов (показатель наглядности для штатных и занятых должностей в амбулаторных условиях — 44,5 и 57,6% соответственно, для физических лиц — 19,2%).

Отрицательная динамика числа врачей-лаборантов является результатом планомерного прогрессивного развития службы, в соответствии с которым должность врача-лаборанта в лабораториях сохранилась для специалистов с высшим немедицинским образованием, принятых на эту должность до 1 октября 1999 г. [9].

При этом следует отметить, что на должностях «врач клинической лабораторной диагностики» в лабораторных отделениях Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в 2021 г. работало 9 специалистов с высшим немедицинским образованием. Сложившаяся ситуация, вероятно, связана с переводом в течение 1997–2014 гг. на должность «врач клинической лабораторной диагностики» специалистов с высшим профессиональным (немедицинским) образованием, которые прежде занимали должность «врач-лаборант» [22]. Подобное явление противоречит требованиям профессионального стандарта «Специалист в области клинической лабораторной диагностики» и приказа Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 г. № 541н [9, 13], в соответствии с которыми на должность врача КЛД может быть назначен только специалист, имеющий высшее образование по одной из перечисленных в соответствующих документах медицинских специальностей. Сложившаяся

Таблица 3

Динамика показателей укомплектованности должностей специалистов с высшим профессиональным (немедицинским) образованием службы клинической лабораторной диагностики Санкт-Петербурга в амбулаторных условиях оказания медицинской помощи

Table 3

Dynamics of staffing level for the positions of higher education (non-medical) professionals of the clinical laboratory service in Saint Petersburg in outpatient settings

Годы / Years	Укомплектованность должностей / Staffing level				Коэффициент совместительства / Coefficient of spare-time work	
	занятыми ставками / employed rates		физическими лицами / natural persons		коэффициент / coefficient	темп прироста / rate of change, %
	%	темп прироста / rate of change, %	%	темп прироста / rate of change, %		
2016	85,1	–	63,8	–	1,33	–
2017	88,2	3,6	52,4	–17,9	1,68	26,2
2018	87,3	–1,0	54,9	4,8	1,59	–5,5
2019	93,5	7,0	73,9	34,6	1,26	–20,4
2020	94,2	0,7	74,2	0,4	1,27	0,3
2021	94,4	0,3	75,5	1,7	1,25	–1,5

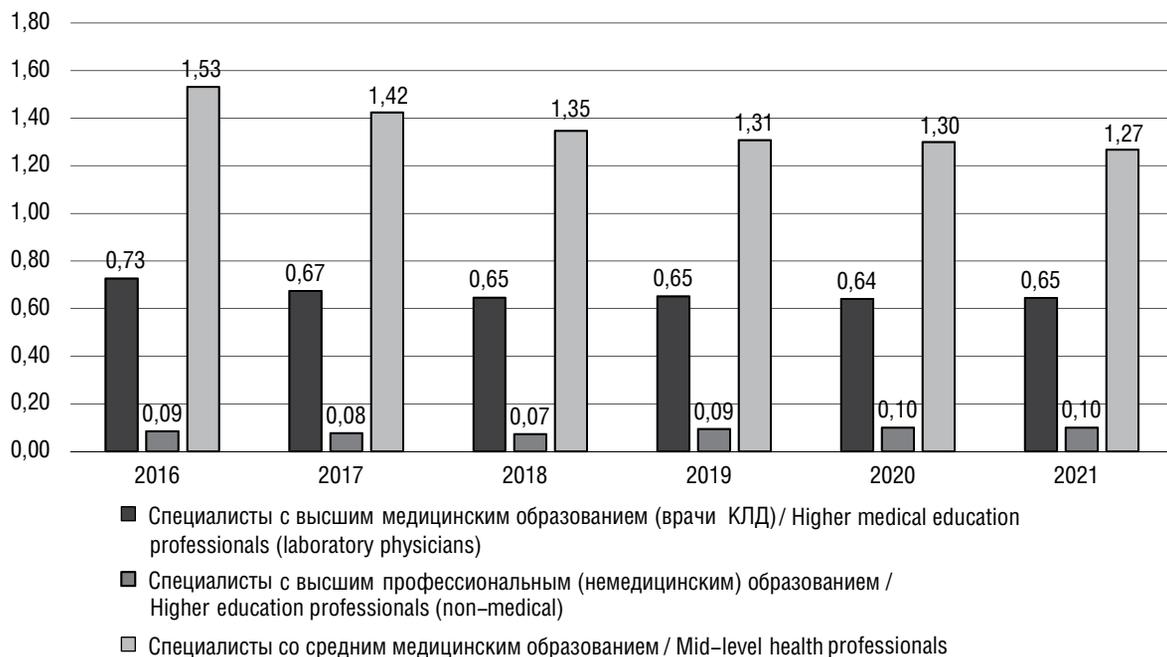


Рис. 3. Динамика обеспеченности населения кадрами службы клинической лабораторной диагностики в амбулаторных условиях в Санкт-Петербурге, на 10 тыс. населения

Fig. 3. Dynamics of staffing of the clinical laboratory service in outpatient settings in Saint Petersburg, per 10,000 population

ситуация требует приведения врачей-специалистов лабораторной службы в должностное соответствие.

Укомплектованность должностей специалистов с высшим немедицинским образованием по занятым ставкам и физическим лицам за 2016–2021 гг. возросла на 10,9 и 18,3% соответ-

ственно, что может являться следствием внедрения новых технологий в практику лабораторий. Коэффициент совместительства снизился на 1,5% по сравнению с 2016 г. и составил 1,25 (табл. 3).

Вместе с тем деятельность МЦКДЛ Санкт-Петербурга характеризуется сокращени-

ем числа должностей и физических лиц специалистов с высшим немедицинским образованием за счет упразднения ставок биологов. По имеющимся оценкам сокращение потребности в биологах является закономерным результатом развития лабораторной службы [3]. Занятие должностей специалистами немедицинских специальностей в клинических лабораториях должно соответствовать их специальности, связанной с выполнением высокотехнологических исследований.

Обеспеченность населения Санкт-Петербурга специалистами службы клинической лабораторной диагностики в амбулаторных условиях сокращается и в 2021 г. составляла 1,27 для среднего медперсонала, 0,65 — для врачей КЛД и 0,1 — для биологов, химиков-экспертов и врачей-лаборантов в расчете на 10 тыс. населения (рис. 3), что значительно ниже, чем средняя обеспеченность данными специалистами во всех лабораториях города (аналогичные показатели составили 4,2, 1,97 и 0,34 на 10 тыс. населения соответственно).

При этом стоит отметить отсутствие отрицательной динамики по снижению обеспеченности врачами КЛД с 2018 г., что является положительной тенденцией, ведь именно на врачей возлагается наибольшая ответственность по взаимодействию с врачами первичного звена при оказании ПМСП.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В целом развитие кадрового потенциала службы клинической лабораторной диагностики Санкт-Петербурга при оказании первичной медико-санитарной помощи в 2016–2021 гг. можно считать благоприятным за счет:

- роста укомплектованности штатных врачебных ставок и ставок среднего медперсонала физическими лицами, числа должностей и физических лиц, а также укомплектованности должностей специалистов с высшим немедицинским образованием;
- сокращения коэффициента совместительства среди врачей КЛД.

Вместе с тем в кадровой структуре обращает на себя внимание одно из самых низких среди регионов соотношение врачей КЛД и среднего медперсонала, что требует принятия организационных мер по подготовке специалистов лабораторной службы со средним медицинским образованием. Рост укомплектованности должностей специалистов с высшим немедицинским образованием является важным с точки зрения организации высокотехнологичных исследо-

ваний, имеющих значение в условиях формирования ценностно-ориентированной системы здравоохранения и обеспечения лабораторного мониторинга больных с хроническими заболеваниями в городе-мегаполисе с сохраняющейся тенденцией постарения населения.

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. Аминов Р.А. Социально-гигиенические и организационные аспекты совершенствования лечебно-диагностической помощи населению (на примере Республики Башкортостан). Дис ... канд. мед. наук. М.; 2015.
2. Беркут Н.Ю. Медико-экономическая оценка деятельности диагностической службы муниципального здравоохранения. Дис ... канд. мед. наук. М.; 2008.
3. Кочетов А.Г. О биологах в клинико-диагностических лабораториях. Справочник заведующего КДЛ. 2013; 6: 3–6.
4. Кочетов А.Г. Статистический анализ состояния лабораторной службы Российской Федерации в 2017 году по данным федерального статистического наблюдения формы № 30 Росстата: Статистический отчет для руководителей здравоохранения и специалистов клинической лабораторной диагностики. М.: МедЛабЭксперт; 2019.
5. Леонов С.А., Сон И.М., Вайсман Д.Ш. и др. Руководство по анализу деятельности учреждений здраво-

- охранения муниципального уровня. М.: ЦНИИОИЗ; 2008.
6. Лисовец Д.Г., ред. Итоги работы в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга в 2020 году и основные задачи на 2021 год. СПб.: СПб ГБУЗ МИАЦ; 2021.
 7. Лянг О.В., Звездина Е.И., Кочетов А.Г. Некоторые аспекты кадрового состава клиничко-диагностических лабораторий в Российской Федерации. *Лабораторная служба*. 2015; 2: 63–6.
 8. Никифоров О.Н., ред. Санкт-Петербург в 2021 году. СПб.: Петростат; 2022.
 9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.07.2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_104261/. (дата обращения 09.05.2023).
 10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 01.04.2021 г. № 284 «Об утверждении методик расчета отдельных основных показателей национального проекта «Здравоохранение» и дополнительных показателей федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», входящего в национальный проект “Здравоохранение”». Доступен по: https://gosstat.gov.ru/storage/mediabank/MET_040020.pdf (дата обращения 31.05.2023).
 11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 18.05.2021 г. № 464н «Об утверждении правил проведения лабораторных исследований». Доступен по: <https://docs.cntd.ru/document/603727963>. (дата обращения 09.05.2023).
 12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.03.2019 г. № 177 «Об утверждении методик расчета целевых и дополнительных показателей национального проекта «Здравоохранение»». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_322581/ (дата обращения 31.05.2023).
 13. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 марта 2018 г. № 145н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области клинической лабораторной диагностики». Доступен по: <https://docs.cntd.ru/document/542621141>. (дата обращения 09.05.2023).
 14. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 июля 2020 г. № 473н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области лабораторной диагностики со средним медицинским образованием». Доступен по: <https://docs.cntd.ru/document/565551359>. (дата обращения 09.05.2023).
 15. Приказ Росстата от 27 декабря 2016 г. № 866 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_210594/. (дата обращения 14.06.2023).
 16. Приказ Росстата от 03 августа 2018 г. № 483 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья». Доступен по: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_304485/. (дата обращения 14.06.2023).
 17. Приказ Росстата от 30 декабря 2019 г. № 830 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_342915/. (дата обращения 14.06.2023).
 18. Приказ Росстата от 30 декабря 2020 г. № 863 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья». Доступен по: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_373430/. (дата обращения 14.06.2023).
 19. Приказ Росстата от 20 декабря 2021 г. № 932 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья». Доступен по: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_404127/2ff7a8c72de3994f30496a0ccbb1ddafdaddf518/#dst100015. (дата обращения 14.06.2023).
 20. Протокол планового рабочего заседания профильной комиссии Минздрава России по клинической лабораторной диагностике от 12 мая 2021 г. Доступен по: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/057/070/original/%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BB_%D0%B7%D0%B0%D1%81%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D0%9F%D0%9A_%D0%BF%D0%BE_%D0%9A-%D0%9B%D0%94_12.05.2021.pdf?1625141387. (дата обращения 31.05.2023).
 21. Протокол планового рабочего заседания профильной комиссии Минздрава России по клинической лабораторной диагностике от 21 октября 2021 г. Доступен по: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/058/289/original/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BB_%D0%B7%D0%B0%D1%81%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D0%9F%D0%9A_%D0%BF%D0%BE_%D0%9A-%D0%9B%D0%94_21_10_2021.pdf?1635496749. (дата обращения 31.05.2023).

22. Рапопорт Е.Л., Лянг О.В., Галашева О.О., Кочетов А.Г. Особенности приведения в должностное соответствие специалистов лабораторной службы. *Лабораторная служба*. 2015; 4(3): 57–60.
23. Church D.L., Naugler C. Essential role of laboratory physicians in transformation of laboratory practice and management to a value-based patient-centric model. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*. 2020; 57(5): 323–44.
24. Marques M.B., Hickner J., Thompson P.J., Taylor J.R. Primary Care Physicians and the Laboratory. *American Journal of Clinical Pathology*, 2014; 142(6): 738–40.

REFERENCES

1. Aminev R.A. Sotsial'no-gigienicheskie i organizatsionnye aspekty sovershenstvovaniya lechebno-diagnosticskoy pomoshchi naseleniyu (na primere Respubliki Bashkortostan). [Socio-hygienic and organizational aspects of improving medical and diagnostic care for the population (on the example of the Republic of Bashkortostan)]. Dis. ... kand. med. nauk. Moskva; 2015. (in Russian).
2. Berkut N.Yu. Mediko-ekonomicheskaya otsenka deyatelnosti diagnosticheskoy sluzhby munitsipal'nogo zdravookhraneniya. [Medical and economic assessment of the diagnostic service activity of municipal health]. Dis... kand. med. nauk. Moskva; 2008. (in Russian).
3. Kochetov A.G. O biologakh v kliniko-diagnosticskikh laboratoriyakh. [About biologists in clinical diagnostic laboratories]. *Spravochnik zaveduyushchego KDL*. 2013; 6: 3–6. (in Russian).
4. Kochetov A.G. Statisticheskii analiz sostoyaniya laboratornoy sluzhby Rossiyskoy Federatsii v 2017 godu po dannym federal'nogo statisticheskogo nablyudeniya formy № 30 Rosstat: Statisticheskii otchet dlya rukovoditeley zdravookhraneniya i spetsialistov klinicheskoy laboratornoy diagnostiki. [Statistical analysis of the laboratory service in Russian Federation in 2017 according to the data of the federal statistical observation of Rosstat form No. 30: Statistical report for healthcare managers and specialists in clinical laboratory diagnostics]. Moskva: MedLabEkspert Publ.; 2019. (in Russian).
5. Leonov S.A., Son I.M., Vaysman D.Sh. i dr. Rukovodstvo po analizu deyatelnosti uchrezhdeniy zdravookhraneniya munitsipal'nogo urovnya. [Guidelines for analyzing the activities of municipal health institutions]. Moskva: TsNIIOIZ Publ.; 2008. (In Russian).
6. Lisovets D.G., red. Itogi raboty v sfere zdravookhraneniya Sankt-Peterburga v 2020 godu i osnovnye zadachi na 2021 god. [Results of the healthcare sector operation in Saint Petersburg in 2020 and the main tasks for 2021]. Sankt Peterburg: SPb GBUZ MIATs Publ.; 2021. (in Russian).
7. Lyang O.V., Zvezdina E.I., Kochetov A.G. Nekotorye aspekty kadrovogo sostava kliniko-diagnosticskikh laboratoriy v Rossiyskoy Federatsii. [Some aspects of staffing clinical diagnostic laboratories in the Russian Federation]. *Laboratornaya sluzhba*. 2015; 2: 63–6. (in Russian).
8. Nikiforov O.N., red. Sankt-Peterburg v 2021 godu. [Saint Petersburg in 2021]. Sankt-Peterburg: Petrostat Publ.; 2022. (in Russian).
9. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya i sotsial'nogo razvitiya RF ot 23.07.2010 g. № 541n «Ob utverzhdenii Edinogo kvalifikatsionnogo spravochnika dolzhnostey rukovoditeley, spetsialistov i sluzhashchikh». [On approval of the Unified Qualification Directory for the positions of managers, specialists and employees]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_104261/. (accessed: 09.05.2023). (in Russian).
10. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya RF ot 01.04.2021 g. № 284 «Ob utverzhdenii metodik rascheta ot del'nykh osnovnykh pokazateley natsional'nogo proekta "Zdravookhranenie" i dopolnitel'nykh pokazateley federal'nogo proekta "Obespechenie meditsinskih organizatsiy sistemy zdravookhraneniya kvalifitsirovannymi kadrami", vkhodyashchego v natsional'nyy proekt "Zdravookhranenie"». [On approval of methods for calculating certain key indicators of the national project "Healthcare" and additional indicators of the federal project "Providing medical organizations in the healthcare system with qualified personnel", which is part of the national project "Healthcare"]. Available at: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/MET_040020.pdf (accessed: 31.05.2023). (in Russian).
11. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya RF ot 18.05.2021 g. № 464n «Ob utverzhdenii pravil provedeniya laboratornykh issledovaniy». [On approval of the rules for conducting laboratory tests]. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/603727963>. (accessed: 09.05.2023). (in Russian).
12. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya RF ot 29.03.2019 g. № 177 «Ob utverzhdenii metodik rascheta tselevykh i dopolnitel'nykh pokazateley natsional'nogo proekta "Zdravookhranenie"». [On approval of methods for calculating target and additional indicators of the national project "Healthcare"]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_322581/ (accessed: 31.05.2023). (in Russian).
13. Prikaz Ministerstva truda i sotsial'noy zashchity RF ot 14 marta 2018 g. № 145n «Ob utverzhdenii professional'nogo standarta «Spetsialist v oblasti klinicheskoy laboratornoy diagnostiki». [On approval of the professional standard "Specialist in the field of clinical laboratory diagnostics"]. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/542621141>. (accessed: 09.05.2023). (in Russian).
14. Prikaz Ministerstva truda i sotsial'noy zashchity RF ot 31 iyulya 2020 g. № 473n «Ob utverzhdenii professional'nogo standarta «Spetsialist v oblasti laboratornoy diagnostiki so srednim meditsinskim obrazovaniem». [On approval of the professional standard "Specialist in the

- field of laboratory diagnostics with a secondary medical education]. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/565551359>. (accessed: 09.05.2023). (in Russian).
15. Prikaz Rosstata ot 27 dekabrya 2016 g. № 866 «Ob utverzhdenii statisticheskogo instrumentariya dlya organizatsii Ministerstvom zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii federal'nogo statisticheskogo nablyudeniya v sfere okhrany zdorov'ya». [On approval of statistical tools for the organization by the Ministry of Health of the Russian Federation of federal statistical observation in the field of health care]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_210594/. (accessed: 14.06.2023). (in Russian).
 16. Prikaz Rosstata ot 03 avgusta 2018 g. № 483 «Ob utverzhdenii statisticheskogo instrumentariya dlya organizatsii Ministerstvom zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii federal'nogo statisticheskogo nablyudeniya v sfere okhrany zdorov'ya». [On approval of statistical tools for the organization by the Ministry of Health of the Russian Federation of federal statistical observation in the field of health care]. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_304485/. (accessed: 14.06.2023). (in Russian).
 17. Prikaz Rosstata ot 30 dekabrya 2019 g. № 830 «Ob utverzhdenii form federal'nogo statisticheskogo nablyudeniya s ukazaniyami po ikh zapolneniyu dlya organizatsii Ministerstvom zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii federal'nogo statisticheskogo nablyudeniya v sfere okhrany zdorov'ya». [On approval of forms of federal statistical observation with instructions for filling them out for the organization by the Ministry of Health of the Russian Federation of federal statistical observation in the field of health care]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_342915/. (accessed: 14.06.2023). (in Russian).
 18. Prikaz Rosstata ot 30 dekabrya 2020 g. № 863 «Ob utverzhdenii form federal'nogo statisticheskogo nablyudeniya s ukazaniyami po ikh zapolneniyu dlya organizatsii Ministerstvom zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii federal'nogo statisticheskogo nablyudeniya v sfere okhrany zdorov'ya». [On approval of forms of federal statistical observation with instructions for filling them out for the organization by the Ministry of Health of the Russian Federation of federal statistical observation in the field of health care]. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_373430/. (accessed: 14.06.2023). (in Russian).
 19. Prikaz Rosstata ot 20 dekabrya 2021 g. № 932 «Ob utverzhdenii form federal'nogo statisticheskogo nablyudeniya s ukazaniyami po ikh zapolneniyu dlya organizatsii Ministerstvom zdravookhraneniya Rossiyskoy Federa-
 - tsii federal'nogo statisticheskogo nablyudeniya v sfere okhrany zdorov'ya». [On approval of forms of federal statistical observation with instructions for filling them out for the organization by the Ministry of Health of the Russian Federation of federal statistical observation in the field of health care]. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_404127/2ff7a8c-72de3994f30496a0ccb1ddafdaddf518/#dst100015. (accessed: 14.06.2023). (in Russian).
 20. Protokol planovogo rabocheho zasedaniya profil'noy komissii Minzdrava Rossii po klinicheskoy laboratornoy diagnostike ot 12 maya 2021 g. [Minutes of the scheduled working meeting of the profile commission on clinical laboratory diagnostics of the Ministry of Health of Russian Federation dated May 12, 2021]. Available at: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/057/070/original/%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BB_%D0%B7%D0%B0%D1%81%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D0%9F%D0%9A_%D0%BF%D0%BE_%D0%9A%D0%9B%D0%94_12.05.2021.pdf?1625141387 (accessed: 31.05.2023). (in Russian).
 21. Protokol planovogo rabocheho zasedaniya profil'noy komissii Minzdrava Rossii po klinicheskoy laboratornoy diagnostike ot 21 oktyabrya 2021 g. [Minutes of the scheduled working meeting of the profile commission on clinical laboratory diagnostics of the Ministry of Health of Russian Federation dated October 21, 2021]. Available at: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/058/289/original/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BB_%D0%B7%D0%B0%D1%81%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D0%9F%D0%9A_%D0%BF%D0%BE_%D0%9A%D0%9B%D0%94_21_10_2021.pdf?1635496749 (accessed: 31.05.2023). (in Russian).
 22. Rapoport E.L., Lyang O.V., Galasheva O.O., Kochevov A.G. Osobennosti privedeniya v dolzhnostnoe sootvetstvie spetsialistov laboratornoy sluzhby. [Features bring in official compliance of lab specialists]. *Laboratornaya sluzhba*. 2015; 4(3): 57–60. (in Russian).
 23. Church D.L., Naugler C. Essential role of laboratory physicians in transformation of laboratory practice and management to a value-based patient-centric model. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*. 2020; 57(5): 323–44.
 24. Marques M.B., Hickner J., Thompson P.J., Taylor J.R. Primary Care Physicians and the Laboratory. *American Journal of Clinical Pathology*. 2014; 142(6): 738–40.

УДК 616.8-089-01/-099+614.812+006.1
DOI: 10.56871/МНСО.2023.34.30.007

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ И ОШИБОК В НЕЙРОХИРУРГИИ

© Павел Геннадьевич Шнякин^{1, 2}, Антон Витальевич Ботов^{1, 2},
Ирина Сергеевна Усатова^{1, 2}

¹ Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Российская Федерация, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1

² Краевая клиническая больница. 660022, Российская Федерация, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3А

Контактная информация: Павел Геннадьевич Шнякин — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом ПО, нейрохирург высшей категории, руководитель головного регионального сосудистого центра КГБУЗ ККБ, главный внештатный нейрохирург МЗ Красноярского края.

E-mail: shnyakinpavel@mail.ru ORCID ID: 0000-0001-6321-4557 SPIN: 3447-6670

Для цитирования: Шнякин П.Г., Ботов А.В., Усатова И.С. Система менеджмента качества в профилактике осложнений и ошибок в нейрохирургии // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 4. С. 77–87.

DOI: <https://doi.org/10.56871/МНСО.2023.34.30.007>

Поступила: 08.09.2023

Одобрена: 16.10.2023

Принята к печати: 15.12.2023

РЕЗЮМЕ. Осложнения и ошибки являются нежелательными, но неизбежными событиями в любых медицинских специальностях, в том числе в нейрохирургии. Профессионализм и опыт специалиста имеют большую роль в профилактике и своевременном выявлении негативных событий, однако не могут обеспечить полную безопасность пациента, определяемую во многом работой всей клиники и коммуникациями между различными службами и специалистами. Система менеджмента качества (СМК) как системный подход в профилактике негативных событий доказала свою эффективность в медицинской практике. По данным ряда исследований, более половины нежелательных периоперационных событий можно избежать при внедрении различных системных стратегий безопасности пациентов. В статье представлен обзор литературы по внедрению различных инструментов СМК в работу нейрохирургических отделений и клиник. В ряде исследований было доказано, что внедрение чек-листа хирургической безопасности в нейрохирургическую практику способствует значимому снижению частоты ошибочных операций с противоположной стороны от очага поражения, снижает количество инфекционных осложнений и в целом улучшает исходы лечения. Кроме стандартизации процессов и внедрения чек-листов, для снижения количества осложнений и ошибок, связанных с принятием клинических решений и проблемами с коммуникацией, эффективны инструменты риск-менеджмента. По данным некоторых исследований, риск-менеджмент помогает снизить количество неблагоприятных событий и выбрать оптимальную тактику ведения пациентов с нейрохирургической патологией. В целом стоит отметить, что инструменты СМК в первую очередь позволяют предотвратить наиболее очевидные и повторяющиеся нежелательные события, но не всегда защищают от эксклюзивных. Тем не менее это весьма оправданно, так как не редкие и эксклюзивные, а именно наиболее часто повторяющиеся осложнения и ошибки вносят наибольший вклад в неудовлетворительные результаты лечения нейрохирургических пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: осложнения; ошибки; нейрохирургия; операция; безопасность пациента; стандартизация; чек-лист.

QUALITY MANAGEMENT SYSTEM IN THE PREVENTION OF COMPLICATIONS AND ERRORS IN NEUROSURGERY

© Pavel G. Shnyakin^{1,2}, Anton V. Botov^{1,2}, Irina S. Usatova^{1,2}

¹Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voino-Yasenetsky. Partizana Zeleznyaka 1, Krasnoyarsk, Russian Federation, 660022

²Regional Clinical Hospital. Partizana Zeleznyaka 3/A, Krasnoyarsk, Russian Federation, 660022

Contact information: Pavel G. Shnyakin — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Traumatology, Orthopedics and Neurosurgery with a Postgraduate Course, Head of regional cardiovascular diseases center, Chief neurosurgeon of Ministry of Health of Krasnoyarskiy Region. E-mail: shnyakinpavel@mail.ru
ORCID ID: 0000-0001-6321-4557 SPIN: 3447-6670

For citation: Shnyakin PG, Botov AV, Usatova IS. Quality management system in the prevention of complications and errors in neurosurgery. *Medicine and health care organization (St. Petersburg)*. 2023;8(4):77-87. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.34.30.007>

Received: 08.09.2023

Revised: 16.10.2023

Accepted: 15.12.2023

ABSTRACT. Complications and side effects are undesirable but inevitable events in any medical specialty, including neurosurgery. The professionalism and experience of a specialist play an important role in the prevention and timely detection of negative events, but they cannot ensure complete patients' safety, which is largely determined by the entire work of the clinic and communications between various services and specialists. The quality management system (QMS), as a systematic approach to the prevention of negative events, has proven its effectiveness in medical practice. According to a number of studies, more than half of adverse perioperative cases can be avoided by implementing various systemic patients' safety strategies. The article presents a review of the literature on the implementation of various QMS tools in the work of neurosurgical departments and clinics. A number of studies have shown that the introduction of a surgical safety checklist into neurosurgical practice contributes to a significant reduction in the frequency of erroneous operations on the wrong side, reduces the number of infectious complications, and generally improves treatment outcomes. In addition to standardizing processes and introducing checklists, risk management tools are effective in reducing the number of complications and side effects associated with making clinical decisions and communication problems. According to some studies, risk management helps to reduce the number of adverse cases and choose the optimal tactics for managing patients with neurosurgical pathology. In general, it is worth noting that QMS tools primarily help prevent the most obvious and recurring undesirable cases, but do not always protect against exclusive ones. Nevertheless, this is quite justified, since it is not rare and exclusive, that most frequently recurring complications and errors contribute most to the unsatisfactory results of the treatment of neurosurgical patients.

KEY WORDS: complications; errors; neurosurgery; surgery; patient safety; standardization; checklist.

ВВЕДЕНИЕ

Для того чтобы более целенаправленно проводить профилактические мероприятия нежелательных событий в медицине в целом и в хирургии в частности, необходимо понимать, какие из них принципиально предотвратимы, а какие — нет. Так, все нежелательные события можно классифицировать по возможности их предотвращения при помощи шкалы Лайкерта (Likert scale). Согласно этой шкале, все нега-

тивные события можно разделить на несколько групп:

- 1) предотвратить определенно невозможно;
- 2) вероятность предотвращения менее 50%;
- 3) вероятность предотвращения более 50%;
- 4) предотвратить определенно можно [14].

К первой группе можно отнести редкие виды осложнений, связанные с индивидуальными факторами риска пациента и течения его заболевания, которые практически невозможно своевременно предвидеть, определить и/или на

них воздействовать. Например, наличие каротидно-вертебробазиллярных анастомозов, которые обеспечивают кровоснабжение ствола мозга и мозжечка непродолжительное время в эмбриональном периоде, но в некоторых случаях продолжают персистировать у взрослых. Из них наиболее часто встречается примитивная тригеминальная артерия, которая в популяции наблюдается в 0,1–0,3% случаев. По данным некоторых авторов, наличие этой артерии может привести к затруднению анатомической ориентации и привести к серьезным осложнениям во время операции на основании черепа [13, 24].

Ко второй и третьей группам можно отнести осложнения, которые являются условно-предотвратимыми и определяются как факторами риска со стороны самого пациента, так и рисками, присущими лечебным и диагностическим процессам. Например, известно, что лица с сахарным диабетом имеют повышенный риск развития послеоперационных инфекционных осложнений. При выполнении таким пациентам эндопротезирования крупных суставов отмечается повышенная частота перипротезной инфекции [10].

В этих группах ключевое значение имеют профилактические мероприятия, направленные на коррекцию модифицируемых факторов риска со стороны пациента и повышение качества и безопасности лечебно-диагностических процессов.

К четвертой группе относятся хирургические ошибки, связанные с некорректными действиями специалиста, которые могут и должны быть предотвращены.

Таким образом, большинство нежелательных периоперационных событий могут быть предупреждены профилактическими мероприятиями на профессиональном и системно-организационном уровнях.

J.M. Wong и соавт. выделили следующие системные мероприятия, способствующие снижению нежелательных периоперационных событий в нейрохирургической клинике:

- 1) разработка и внедрение единого национального регистра исходов лечения;
- 2) повсеместное внедрение чек-листа хирургической безопасности;
- 3) стандартизация процессов;
- 4) более узкая специализация нейрохирургов;
- 5) лечение на основе клинических рекомендаций [34].

По данным А.Г. Назаренко и соавт., более 50% осложнений нейрохирургических вмешательств можно избежать при внедрении раз-

личных системных стратегий безопасности пациентов [7]. Это согласуется с данными ряда исследователей о том, что наиболее часто нежелательные события являются результатом нехалатности или плохой подготовки медицинского персонала, а системных проблем работы клиники [4, 5].

S.J. Han и соавт. в статье «Improving patient safety in neurologic surgery» пишут о том, что долгое время любые ошибки и осложнения в хирургии рассматривались как индивидуальные проблемы врачей, поэтому считалось, что если врачи сделают все возможное чтобы не ошибаться, то ошибок не будет. По мнению авторов, это глубокое заблуждение, и единственный способ обеспечить безопасную хирургическую помощь — это развитие системных подходов к профилактике нежелательных периоперационных событий [15].

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Системные проблемы должны решаться системными методами, которые могут быть универсальными для разных видов деятельности. Система менеджмента качества (СМК) первоначально была внедрена на промышленных предприятиях для снижения уровня потерь и повышения качества продукции. Впоследствии эффективные инструменты и методы СМК были внедрены в медицинскую практику.

В настоящее время СМК в медицине подразумевает использование различных методов управленческого воздействия (чек-листы, риск-менеджмент, метод глобальных триггеров, система помощи принятия клинических решений), направленных на достижение целевых показателей качества и безопасности лечения пациентов [2, 3, 11, 18, 31].

В основе СМК лежит стандартизация процессов, без которой трудно проводить обучение и осуществлять регулярный контроль и оценку качества. В медицине, а тем более в хирургии, достаточно сложно стандартизировать многие вмешательства и процедуры, тем не менее в той или иной степени это возможно и даже необходимо. Это связано с тем, что стандартизация помогает сократить ряд неоптимальных или откровенно ошибочных действий специалистов, особенно при недостаточном опыте [27].

E. Suehiro и соавт. оценили влияние стандартизации процессов на летальность пациентов с черепно-мозговой травмой. В исследовании

участвовало 869 лечебных учреждений Японии, оценивался период 2008–2022 г. Авторы выявили, что благодаря стандартизации процессов с 2008 г. прогрессивно снижается летальность от черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Кроме того, стандартизация процессов позволила соблюдать клинические рекомендации по ведению пациентов с ЧМТ в 93,3% случаев [28].

Безусловно, в медицине встречаются ситуации, когда приходится выходить за рамки стандартов и рекомендаций в силу сложности и/или уникальности случая. Однако нужно признать, что в большинстве случаев действия хирургов вполне могут укладываться в разработанные профессиональным сообществом стандарты оказания помощи.

Стандартизация процессов помогает не только профилировать ошибки и осложнения, но также выполнять клинические рекомендации и достигать целевые показатели. Так, в приказе Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

обозначены рекомендуемые количественные показатели лечебных и диагностических процессов при разных заболеваниях, в том числе в нейрохирургии [9]. По данным А.М. Карсанова и соавт., в приказе указаны целевые показатели, к которым необходимо стремиться, но не указаны пути их достижения. По мнению авторов, СМК и стандартизация процессов являются инструментами, позволяющими на основании существующих стандартов и клинических рекомендаций определять пути достижения целевых показателей [2].

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К БЕЗОПАСНОСТИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА «ЧЕК-ЛИСТ»

Одним из эффективных и простых методов регулярного контроля качества и профилактики системных ошибок являются чек-листы. Чек-листы достаточно распространены на промышленных предприятиях и служат надежным инструментом для предотвращения повторяю-

До начала анестезии	До рассечения кожи	До того, как пациент покинет операционную
(в присутствии, как минимум, медсестры и анестезиолога)	(в присутствии медсестры, анестезиолога и хирурга)	(в присутствии медсестры, анестезиолога и хирурга)
Подтвердил ли пациент свое имя, место операции, процедуру и согласие? <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Подтвердите, что все члены бригады представились по имени и назвали свою роль	Медсестра устно подтверждает: <input type="checkbox"/> Наименование процедуры <input type="checkbox"/> Подсчет количества инструментов, тампонов и игл завершен <input type="checkbox"/> Образцы маркированы (зачитывает надписи на образцах, включая имя пациента) <input type="checkbox"/> Имеются проблемы с оборудованием, требующие устранения
Маркировано ли место операции? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не применимо	<input type="checkbox"/> Подтвердите имя пациента, процедуру и место, где будет проведено рассечение Проводилась ли антибиотикопрофилактика последние 60 минут? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не применимо	
Проведена ли проверка оборудования и лекарственных средств для анестезии? <input type="checkbox"/> Да	Ожидаемые критические события: С точки зрения хирурга: <input type="checkbox"/> Критические или неожиданные меры <input type="checkbox"/> Длительность операции? <input type="checkbox"/> Ожидаемая кровопотеря? С точки зрения анестезиолога: <input type="checkbox"/> Специфичные для данного пациента проблемы? С точки зрения операционных сестер: <input type="checkbox"/> Стерильность (включая показания приборов) подтверждена? <input type="checkbox"/> Проблемы с оборудованием или иные вопросы? Визуализация необходимых изображений обеспечена? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не применимо	
Пульсоксиметр зафиксирован на пациенте и функционирует? <input type="checkbox"/> Да		
Имеется ли у пациента: Известная аллергия? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		Хирург, анестезиолог и медсестра: <input type="checkbox"/> Каковы основные проблемы, касающиеся реабилитации и ведения данного пациента?
Проблемы дыхательных путей и риск аспирации? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, имеется оборудование / необходимая помощь		
Риск кровопотери >500 мл (7 мл/кг у детей)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, предусмотрены два устройства для в/в центрального доступа и жидкости для вливания		

Рис. 1. Чек-лист контроля безопасности оперативного вмешательства

Fig. 1. Checklist for safety control of surgical intervention

щихся нежелательных событий, связанных в первую очередь с человеческим фактором. Положительный опыт использования чек-листов впоследствии был внедрен в медицинскую практику. Так, в 2009 г. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) был разработан чек-лист хирургической безопасности, рекомендуемый к внедрению во всех хирургических клиниках.

По рекомендациям ВОЗ выделяют три этапа операции, определяющие «тайм-ауты» и проверку ключевых показателей по чек-листу:

- 1) период начала анестезии;
- 2) период после начала анестезии и до хирургического разреза;
- 3) период от ушивая раны до того, как пациент покидает операционную (рис. 1).

А.В. Naunes и соавт. провели оценку эффективности чек-листа хирургической безопасности ВОЗ. В исследовании приняло участие восемь крупных клиник в разных странах, и оценке подверглись 3955 прооперированных пациентов. Выявлено, что уровень смертности составлял 1,5% до введения чек-листа и снизился до 0,8% после ($p=0,003$). Стационарные осложнения возникли у 11,0% пациентов до введения чек-листа и у 7,0% после ($p < 0,001$) [16].

По мнению J.A. Vachhani и соавт., внедрение чек-листа хирургической безопасности является эффективной мерой профилактики операций с противоположной стороны от очага поражения [32]. Это особенно актуально в связи с тем, что по данным J.D. Rolston и соавт., нейрохирурги занимают третье место после ортопедов и общих хирургов по частоте выполнения операций с неверной стороны или на неправильном уровне [25]. По данным А. Oszvald и соавт., после внедрения чек-листа хирургической безопасности в работу нейрохирургического отделения у них не наблюдалось ни одного случая операций на стороне, противоположной очагу поражения. Авторы подчеркивают, что чек-листы и тайм-ауты особенно эффективны в неотложной нейрохирургии [23].

М. Lerpänluoma и соавт. оценили эффективность использования чек-листа хирургической безопасности в нейрохирургической клинике. По данным авторов, после внедрения чек-листа незапланированные повторные госпитализации снизились с 25 до 10% ($p=0,02$), раневые осложнения снизились с 19 до 8% ($p=0,04$) [15].

М. Westman и соавт. провели систематический обзор нейрохирургических публикаций за период 2008–2016 гг. по использованию чек-листа хирургической безопасности в нейрохирургии. Было отобрано 26 статей, по данным ко-

торых авторы пришли к выводу, что внедрение чек-листа хирургической безопасности достоверно снижает количество внутрибольничных инфекционных осложнений [33].

По данным опроса, проведенного М.А. Lo-Presti и соавт., 97,2% нейрохирургов считают, что чек-листы и тайм-ауты делают операцию более безопасной, а 94,6% опрошенных согласились с тем, что чек-листы снижают риск операции с неправильной стороны или на неправильном уровне [19].

Имеется мнение о необходимости модификации чек-листа хирургической безопасности ВОЗ под конкретные хирургические специальности, в частности нейрохирургию. Так, индийские нейрохирурги V. Suresh и соавт. к существующим 19 пунктам чек-листа ВОЗ добавили еще 21 пункт, специфичный для нейрохирургии. Кроме того, к существующим трем тайм-аутам прибавили еще два. Авторы считают, что внедрение такого чек-листа не удлиняет время операции, но при этом улучшает коммуникацию анестезиолога, нейрохирурга и операционной медсестры, что способствует снижению неблагоприятных событий [29]. Однако стоит отметить, что 5 тайм-аутов и 40 пунктов для проверки очень трудно внедрить в повседневную практическую работу.

Кроме стандартизации процессов и внедрения чек-листов в медицине могут использоваться и другие управленческие технологии СМК, например риск-менеджмент [20, 26].

По данным N. McLaughlin и соавт., за период 2008–2012 гг. отделение нейрохирургии получило наибольшее количество судебных исков из всех хирургических отделений клиники (30 из 176). Из этих судебных исков 21 был связан с патологиями позвоночника и 9 — с патологиями черепа. Наиболее часто негативные периоперационные события были связаны с неоптимальными клиническими решениями (20 из 30), техническими навыками (19 из 30) и проблемами с коммуникацией (6 из 30). Авторы решили, что для устранения наиболее частых факторов, влияющих на нежелательные события, необходимо на уровне клиники внедрять стратегии риск-менеджмента [21].

ПРИНЦИПЫ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ

По мнению А.М. Карсанова и соавт., компонентами риск-менеджмента в медицине должны быть:

- своевременное выявление реального (потенциального) нежелательного события или опасной ситуации;

- эффективный анализ его причин и последствий;
- информирование персонала о произошедшем нежелательном (негативном) событии;
- конструктивные выводы на основе анализа ошибок;
- недопущение повтора подобного негативного события [2, 3].

Ф. Икава и соавт. с позиции риск-менеджмента определяли наиболее оптимальную тактику ведения пациентов с аневризматическим субарахноидальным кровоизлиянием (САК) в старшей возрастной группе [17].

Новозеландские исследователи S. Clark и соавт. на основании 5-летнего анализа лечения 18 375 нейрохирургических пациентов разрабо-

тали шкалу риска летального исхода в первые 30 дней, а также через 1 и через 2 года после операции. На основании полученных данных авторы создали калькулятор NZRISK-NEURO, позволяющий генерировать индивидуальный риск для нейрохирургических пациентов, что в некоторых случаях может способствовать облегчению принятия клинического решения, а также позволяет заранее представить пациенту и его родственникам вероятность неблагоприятного исхода [12]. Ниже представлены скриншоты из сайта <https://www.nzrisk.com/#calculate>, где можно рассчитать риск любой нейрохирургической процедуры (рис. 2).

Разновидностью риск-менеджмента является разработанный в институте улучшения

Calculate

User notes

ASA-PS (American Society of Anaesthesiology – Physical Status) Score

1. Normal healthy patient
2. Patient with mild systemic disease
3. Patient with severe systemic disease
4. Patient with severe systemic disease that is a constant threat to life
5. Patient who is moribund and not suspected to survive without the operation

Active malignancy

Cancer that is being actively treated, recurrent, metastatic or inoperable. This definition excludes squamous skin cancer and basal cell carcinoma.

Age (in years, 18 or above)

Gender Male Female

Ethnicity

ASA 1 2 3 4 5

Acuity Tick if acute

Cancer Tick if cancer present

Specialty

Sub

Procedure

Please complete

Calculate

Calculate

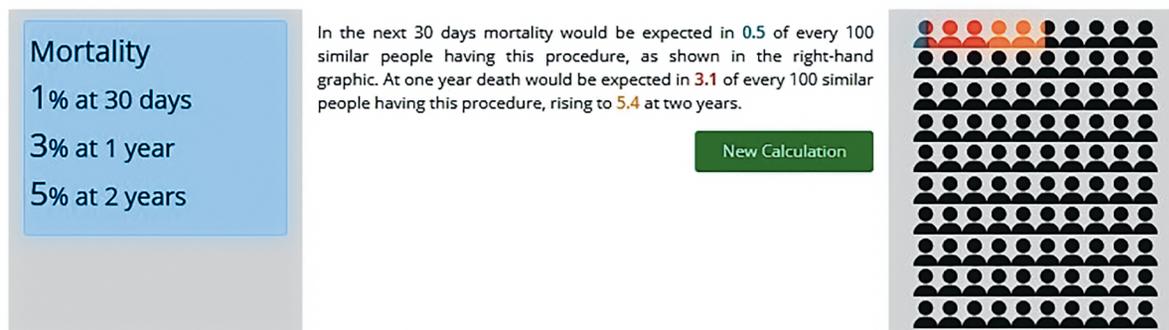


Рис. 2. Калькулятор риска нейрохирургической процедуры

Fig. 2. Neurosurgical procedure risk calculator

здравоохранения США (Institute for Healthcare Improvement) метод глобальных триггеров (Global Trigger Tool). Триггер — индикатор возможности развития неблагоприятного события. Суть данного метода заключается в автоматическом поиске специальных триггеров в истории болезни пациента.

Триггеры разделены на следующие группы:

- 1) триггеры значимого ухудшения состояния;
- 2) триггеры послеоперационных осложнений;
- 3) триггеры внутрибольничной инфекции;
- 4) триггеры нежелательных лекарственных реакций.

Система триггеров позволяет как упростить поиск нежелательного события, так и выявить неявные нежелательные события [1].

В книге «Ключевые показатели качества работы нейрохирургической клиники» А.Г. Назаренко и соавт. выделили следующие триггеры развития послеоперационных осложнений в нейрохирургии:

- а) непланируемые реанимационные мероприятия в течение 24 часов после операции;
- б) искусственная вентиляция легких (ИВЛ) больше 24 часов после операции;
- в) незапланированные повторные хирургические вмешательства в одну госпитализацию;
- г) гемотрансфузия свыше запланированных объемов в течение 24 часов после операции;
- д) увеличение цитоза в ликворе более чем в 2 раза и пр. [7].

Еще одним полезным инструментом управления качеством и безопасностью в хирургии является система поддержки и принятия клинических решений. А.С. Орлов и соавт. разработали информационную систему поддержки принятия клинических решений в неврологии и нейрохирургии. В данной системе для каждого клинического случая учитываются приказы Министерства здравоохранения РФ, стандарты лечения, клинические рекомендации, протоколы лечения. Авторы справедливо подчеркивают, что эти документы достаточно объемны и врачу не просто учесть их все, для чего и разработана информационная система помощи принятия решения [8].

ПРИНЦИПЫ ВНЕДРЕНИЯ ИНСТРУМЕНТОВ СМК

Стоит заметить, что внедрение ряда технологий и инструментов СМК требует определенных навыков и знаний. С позиции СМК при внедрении какого-то процесса необходимо ответить на три вопроса [6]:

1. Что мы пытаемся достичь?
2. Как мы узнаем, что планируемые изменения приведут к улучшению результата?
3. Какие изменения мы должны предпринять для достижения целевых показателей?

На следующем этапе внедрения оптимально использовать хорошо известный в менеджменте цикл Деминга — Plan-Do-Study-Act (PDSA-цикл). Цикл состоит из следующих шагов:

- P (plan) — «планируй». Разработка плана внедрений, направленных на улучшение результатов.
- D (do) — «сделай». Практическая реализация намеченных действий.
- S (study) — «изучи». Анализ полученных результатов, их сопоставление с предполагаемыми на этапе планирования.
- A (act) — «воздействуй». Окончательное внедрение предполагаемых изменений или их коррекция.

Последовательность шагов PDSA-цикла может многократно повторяться с использованием знаний, полученных на предыдущих этапах [6, 22, 30].

После всего изложенного, может создаться впечатление, что высокое искусство нейрохирургии редуцируется до упрощенных стандартов и алгоритмов действий. Безусловно, это не так. Кроме ряда регламентированных стандартами и рекомендациями действий, хирургия, как никакая другая медицинская специальность, располагает к выходу за их пределы, в том числе при проведении самой операции и возникновении непредвиденных ситуаций, когда необходимо клиническое мышление, опыт и навыки специалиста. Тем не менее, как видно из представленного обзора, стандартизация ряда периоперационных процессов и выбор тактики ведения в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями способствуют снижению осложнений и ошибок в нейрохирургии. Очень уместно в связи с этим звучат слова академика В.А. Кубышкина: «В хирургических дисциплинах “волонтаризм” в принятии решения даже о рациональной последовательности использования диагностических методов, не говоря о выборе метода операции, имеет особые последствия» [5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Система менеджмента качества, разработанная в первой половине XX века с целью оптимизации процессов на промышленных предприятиях, в XXI веке нашла широкое применение в медицине. В многочисленных ис-

следованиях было доказано, что различные инструменты СМК: стандартизация процессов, внедрение чек-листов, риск-менеджмент, система поддержки принятия решений и пр., помогают снизить количество осложнений и ошибок в повседневной медицинской практике. Это особенно актуально для хирургических специальностей, где исходно высок риск различных периоперационных нежелательных событий.

Стоит отметить, что инструменты СМК, в первую очередь, позволяют предотвратить наиболее очевидные и повторяющиеся нежелательные события, но не всегда защищают от эксклюзивных. Тем не менее это весьма оправданно, так как не редкие и эксклюзивные, а именно наиболее часто повторяющиеся осложнения и ошибки вносят наибольший вклад в неудовлетворительные результаты лечения.

Для того чтобы успешно и без большого сопротивления со стороны специалистов внедрять стандартизацию некоторых процессов в хирургии, необходимо знакомить врачей с результатами такого внедрения в других клиниках, такого же или более высокого уровня. Так, если познакомить нейрохирургов с результатами внедрения чек-листа хирургической безопасности ВОЗ в ряде зарубежных клиник, приведшего к исключению возможности операции со стороны, противоположной очагу поражения, двукратному снижению количества инфекционных осложнений и повторных операций, то внедрение чек-листа будет происходить с меньшим сопротивлением, а в некоторых случаях даже с энтузиазмом.

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 ar-

ticle, 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

- Ивашенко Д.В., Буромская Н.И., Савченко Л.М. и др. Значение метода глобальных триггеров для выявления неблагоприятных событий, связанных с оказанием медицинской помощи в педиатрии. Медицинский совет. 2018; 17: 56–65. DOI: 10.21518/2079-701X-2018-17-56-65.
- Карсанов А.М., Полунина Н.В., Гогичаев Т.К. Безопасность пациентов в хирургии. Часть 2: Программа менеджмента качества хирургического лечения. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2019; 1(35): 56–65. DOI: 10.31556/2219-0678.2019.35.1.056-065.
- Карсанов А.М. Система менеджмента качества и безопасность пациента в хирургии. Вестник Росздравнадзора. 2017; 6: 52–6.
- Кондратова Н.В. Международные цели безопасности пациентов: соблюдение требований стандартов JCI в многопрофильном стационаре. Заместитель главного врача. 2015; 10(113): 24–32.
- Кубышкин В.А. Безопасная хирургия и клинические рекомендации. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2014; 5: 4–6.
- Кулакова Е.Н., Насташева Т.Л. Методология улучшения качества медицинской деятельности (quality improvement): основы теории и особенности применения в клинической практике. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2017; 11-12: 10–6. DOI: 10.26347/1607-2502201711-12010-016.
- Назаренко А.Г., Коновалов Н.А., Тяншин С.В. и др. Ключевые показатели качества работы нейрохирургической клиники. М.: Перо; 2021.
- Орлов А.С., Немков А.Г., Санников А.Г., Свальковский А.В. Информационная система поддержки принятия решения «Стандартизация оказания высокотехнологичной помощи в неврологии и нейрохирургии». Врач и информационные технологии. 2008; 4: 76–7.
- Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н. (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 N 46740). Доступен по: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201705170016?index=1>. (дата обращения: 01.08.2023).
- Слободской А.Б., Осинцев Е.Ю., Лежнев А.Г. и др. Факторы риска развития перипротезной инфекции после эндопротезирования крупных суставов. Вестник травматологии и ортопедии им Н.Н. Приорова. 2015; 2(22): 13–8. DOI: 10.17816/vto201522213-18.

11. Соколовская М.В., Буянкина Р.Г., Замиралова Е.В. Методологические подходы к разработке и внедрению системы менеджмента качества в организации здравоохранения. Сибирское медицинское обозрение. 2019; 1(115): 90–6. DOI: 10.20333/2500136-2019-1-90-96.
12. Clark S., Boyle L., Matthews P. et al. Development and Validation of a Multivariate Prediction Model of Perioperative Mortality in Neurosurgery: The New Zealand Neurosurgical Risk Tool (NZRISK-NEURO). Neurosurgery. 2020; 87(3): E313–20. DOI: 10.1093/neuros/nyaa144.
13. De Bondt B.J., Stokroos R., Casselman J. Persistent trigeminal artery associated with trigeminal neuralgia: hypothesis of neurovascular compression. Neuroradiology. 2007; 49(1): 23–6. DOI: 10.1007/s00234-006-0150-8.
14. Douven I. A Bayesian perspective on Likert scales and central tendency. Psychon Bull Rev. 2018; 25(3): 1203–11. DOI: 10.3758/s13423-017-1344-2.
15. Han S.J., Rolston J.D., Lau C.Y., Berger M.S. Improving patient safety in neurologic surgery. Neurosurg Clin N Am. 2015; 26(2): 143–7. DOI: 10.1016/j.nec.2014.11.007.
16. Haynes A.B., Weiser T.G., Berry W.R. et al. Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009; 360(5): 491–9. DOI: 10.1056/NEJMs0810119.
17. Ikawa F., Michihata N., Iihara K. et al. Risk management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage by age and treatment method from a nationwide database in Japan. World Neurosurg. 2020; 134: e55–e67. DOI: 10.1016/j.wneu.2019.09.015.
18. Lepänluoma M., Takala R., Kotkansalo A. et al. Surgical safety checklist is associated with improved operating room safety culture, reduced wound complications, and unplanned readmissions in a pilot study in neurosurgery. Scand J Surg. 2014; 103(1): 66–72. DOI: 10.1177/1457496913482255.
19. LoPresti M.A., Du R.Y., Yoshor D. Time-Out and Its Role in Neurosurgery. Neurosurgery. 2021; 89(2): 266–74. DOI: 10.1093/neuros/nyab149.
20. Steiger H.J., Reulen H.J. Manual neurochirurgie. Ecomed; 1999.
21. McLaughlin N., Garrett M.C., Emami L. et al. Integrating risk management data in quality improvement initiatives within an academic neurosurgery department. J Neurosurg. 2016; 124(1): 199–206. DOI: 10.3171/2014.11.JNS132653.
22. Ogrinc G.S., Headrick L.A., Moore S.M. et al. Fundamentals of health care improvement: A guide to improving your patients' care. 2nd ed. Illinois: The Joint Commission and the Institute for Healthcare Improvement; 2012.
23. Oszvald A., Vatter H., Byhahn C. et al. Team time-out" and surgical safety-experiences in 12,390 neurosurgical patients. Neurosurg Focus. 2012; 33(5): E6. DOI: 10.3171/2012.8.
24. O'uchi E., O'uchi T. Persistent primitive trigeminal arteries (PTA) and its variant (PTAV): analysis of 103 cases detected in 16,415 cases of MRA over 3 years. Neuro-radiology. 2010; 52(12): 11–9. DOI: 10.1007/s00234-010-0669-6.
25. Rolston J.D., Bernstein M. Errors in neurosurgery. Neurosurg Clin N Am. 2015; 26(2): 149–55, vii. DOI: 10.1016/j.nec.2014.11.011.
26. Steiger H.-J., Uhl E. eds. Risk control and quality management in neurosurgery. Springer-Verlag Wien; 2001.
27. Steiger H.J. Standards of neurosurgical procedures. Acta Neurochir Suppl. Supplement. 2001; 78: 89–92. DOI: 10.1007/978-3-7091-6237-8_16.
28. Suehiro E., Tanaka T., Michiwaki Y. et al. Fact-finding survey of treatment of traumatic brain injury in Japan: standardization of care and collaboration between neurosurgery and emergency departments. World Neurosurg. 2023; 169: e279–84. DOI: 10.1016/j.wneu.2022.11.004.
29. Suresh V., Ushakumari P.R., Pillai C.M. et al. Implementation and adherence to a speciality-specific checklist for neurosurgery and its influence on patient safety. Indian J Anaesth. 2021; 65(2): 108–14. DOI: 10.4103/ija.IJA_419_20.
30. Taylor M.J., McNicholas C., Nicolay C. et al. Systematic review of the application of the plando-study-act method to improve quality in healthcare. BMJ Qual Saf. 2014; 23(4): 290–8. DOI: 10.1136/bmjqs2013-001862.
31. Thakur J.D., Corlin Al., Mallari R.J. et al. Complication avoidance protocols in endoscopic pituitary adenoma surgery: a retrospective cohort study in 514 patients. Pituitary. 2021; 24(6): 930–42. DOI: 10.1007/s11102-021-01167-y.
32. Vachhani J.A., Klopfenstein J.D. Incidence of neurosurgical wrong-site surgery before and after implementation of the universal protocol. Neurosurgery. 2013; 72(4): 590–5. DOI: 10.1227/NEU.0b013e318283c9ea.
33. Westman M., Takala R., Rahi M., Ikonen T.S. The need for surgical safety checklists in neurosurgery now and in the future – a systematic review. World Neurosurg. 2020; 134: 614–28.e3. DOI: 10.1016/j.wneu.2019.09.140.
34. Wong J.M., Bader A.M., Laws E.R. et al. Patterns in neurosurgical adverse events and proposed strategies for reduction. Neurosurg Focus. 2012; 33(5): E1. DOI: 10.3171/2012.9.FOCUS12184.

REFERENCES

1. Ivashchenko D.V., Buromskaya N.I., Savchenko L.M. i dr. Znachenie metoda global'nykh triggerov dlya vyyavleniya neblagopriyatnykh sobytiy, svyazannykh s okazaniem meditsinskoy pomoshchi v pediatrii. [Global trigger tool value for revealing of unwanted events related to medical care in pediatrics]. Meditsinskiy sovet. 2018; 17: 56–65. (in Russian).

2. Karsanov A.M., Polunina N.V., Gogichaev T.K. Bezopasnost' patsientov v khirurgii. Chast' 2: Programma menedzhmenta kachestva khirurgicheskogo lecheniya. [Patient safety in surgery. PART 2: Surgical treatment quality management program]. Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor. 2019; 1(35): 56–65. DOI: 10.31556/2219-0678.2019.35.1.056-065. (in Russian).
3. Karsanov A.M. Sistema menedzhmenta kachestva i bezopasnost' patsienta v khirurgii. [Quality management system and patient safety in surgery]. Vestnik Roszdravnadzora. 2017; 6: 52–6. (in Russian).
4. Kondratova N.V. Mezhdunarodnye tseli bezopasnosti patsientov: soblyudeniye trebovaniy standartov JCI v mnogoprofil'nom statsionare. [International Patient Safety Goals: Compliance with JCI Standards in a Multidisciplinary Hospital]. Zamestitel' glavnogo vracha. 2015; 10(113): 24–32. (in Russian).
5. Kubyshekin V.A. Bezopasnost' khirurgiya i klinicheskie rekomendatsii. [Safe surgery and clinical guidelines]. Khirurgiya. Zurnal im. N.I. Pirogova. 2014; 5: 4–6. (in Russian).
6. Kulakova E.N., Nastausheva T.L. Metodologiya uluchsheniya kachestva meditsinskoy deyatel'nosti (quality improvement): osnovy teorii i osobennosti primeneniya v klinicheskoy praktike. [Quality improvement methodology: the basics of the theory and features of its application in clinical practice]. Problemy standartizatsii v zdravookhraneni. 2017; 11-12: 10–6. DOI: 10.26347/1607-2502201711-12010-016. (in Russian).
7. Nazarenko A.G., Kononov N.A., Tanyashin S.V. i dr. Klyuchevye pokazateli kachestva raboty neyrokhirurgicheskoy kliniki. [Key performance indicators of the neurosurgical clinic]. Moscow: Pero Publ.; 2021. (in Russian).
8. Orlov A.S., Nemkov A.G., Sannikov A.G., Sval'kovskiy A.V. Informatsionnaya sistema podderzhki prinyatiya resheniya «Standartizatsiya okazaniya vysokotekhnologichnoy pomoshchi v nevrologii i neyrokhirurgii». [Decision support information system «Standardization of high-tech care in neurology and neurosurgery»]. Vrach i informatsionnye tekhnologii. 2008; 4: 76–7. (in Russian).
9. Order of the Ministry of Health of Russia dated May 10, 2017 No. 203n. (Registered with the Ministry of Justice of Russia on May 17, 2017 N 46740). Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201705170016?index=1>. (accessed: 08/01/2023).
10. Slobodskoy A.B., Osintsev E.Y., Lezhnev A.G. i dr. Faktory riska razvitiya periproteznoy infekcii posle jendoprotezirovaniya krupnyh sustavov. [Risk Factors for Periprosthetic Infection after Large Joint Arthroplasty]. Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova. 2015; (2)22: 13–8. DOI: 10.17816/vto201522213-18. (in Russian).
11. Sokolovskaya M.V., Buyankina R.G., Zamiralova E.V. Metodologicheskie podkhody k razrabotke i vnedreniyu sistemy menedzhmenta kachestva v organizatsii zdravookhraneniya. [Methodological approaches to the development and implementation of the quality management system in the healthcare organization]. Sibirskoe meditsinskoe obozrenie. 2019; 1(115): 90–6. DOI: 10.20333/2500136-2019-1-90-96. (in Russian).
12. Clark S., Boyle L., Matthews P. et al. Development and Validation of a Multivariate Prediction Model of Perioperative Mortality in Neurosurgery: The New Zealand Neurosurgical Risk Tool (NZRISK-NEURO). Neurosurgery. 2020; 87(3): E313–20. DOI: 10.1093/neuros/nyaa144.
13. De Bondt B.J., Stokroos R., Casselman J. Persistent trigeminal artery associated with trigeminal neuralgia: hypothesis of neurovascular compression. Neuroradiology. 2007; 49(1): 23–6. DOI: 10.1007/s00234-006-0150-8.
14. Douven I. A Bayesian perspective on Likert scales and central tendency. Psychon Bull Rev. 2018; 25(3): 1203–11. DOI: 10.3758/s13423-017-1344-2.
15. Han S.J., Rolston J.D., Lau C.Y., Berger M.S. Improving patient safety in neurologic surgery. Neurosurg Clin N Am. 2015; 26(2): 143–7. DOI: 10.1016/j.nec.2014.11.007.
16. Haynes A.B., Weiser T.G., Berry W.R. et al. Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009; 360(5): 491–9. DOI: 10.1056/NEJMs0810119.
17. Ikawa F., Michihata N., Iihara K. et al. Risk management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage by age and treatment method from a nationwide database in Japan. World Neurosurg. 2020; 134: e55–e67. DOI: 10.1016/j.wneu.2019.09.015.
18. Lepänluoma M., Takala R., Kotkansalo A. et al. Surgical safety checklist is associated with improved operating room safety culture, reduced wound complications, and unplanned readmissions in a pilot study in neurosurgery. Scand J Surg. 2014; 103(1): 66–72. DOI: 10.1177/1457496913482255.
19. LoPresti M.A., Du R.Y., Yoshor D. Time-Out and Its Role in Neurosurgery. Neurosurgery. 2021; 89(2): 266–74. DOI: 10.1093/neuros/nyab149.
20. Steiger H.J., Reulen H.J. Manual neurochirurgie. Ecomed; 1999.
21. McLaughlin N., Garrett M.C., Emami L. et al. Integrating risk management data in quality improvement initiatives within an academic neurosurgery department. J Neurosurg. 2016; 124(1): 199–206. DOI: 10.3171/2014.11.JNS132653.
22. Ogrinc G.S., Headrick L.A., Moore S.M. et al. Fundamentals of health care improvement: A guide to improving your patients' care. 2nd ed. Illinois: The Joint Commission and the Institute for Healthcare Improvement; 2012.
23. Oszvald A., Vatter H., Byhahn C. et al. Team time-out" and surgical safety-experiences in 12,390 neurosurgi-

- cal patients. *Neurosurg Focus*. 2012; 33(5): E6. DOI: 10.3171/2012.8.
24. O'uchi E., O'uchi T. Persistent primitive trigeminal arteries (PTA) and its variant (PTAV): analysis of 103 cases detected in 16,415 cases of MRA over 3 years. *Neuroradiology*. 2010; 52(12): 11–9. DOI: 10.1007/s00234-010-0669-6.
25. Rolston J.D., Bernstein M. Errors in neurosurgery. *Neurosurg Clin N Am*. 2015; 26(2): 149–55, vii. DOI: 10.1016/j.nec.2014.11.011.
26. Steiger H.-J., Uhl E. eds. Risk control and quality management in neurosurgery. Springer-Verlag Wien; 2001.
27. Steiger H.J. Standards of neurosurgical procedures. *Acta Neurochir Suppl. Supplement*. 2001; 78: 89–92. DOI: 10.1007/978-3-7091-6237-8_16.
28. Suehiro E., Tanaka T., Michiwaki Y. et al. Fact-finding survey of treatment of traumatic brain injury in Japan: standardization of care and collaboration between neurosurgery and emergency departments. *World Neurosurg*. 2023; 169: e279–84. DOI: 10.1016/j.wneu.2022.11.004.
29. Suresh V., Ushakumari P.R., Pillai C.M. et al. Implementation and adherence to a speciality-specific checklist for neurosurgery and its influence on patient safety. *Indian J Anaesth*. 2021; 65(2): 108–14. DOI: 10.4103/ija.IJA_419_20.
30. Taylor M.J., McNicholas C., Nicolay C. et al. Systematic review of the application of the plando-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf*. 2014; 23(4): 290–8. DOI: 10.1136/bmjqs2013-001862.
31. Thakur J.D., Corlin Al., Mallari R.J. et al. Complication avoidance protocols in endoscopic pituitary adenoma surgery: a retrospective cohort study in 514 patients. *Pituitary*. 2021; 24(6): 930–42. DOI: 10.1007/s11102-021-01167-y.
32. Vachhani J.A., Klopfenstein J.D. Incidence of neurosurgical wrong-site surgery before and after implementation of the universal protocol. *Neurosurgery*. 2013; 72(4): 590–5. DOI: 10.1227/NEU.0b013e318283c9ea.
33. Westman M., Takala R., Rahi M., Ikonen T.S. The need for surgical safety checklists in neurosurgery now and in the future – a systematic review. *World Neurosurg*. 2020; 134: 614–28.e3. DOI: 10.1016/j.wneu.2019.09.140.
34. Wong J.M., Bader A.M., Laws E.R. et al. Patterns in neurosurgical adverse events and proposed strategies for reduction. *Neurosurg Focus*. 2012; 33(5): E1. DOI: 10.3171/2012.9.FOCUS12184.

УДК 616.8-089+614.2+614.88+332.012+331.108.26
DOI: 10.56871/МНСО.2023.63.99.008

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КРУПНОМ ГОРОДЕ (НА ПРИМЕРЕ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ)

© Лариса Валерьяновна Кочорова¹, Клара Ильинична Шапиро¹,
Олеся Алексеевна Баженова¹, Иван Александрович Соколов²

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова. 197022, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

² Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова. 197341, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2

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

Для цитирования: Кочорова Л.В., Шапиро К.И., Баженова О.А., Соколов И.А. Организация нейрохирургической помощи в крупном городе (на примере г. Санкт-Петербург) // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 4. С. 88–102. DOI: <https://doi.org/10.56871/МНСО.2023.63.99.008>

Поступила: 31.08.2023

Одобрена: 02.10.2023

Принята к печати: 15.12.2023

РЕЗЮМЕ. Представлен анализ структуры пациентов нейрохирургического профиля в стационарах г. Санкт-Петербург в 2021 году. Изучены показатели работы стационарного и амбулаторно-поликлинического звеньев и состояние кадров нейрохирургической службы. Актуальность исследования определяется высоким уровнем заболеваемости нервной системы и необходимостью повышения качества и эффективности оказания специализированной высококвалифицированной медицинской помощи данной категории пациентов. Общая и первичная заболеваемость на конец 2021 года в Санкт-Петербурге составили 51,9 и 5,5‰ соответственно. Транспортные происшествия стали основными из внешних причин заболеваемости и смертности. У 23% выписанных пациентов был диагноз «эпизодические и пароксизмальные расстройства». Средняя продолжительность пребывания пациента на нейрохирургическом отделении — 8,8 дней. Обеспеченность населения профильными койками — 9,9‰, однако стационары работали с перегрузкой (средняя длительность работы койки превышала 340 дней и пропускная способность стационара была больше 100%). Средняя длительность работы койки — 359 дней в год, средняя длительность лечения одного пациента — 8,8 дней, оборот койки — 35,9 больных, летальность — 1,7%. Под диспансерным наблюдением находилось 23% пациентов. Специализированная амбулаторная помощь развита недостаточно. Укомплектованность штатов — 83,5% (в стационаре — 83,7%, в амбулаторном звене — 75%). Коэффициент совместительства — 1,2. Высшую квалификационную категорию имели 30,2% врачей, первую — 13,2%, вторую — 5%; 51,7% врачей-нейрохирургов были не аттестованы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: нейрохирургическая служба; стационарная помощь; амбулаторно-поликлиническое звено; кадры нейрохирургической службы.

ORGANIZATION OF NEUROSURGICAL CARE IN A LARGE CITY (ON THE EXAMPLE OF SAINT PETERSBURG)

© Larisa V. Kochorova¹, Klara I. Shapiro¹, Olesya A. Bazhenova¹, Ivan A. Sokolov²

¹ Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. L'va Tolstogo st., 6–8, Saint Petersburg, Russian Federation, 197022

² V.A. Almazov National Medical Research Center. Akkuratov 2, Saint Petersburg, Russian Federation, 197341

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

For citation: Kochorova LV, Shapiro KI, Bazhenova OA, Sokolov IA. Organization of neurosurgical care in a large city (on the example of Saint Petersburg). *Medicine and health care organization (St. Petersburg)*. 2023;8(4):88-102. DOI: <https://doi.org/10.56871/МНСО.2023.63.99.008>

Received: 31.08.2023

Revised: 02.10.2023

Accepted: 15.12.2023

ABSTRACT. The author presents the analysis of the structure of neurosurgical patients in in-patient departments of Saint-Petersburg in 2021. Parameters of in-patient and out-patient units and the status of neurosurgical care staffing were studied. The urgency of the investigation is determined by high level of nervous system morbidity and necessity of increasing quality and effectiveness of the neurosurgical service activity. The total and primary morbidity rates in the end of 2021 in St. Petersburg were 51.9 and 5.5%, respectively. Transportation accidents became the leading external causes of morbidity and mortality. Twenty-three percent of discharged patients were diagnosed with episodic and paroxysmal disorders. The average duration of a patient's stay in a neurosurgical department was 8.8 days. The provision of the population with profile beds was 9,9‰, but the inpatient units showed overload activities (the average duration of a bed exceeded 340 days and the capacity of the inpatient unit was more than 100%). The average duration of bed work was 359 days per year, the average duration of treatment per patient was 8.8 days, bed turnover was 35.9, and mortality rate was 1.7%. There were 23% of patients under outpatient observation. Specialized outpatient care is underdeveloped. The staffing level was 83.5% (83.7% in the inpatient unit, 75% in the outpatient unit). The coefficient of compatibility was 1.2. The highest qualification category was presented by 30,2% of doctors, the first category — by 13,2%, the second — by 5%; 51,7% of doctors-neurosurgeons were not certified.

KEY WORDS: neurosurgical service; inpatient care; outpatient care; neurosurgical staffing.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования определяется высоким уровнем заболеваемости, связанной с поражением нервной системы, и необходимостью повышения качества и эффективности деятельности нейрохирургической помощи [2–4, 6, 8]. Болезненность в Санкт-Петербурге на конец 2021 года составила 51,9 на 1 тысячу человек, первичная заболеваемость — 5,5 на 1 тысячу человек. Уровень госпитализации был равен 2,8 на 1 тысячу человек. Рост болезненности и заболеваемости среди пациентов нейрохирургического профиля сочетается со старением населения г. Санкт-Петербург, что определяет необходимость совершенствования действующей модели специализированной нейрохирургической помощи с учетом региональных особенностей субъекта РФ. В условиях расширения базовой программы обязательного медицинского страхования (ОМС) и прекращения финансирования стационарной медицинской помощи из бюджетов разных уровней [19] встает вопрос о необходимости модернизации амбулаторного звена нейрохирургической службы. Кроме того, после пандемии COVID-19 еще не проводилось детальных исследований работы ней-

рохирургической службы в г. Санкт-Петербург. В статье приведены анализ состава больных нейрохирургического профиля в стационарах г. Санкт-Петербург в 2021 году, показатели работы стационарного и амбулаторно-поликлинического звеньев нейрохирургической помощи и оценка состояния кадров нейрохирургической службы.

ЦЕЛЬ

Статистическая оценка показателей работы нейрохирургической службы в Санкт-Петербурге в 2021 году.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Отчетная документация (формы 12, 14, 30) за 2021 год. Сплошной метод исследования. По форме 12 было рассмотрено 278 983 случая заболеваний нервной системы, по форме 14 было изучено 15 146 случаев заболеваний нервной системы, по форме 30 было рассмотрено 16 682 случая посещений врачами первичного звена пациентов с нейрохирургическими заболеваниями.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медицинская помощь нейрохирургического профиля оказывается в виде первичной медико-санитарной помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи [8, 12, 15, 22, 24, 27] (рис. 1).

Лидирующую позицию в 2021 году в Санкт-Петербурге среди внешних причин заболеваемости и смертности, связанных с поражением нервной системы, занимают транспортные несчастные случаи; при этом более половины из них приходится на дорожно-транспортные происшествия. Основной причиной госпитализации на нейрохирургические отделения была травма глаза и глазницы (код по МКБ-10 — S05), на втором месте стояла внутрочерепная травма (код по МКБ-10 — S06) (табл. 1).

Было выделено три основных пути поступления пациентов на отделения нейрохирургического профиля (рис. 2): самостоятельное обращение пациента («самотеком»), направление пациента другими специалистами, доставление пациента бригадой скорой медицинской помощи [2, 3, 11, 12, 15, 16, 21].

В 2021 году в Санкт-Петербурге числилось 15 146 человек с заболеваниями нервной системы — 57,8% пациентов было госпитализиро-

вано в нейрохирургические отделения по экстренным показаниям. Из них скорой медицинской помощью было доставлено 76,6% больных (табл. 2).

Наибольший удельный вес среди госпитализированных пациентов (12 675 человек) приходится на пациентов с диагнозом «эпизодические и пароксизмальные расстройства» (код по МКБ-10 — G40–G47) (рис. 3).

Средняя продолжительность пребывания пациента на нейрохирургическом отделении составила 8,8 дней (табл. 3). В медицинских организациях, подведомственных комитету здравоохранения, этот показатель был равен 7,97 дней, в медицинских организациях, подведомственных министерству здравоохранения, — 10,88 дней. Более длительные сроки, скорее всего, можно объяснить госпитализацией преимущественно плановых пациентов, направленных для выполнения высокотехнологических оперативных вмешательств.

Летальность на нейрохирургических отделениях в Санкт-Петербурге в 2021 году была равна 1,7%. Большая часть приходилась на пациентов с диагнозом «дегенеративные болезни нервной системы» (код по МКБ-10 — G30–G31) (рис. 4).

В Санкт-Петербурге на конец 2021 года стационарная помощь была представлена 385 койками, предназначенными для взрослого населе-

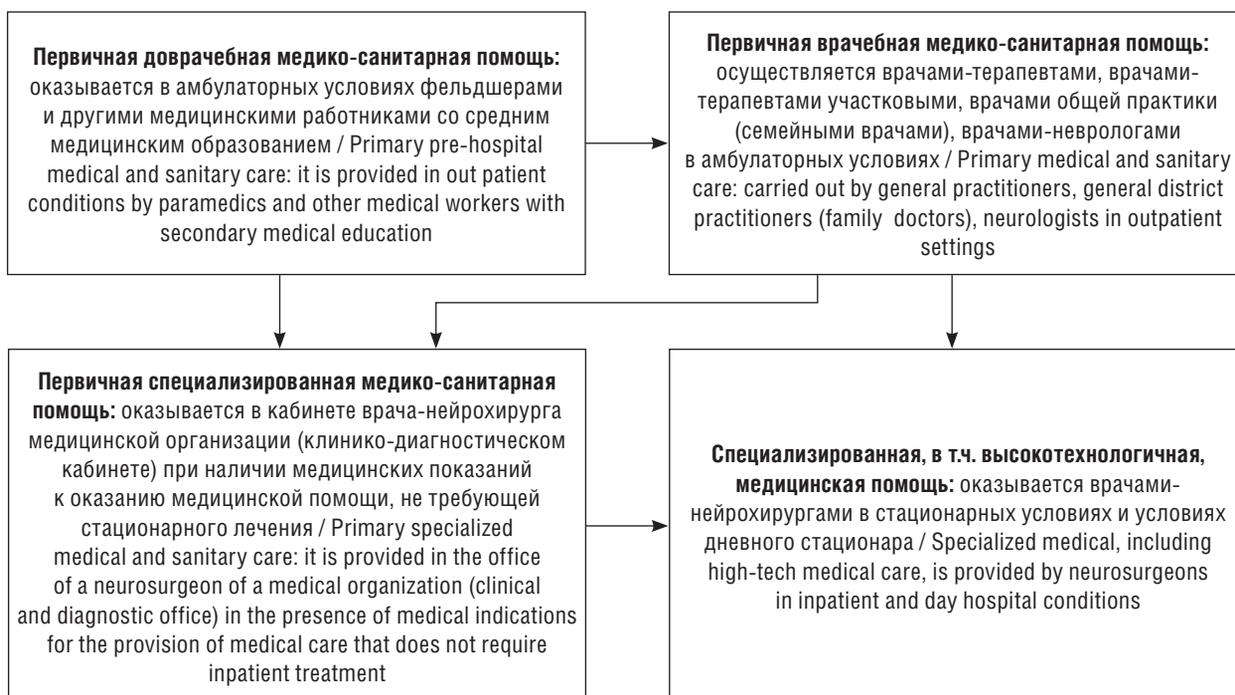


Рис. 1. Маршрутизация пациентов нейрохирургического профиля

Fig. 1. Routing of neurosurgical patients

Таблица 1

Внешние причины заболеваемости и смертности, связанные с повреждением нервной системы
(у взрослых — 18 лет и старше), Санкт-Петербург, 2021 г. (%)

Table 1

External causes of morbidity and mortality related to nervous system damage (adults — 18 years and older),
Saint Petersburg, 2021 (%)

Травмы от воздействия внешних причин / Injuries from external causes	Код по МКБ 10-го пересмотра / ICD-10 revision code	Внешние причины заболеваемости и смертности, всего / External causes of morbidity and mortality, total		Транспортные несчастные случаи / Transportation accidents			
				всего (из 3) / total (of 3)		дорожно-транспорт- ные несчастные случаи (из 4) / traffic accidents (of 4)	
		абс. / abs.	относ. (%) / rel. (%)	абс. / abs.	относ. (%) / rel. (%)	абс. / abs.	относ. (%) / rel. (%)
1	2	3		4		5	
Всего / Total	S00–T98	516 839	100	7705	1,5	4237	55
Травмы головы, всего / Head trauma, total	S00–S09	66 163	12,8	1366	2,1	709	51,9
Перелом черепа и лицевых костей / Fracture of the skull and facial bones	S02	5190	1	74	1,4	49	66,2
Травма глаза и глазницы / Trauma to the eye and eye socket	S05	22 317	4,3	32	0,1	7	21,9
Внутричерепная травма / Intracranial trauma	S06	13 542	2,6	785	5,8	403	51,3
Травмы шеи, всего / Neck trauma, total	S10–S19	3111	0,6	204	6,6	127	62,3
Перелом шейного отдела позвоночника / Fracture of the cervical spine	S12	345	0,1	22	6,4	11	50
Травма нервов и спинного мозга на уровне шеи / Nerve and spinal cord trauma at the level of the neck	S14	35	0	2	5,7	2	100
Прочие / Other	S20–T98	447 565	86,6	6135	1,4	3401	55,4

ния (60,5% из них размещены в медицинских организациях, подведомственных Комитету здравоохранения, 39,5% — в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения), обеспеченность ими составляла $9,9^{0/}_{0000}$. Средняя длительность работы койки — 359 дней в год, средний оборот койки — 35,9 больных, время простоя койки — 0,2 дня. Пропускная способность стационара — 100,1% (табл. 4).

Частота посещений врачей-нейрохирургов в амбулаторных условиях в Санкт-Петербурге в 2021 году составила 3,37 на 1000 населения (табл. 5). Главным образом врачи проводят диспансеризацию пациентов по профилю патоло-

гии. Под диспансерным наблюдением находилось 23% пациентов, 11% — это пациенты с впервые в жизни установленным диагнозом. На конец 2021 года под диспансерным наблюдением состояло 54 516 человек (табл. 6).

Обеспеченность населения врачами-нейрохирургами в 2021 г. в Санкт-Петербурге была равна $0,5^{0/}_{0000}$. Укомплектованность штатов составляла 83,5% (в стационарном звене — 83,7%, в амбулаторном звене — 75%) (табл. 7, 8). Коэффициент совместительства — 1,2.

Оценка профессиональной характеристики специалистов нейрохирургической службы в 2021 году в Санкт-Петербурге показала, что довольно большой процент врачей не имеют

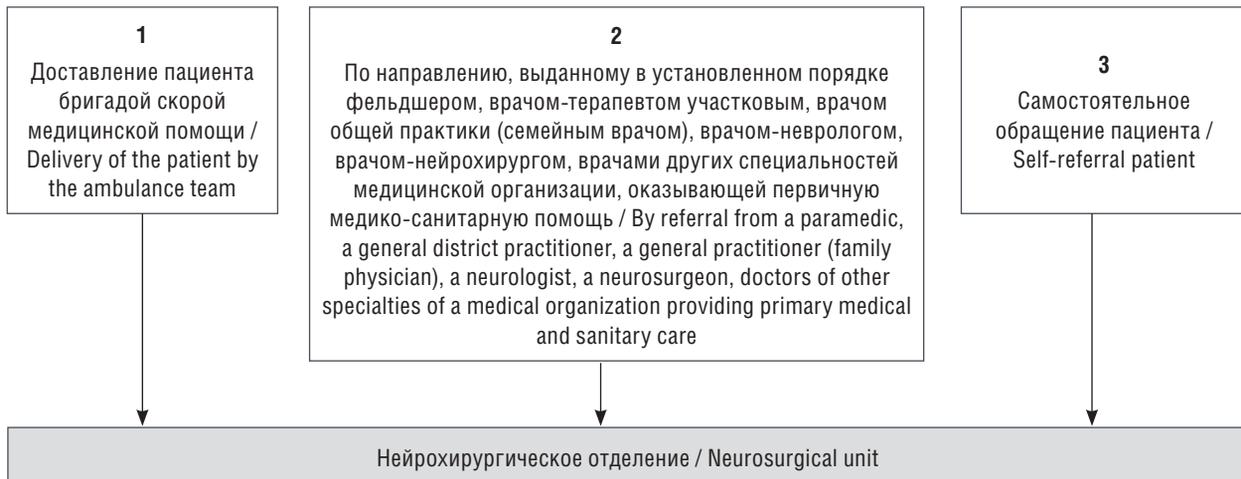


Рис. 2. Пути поступления пациентов на отделение нейрохирургического профиля

Fig. 2. Pathways of admission to the neurosurgery department

Таблица 2

Распределение выписанных пациентов с болезнями нервной системы по типам медицинских организаций и количество доставленных из них по экстренным показаниям (взрослые — 18 лет и старше), Санкт-Петербург, 2021 г. (%)

Table 2

Distribution of discharged patients with diseases of the nervous system by type of medical organization and the number of patients delivered from them for emergency indications (adults — 18 years and older), Saint Petersburg, 2021 (%)

Типы медицинских организаций и пути госпитализации пациентов / Types of medical organisations and ways of hospitalisation of patients		Группы / Groups	Абс. / Abs.	Относ. (%) / Rel. (%)
Всего / Total	Всего выписанных пациентов / Total discharged patients	1	15 146	100
	Из них доставленных по экстренным показаниям (из 1) / Of these, delivered on emergency basis (of 1)	2	8759	57,8
	Из них пациентов, доставленных скорой медицинской помощью (из 2) / Of these, patients delivered by ambulance (of 2)	3	6705	76,6
МО КЗ / Medical organizations of the health committee	Всего выписанных пациентов / Total discharged patients	4	11 083	73,2
	Из них доставленных по экстренным показаниям (из 4) / Of these, delivered on emergency basis (of 4)	5	8626	77,8
	Из них пациентов, доставленных скорой медицинской помощью (из 5) / Of these, patients delivered by ambulance (of 5)	6	6663	77,2
МО МЗ / Medical organizations of the Ministry of Health	Всего выписанных пациентов / Total discharged patients	7	4063	26,8
	Из них доставленных по экстренным показаниям (из 7) / Of these, delivered on emergency basis (of 7)	8	133	3,3
	Из них пациентов, доставленных скорой медицинской помощью (из 8) / Of these, patients delivered by ambulance (of 8)	9	42	31,6

Таблица 3

Средняя продолжительность пребывания при различных заболеваниях в стационаре (взрослые — 18 лет и старше), Санкт-Петербург, 2021 г. (койко-дни)

Table 3

Average length of stay for various illnesses in hospital (adults — 18 and over), Saint Petersburg, 2021 (bed-days)

Наименование болезни / Name of the disease	Код по МКБ 10-го пере- смотра / ICD 10 revision code	Всего / Total	МО КЗ / Medical organizations of the Health Committee	МО МЗ / Medical organizations of the Ministry of Health
Болезни нервной системы / Diseases of the nervous system	G00–G98	8,75	7,97	10,88
Воспалительные болезни центральной нервной системы / Inflammatory diseases of the central nervous system	G00–G09	20,97	22,50	14,25
• бактериальный менингит / bacterial meningitis	G00	18,88	20,00	10,50
• энцефалит, миелит и энцефаломиелит / encephalitis, myelitis and encephalomyelitis	G04	20,38	21,49	15,00
Системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему / Systemic atrophies affecting mainly the central nervous system	G10–G12	13,89	17,38	9,41
Экстрапирамидные и другие двигательные нарушения / Extrapyramidal and other motor disorders	G20, G21, G23– G25	9,41		
• болезнь Паркинсона / Parkinson's disease	G20	10,18		
• другие экстрапирамидные и двигательные нарушения / other extrapyramidal and motor disorders	G25	9,27		
Другие дегенеративные болезни нервной системы / Other degenerative diseases of the nervous system	G30–G31	24,23		
• болезнь Альцгеймера / Alzheimer's disease	G30	56,63		
Демиелинизирующие болезни центральной нервной системы / Demyelinating diseases of the central nervous system	G35–G37	17,74		
• рассеянный склероз / multiple sclerosis	G35	19,34		15,47
Эпизодические и пароксизмальные расстройства / Episodic and paroxysmal disorders	G40–G47	4,72		10,35
• эпилепсия, эпилептический статус / epilepsy, epileptic status	G40–G41	3,98		12,10
• проходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы / Transient transient cerebral ischemic attacks and related syndromes	G45	5,94		9,13
Поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы / Lesions of individual nerves, nerve roots and plexuses, polyneuropathies and other lesions of the peripheral nervous system	G50–G64	11,95		10,24
• синдром Гийена–Барре / Guillain–Barre syndrome	G61.0	19,99		18,20
Болезни нервно-мышечного синапса и мышц / Diseases of the neuromuscular synapse and muscles	G70–G73	21,37		11,90
• миастения / myasthenia	G70.0, 2	13,80		11,60

Окончание табл. 3
Ending of the table 3

Наименование болезни / Name of the disease	Код по МКБ 10-го пере- смотра / ICD 10 revision code	Всего / Total	МО КЗ / Medical organizations of the Health Committee	МО МЗ / Medical organizations of the Ministry of Health
• мышечная дистрофия Дюшенна / Duchenne muscular dystrophy	G71.0	17,33		10,00
Церебральный паралич и другие параличе- ские синдромы / Cerebral palsy and other paralytic syndromes	G80–G83	8,18		9,31
• церебральный паралич / cerebral paralysis	G80	5,58		6,78
Расстройства вегетативной (автономной) нервной системы / Disorders of the autonomic nervous system	G90	0,00		0,00
Сосудистые миелопатии / Vascular myelopathies	G95.1	19,88		19,27

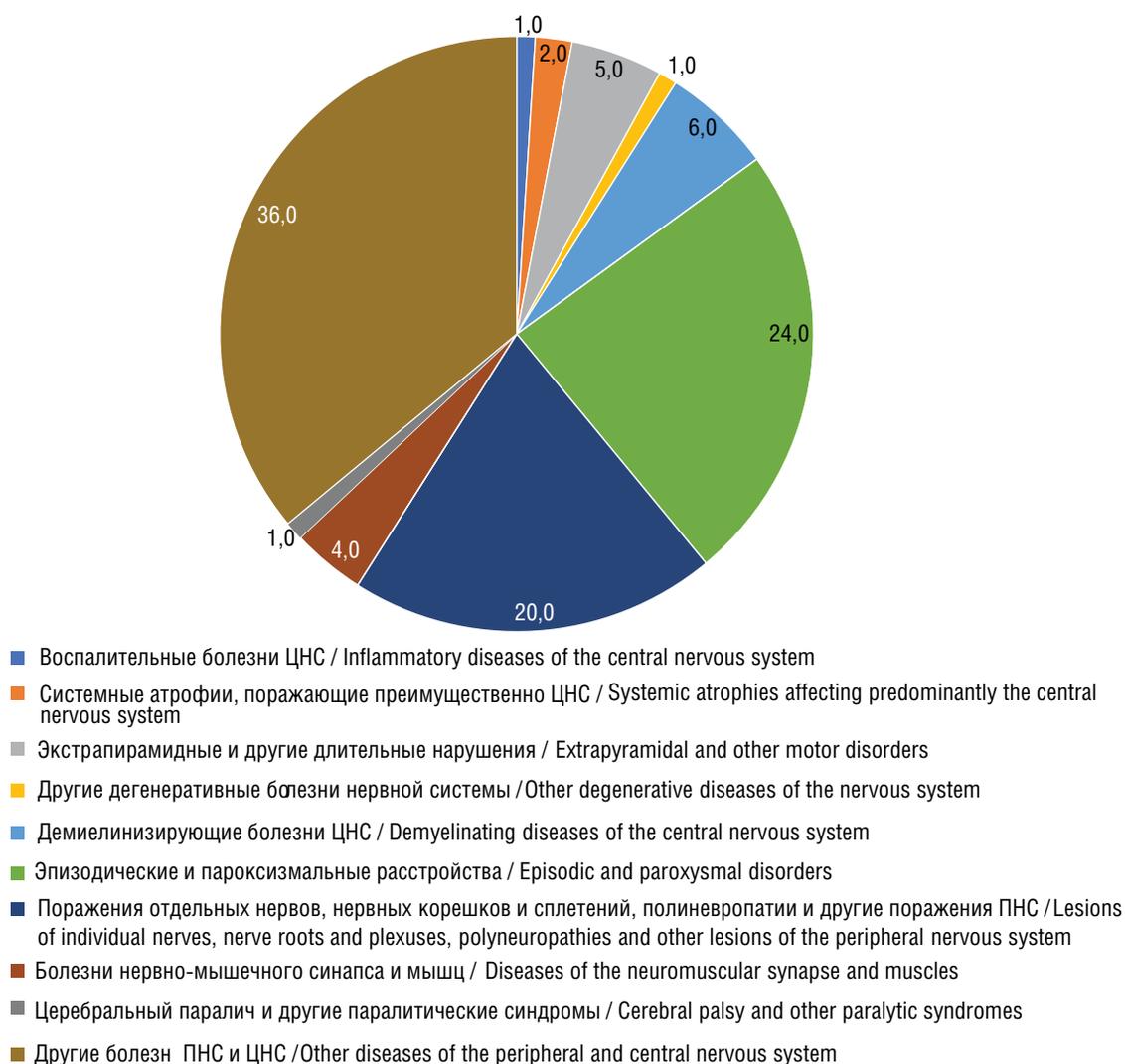
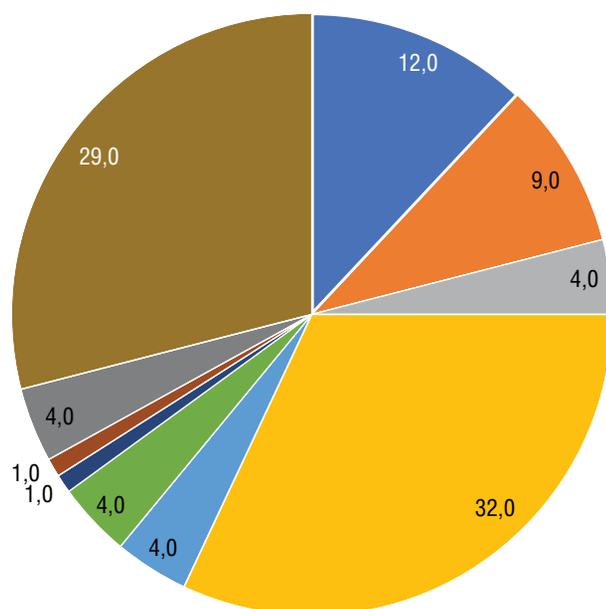


Рис. 3. Распределение пациентов, выписанных из стационара, по диагнозам (взрослые — 18 лет и старше), Санкт-Петербург, 2021 г. (%)

Fig. 3. Distribution of patients discharged from hospital by diagnosis (adults — 18 years and older), Saint Petersburg, 2021 (%)



- Воспалительные болезни ЦНС / Inflammatory diseases of the central nervous system
- Системные атрофии, поражающие преимущественно ЦНС / Systemic atrophies affecting predominantly the central nervous system
- Экстрапирамидные и другие длительные нарушения / Extrapyramidal and other motor disorders
- Другие дегенеративные болезни нервной системы / Other degenerative diseases of the nervous system
- Демиелинизирующие болезни ЦНС / Demyelinating diseases of the central nervous system
- Эпизодические и пароксизмальные расстройства / Episodic and paroxysmal disorders
- Поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатии и другие поражения ПНС / Lesions of individual nerves, nerve roots and plexuses, polyneuropathies and other lesions of the peripheral nervous system
- Болезни нервно-мышечного синапса и мышц / Diseases of the neuromuscular synapse and muscles

Рис. 4. Структура летальности в отделениях нейрохирургического профиля (взрослые — 18 лет и старше), Санкт-Петербург, 2021 г. (%)

Fig. 4. Structure of mortality cases in neurosurgical departments (adults — 18 years and older), Saint Petersburg, 2021 (%)

Таблица 4

Нейрохирургический коечный фонд для взрослых, Санкт-Петербург, 2021 г. (%)

Table 4

Neurosurgical bed capacity for adults, Saint Petersburg, 2021 (%)

Типы медицинских организаций / Types of medical organisations	Койки для взрослых / Beds for adults		Среднегодовое количество коек / Average number of beds per year	
	абс. / abs.	относ. (%) / rel. (%)	абс. / abs.	относ. (%) / rel. (%)
Всего в Санкт-Петербурге / Total in Saint Petersburg	385	100	340	100
МО КЗ / Medical organizations of the health committee	233	60,5	235	69,1
МО МЗ / Medical organizations of the Ministry of Health	152	39,5	105	30,9

Таблица 5

Работа врачей-нейрохирургов медицинской организации в амбулаторных условиях
(взрослые — 18 лет и старше), Санкт-Петербург, 2021 г. (%)

Table 5

Neurosurgeons' of medical organization work in outpatient settings (adults — 18 years and older),
Saint Petersburg, 2021 (%)

Типы медицинских организаций / Types of medical organisations	Число посещений врачей, включая профилактические / Number of doctor visits, including preventive		Число посещений врачей по поводу заболеваний / Number of visits to doctors for illnesses	
	1		2	
	абс. / abs.	относ. (%) / rel. (%)	абс. / abs.	относ. (%) / rel. (%)
Всего / Total	16 682	100	14155	84,9
МО КЗ / Medical organizations of the health committee	7090	42,5	5429	76,6
МО МЗ / Medical organizations of the Ministry of Health	9592	57,5	8726	91

Таблица 6

Уровень диспансеризации, Санкт-Петербург, 2021 г. (%)

Table 6

The level of medical examinations, Saint Petersburg, 2021 (%)

Всего зарегистрировано заболеваний нервной системы / Total registered diseases of the nervous system	Взято под диспансерное наблюдение / Taken under dispensary observation		С впервые в жизни установленным диагнозом / With a first-time diagnosis	
	абс. / abs.	относ. (%) / rel. (%)	абс. / abs.	относ. (%) / rel. (%)
278 983	64 145	23	29 387	11

Таблица 7

Распределение кадров нейрохирургических отделений, Санкт-Петербург, 2021 г. (%)

Table 7

Personnel distribution in neurosurgical departments, Saint Petersburg, 2021 (%)

Характеристика кадров нейрохирургических отделений / Characterization of the staff of neurosurgical departments	Санкт-Петербург / Saint Petersburg		МО КЗ / Medical organizations of the Health Committee		МО МЗ / Medical organizations of the Ministry of Health	
	штатных / staff	занятых / occupied	штатных / staff	занятых / occupied	штатных / staff	занятых / occupied
Число должностей в целом, ед. / Number of positions in total, units	338,8	283,0	245,8	194,8	93,0	88,3
Стационарная помощь, ед. / Inpatient care, units	333,8	279,3	242,0	191,8	91,8	87,5
Амбулаторная помощь, ед. / Ambulatory care, units	5,0	3,8	3,8	3,0	1,3	0,8
Число физических лиц основных работников на занятых должностях, человек / The number of physical persons out of the main employees in the occupied positions, people	242		168		74	

Таблица 8

Укомплектованность штатов нейрохирургических отделений, Санкт-Петербург, 2021 г. (%)

Table 8

Staffing of neurosurgical departments, Saint Petersburg, 2021 (%)

Условия оказания медицинской помощи / Conditions of medical care	Санкт-Петербург / Saint Petersburg	МО КЗ / Medical organizations of the Health Committee	МО МЗ / Medical organizations of the Ministry of Health
Всего / Total	83,5	79,3	94,9
Стационарная помощь / Inpatient care	83,7	79,2	95,4
Амбулаторная помощь / Ambulatory care	75	80	60

Таблица 9

Распределение врачей-нейрохирургов по квалификационным характеристикам, Санкт-Петербург, 2021 г. (%)

Table 9

Distribution of neurosurgeons by qualification characteristics, Saint Petersburg, 2021 (%)

Квалификационные характеристики / Qualification characteristics	Санкт-Петербург / Saint Petersburg		МО КЗ / Medical organizations of the Health Committee		МО МЗ / Medical organizations of the Ministry of Health		
	абс. / abs.	относ. (%) / rel. (%)	абс. / abs.	относ. (%) / rel. (%)	абс. / abs.	относ. (%) / rel. (%)	
Всего врачей-нейрохирургов / Total number of neurosurgeons	242		168		74		
Из них: / Of these:							
Имеют сертификат специалиста / Have a specialist certificate	221	91,3	152	90,5	69	93,2	
Имеют свидетельство об аккредитации / Have a certificate of accreditation	20	8,3	16	9,5	4	5,4	
Имеют квалификационную категорию / Have a qualification category	Высшую / Superior	73	30,2	57	33,9	16	21,6
	Первую / First	32	13,2	21	12,5	11	14,9
	Вторую / Second	12	4,9	10	6	2	2,7
Не имеют квалификационной категории / Do not have a qualification category	125	51,7	80	47,6	45	60,8	

квалификационной категории. Распределение специалистов по квалификационным категориям предполагает низкую заинтересованность врачей-нейрохирургов в повышении своей квалификации (табл. 9).

ОБСУЖДЕНИЕ

Транспортные происшествия являлись основными среди внешних причин заболеваемости и смертности (1,5%) в Санкт-Петербурге в 2021 году. Главным поводом госпитализации на нейрохирургические отделения была трав-

ма глаза и глазницы (код по МКБ-10 — S05), на втором месте стояла внутрочерепная травма (код по МКБ-10 — S06). Значимость травматизма в структуре нейрохирургических патологий подтверждается данными других исследований. Большая часть внешних причин смерти и госпитализации на нейрохирургические койки в Российской Федерации в 2015–2017 годах приходилась на внутрочерепную травму [4, 9, 14, 17, 21]. Всего с данной патологией в 2015 году было госпитализировано 321,1 тысяч человек, а в 2016 году — 305,0 тысяч человек. Во время пандемии COVID-19 в 2019 году на каж-

дый случай смерти от травмы головы в среднем приходилось 12,8 госпитализаций, в 2020 году — 9,6 госпитализаций [13].

Летальность на нейрохирургических отделениях в Санкт-Петербурге в 2021 году — 1,7%. Большая часть приходилась на пациентов с диагнозом «дегенеративные болезни нервной системы» (код по МКБ-10 — G30–G31). Несмотря на трудные задачи, стоящие перед нейрохирургическими отделениями г. Санкт-Петербурга, — относительно высокая заболеваемость населения болезнями нервной системы и разнообразие нозологических форм заболеваний, можно сделать вывод, исходя из низкой смертности по городу, что нейрохирургическая помощь оказывается в должном объеме [3, 10, 12, 26]. Однако, если сравнивать с летальностью, связанной с заболеваниями нервной системы в Российской Федерации в 2016 году, до пандемии COVID-19, то этот показатель был ниже и составлял 1,3% [21]. То же самое можно сказать и о постковидном периоде: в 2019 году общебольничная летальность среди пациентов нейрохирургического профиля в Российской Федерации была равна 1,2%, в 2020 году — 1,4% [13]. Высокая летальность пациентов с дегенеративными болезнями нервной системы в Санкт-Петербурге может быть связана, с одной стороны, со значительной их распространенностью, обусловленной трудностью ранней диагностики заболеваний и невозможностью их полного излечения, и, с другой стороны, увеличением численности пожилого населения, для которых эти заболевания особенно характерны. Кроме того, уже известно, что коронавирусная инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV-2, наряду с поражением дыхательной системы может приводить к вовлечению нервной системы, что, несомненно, вызывает декомпенсацию уже имеющихся у пациента состояний и, возможно, влияет на развитие новых нарушений [1, 7].

Согласно Письму Минздрава России от 2019 года, средняя продолжительность пребывания пациента на нейрохирургическом отделении не должна превышать 10,7 дней [20]. В Санкт-Петербурге она составила 8,8 дней.

В связи с развитием проведения стационар-замещающих технологий общий коечный фонд снижается [21]. Это касается и нейрохирургической службы [17, 24]. В 2016 году по сравнению с 2014 годом общее число нейрохирургических коек сократилось на 4,6%. С учетом численности населения уровень обеспеченности койками нейрохирургического профиля в среднем по Российской Федерации составлял 9,49 и 9,01 коек на 100 тыс. населения в 2014

и 2016 годах соответственно [24]. Ситуация не изменилась и во время пандемии COVID-19: по сравнению с 2019 годом в 2020 году количество коек сократилось на 18%, а обеспеченность койками нейрохирургического профиля в 2020 году составляла 7,28 коек на 100 тыс. населения [13]. Кроме того, нейрохирургические койки распределены по отдельным регионам крайне неравномерно: в 15 субъектах России, по данным 2016–2020 годов, была сконцентрирована половина всего нейрохирургического коечного фонда страны. Наибольшее число профильных коек было развернуто в Москве, Санкт-Петербурге, Свердловской, Самарской областях, Республике Башкортостан [13, 24]. Если рассматривать Санкт-Петербург и Ленинградскую область отдельно, то на 2016–2020 годы, как уже было отмечено, Санкт-Петербург входил в список самых обеспеченных профильными койками регионов, в то время как Ленинградская область попала в список самых необеспеченных нейрохирургическими койками регионов [13, 24]. В 2021 году в Санкт-Петербурге числилось 385 профильных коек для взрослых, обеспеченность ими составляла $9,9\%_{0000}$, что считается достаточным [6, 17, 28]. Однако средняя длительность работы койки превышает 340 дней и пропускная способность стационара больше 100% — это говорит о перегрузке работы стационаров города [6, 10, 12, 16, 28]. Среднегодовая занятость работы койки нейрохирургического профиля в Санкт-Петербурге была выше по сравнению с данными по Российской Федерации как до пандемии COVID-19 ($257,7 \pm 90,8$ дней в 2019 году), так и после ($312,9 \pm 130,8$ дней в 2020 году) [13].

В Санкт-Петербурге в 2021 году укомплектованность штатов врачей-нейрохирургов была неудовлетворительной, при этом коэффициент совместительства довольно низкий (1:1,2) [2, 3]. Но стоит отметить, что в России за 2015–2020 годы есть тенденция к росту числа штатных должностей врачей-нейрохирургов и числа врачей — физических лиц, которые увеличились на 7,5 и 8,1% соответственно [13, 24]. Амбулаторное звено нейрохирургической помощи в Санкт-Петербурге недостаточно развито [2, 3, 5, 25, 26]. Несмотря на высокий процент диспансеризации и посещений врача по поводу нейрохирургических заболеваний, укомплектованность штатов амбулаторного звена нейрохирургической службы составляла лишь 75%.

В амбулаторных условиях [18] оказывается первичная доврачебная медико-санитарная помощь фельдшерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским

образованием и первичная врачебная медико-санитарная помощь врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-неврологами. В связи с этим для повышения качества ранней диагностики заболеваний пациентов нейрохирургического профиля целесообразно сохранение и развитие кадрового потенциала амбулаторного звена путем обеспечения непрерывного последипломного повышения квалификации в области нейрохирургии вышеперечисленных специалистов, привлечение большего числа врачей-нейрохирургов в амбулаторное звено и внедрение высокоинформативных методов обследования пациентов в кабинете врача-нейрохирурга. Перспективой развития амбулаторного звена может стать продвижение реабилитационных мероприятий. Для улучшения эффективности динамического наблюдения за пациентами на третьем этапе необходимо пересмотреть возможные способы взаимодействия консультативного и стационарного звена нейрохирургической службы путем детальной разработки отбора пациентов нейрохирургического профиля на второй этап реабилитации и как можно более раннего перевода их на третий этап, соблюдения мультидисциплинарного подхода на амбулаторном этапе в восстановительном лечении, расширении оснащённости кабинетов ЛФК в поликлиниках, грамотной оценки результатов терапии и планировании этапности и повторных курсов реабилитации.

Беспокойство вызывает то, что более половины врачей-нейрохирургов не имели квалификации [2, 10, 23]. На момент изучения показателей более 8% специалистов не были сертифицированы, несмотря на то что среди обязательных условий допуска к работе присутствует наличие сертификата специалиста [23, 24].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Общая заболеваемость патологией нервной системы (код по МКБ-10 — G00-G98) на конец 2021 года в Санкт-Петербурге — 51,9 на 1 тысячу человек; первичная заболеваемость — 5,5 на 1 тысячу человек. Большую часть в структуре диагнозов выписанных пациентов составляли эпизодические и пароксизмальные расстройства (код по МКБ-10 — G40-G47).

В организации нейрохирургической помощи имеется ряд положительных моментов: обеспеченность взрослого населения нейрохирургическими койками выше среднереспубликанской, низкая летальность в стационаре,

высокий процент диспансеризации больных. Вместе с тем койки работают с перегрузкой и нейрохирургическая помощь в амбулаторных условиях развита слабо. Деятельность службы обеспечивают квалифицированные специалисты, однако 51% врачей не аттестованы; штаты врачей укомплектованы лишь на 83,5%.

Выявленные недостатки определяют направления дальнейшего совершенствования специализированной нейрохирургической помощи.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Кочорова Л.В. — сбор материала, редактирование текста; Шапиро К.И. — сбор и обработка материала, статистическая обработка материалов; Баженова О.А. — сбор и обработка материала, статистическая обработка, написание текста; Соколов И.А. — редактирование текста.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

Источники финансирования. Исследование не имело финансовой поддержки.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Kochorova L.V. — material collection, text editing; Shapiro K.I. — material collection and processing, statistical processing of materials; Bazhenova O.A. — material collection and processing, statistical processing, text editing; Sokolov I.A. — text editing.

Competing interests. The authors declare no obvious and potential conflicts of interest in connection with the publication of this article.

Funding source. The study had no financial support.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белопасов В.В., Яшу Я., Самойлова Е.М., Баклаушев В.П. Поражение нервной системы при Covid-19. Клиническая практика. 2020; 2: 60–80.
2. Белостоцкий А.В., Касаева Т.Ч., Перхов В.И., Сон И.М. Некоторые аспекты кадрового обеспечения федеральных государственных учреждений здравоохранения. Социальные аспекты здоровья населения. 2011; 1: 71–83.
3. Блохин А.Б., Колетова М.В., Ползик Е.В., Чернова Т.В. Анализ эффективности деятельности учреждений здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003; 1: 43–5.

4. Васин Н.Я., Коновалов А.Н., Самотокин Б.А. О классификации черепно-мозговой травмы. Клиническая хирургия. 1986; 12: 15–8.
5. Галаев И.Ю., Барабанова М.А., Тимченко Л.В., Жадан О.Н. Этапность и преемственность в реабилитации пациентов нейрохирургического профиля. Инновационная медицина Кубани. 2018; 1(9): 6–11.
6. Голодненко В.Н., Зволинская Р.М., Линденбратен А.Л., Щепин О.П. Актуальные проблемы оценки качества медицинской помощи населению. Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 1996; 3: 24–9а.
7. Гусев Е.И., Мартынов М.Ю., Бойко А.Н. и др. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) и поражение нервной системы: механизмы неврологических расстройств, клинические проявления, организация неврологической помощи. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020; 120(6): 7–16.
8. Дашьян В.Г., Коновалов А.Н., Крылов В.В. и др. Состояние нейрохирургической службы Российской Федерации. Вопросы нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко. 2017; 81(1): 5–12.
9. Карахан В. Черепно-мозговая травма. Врач. 1998; 4: 9–13.
10. Киндаров З.Б. Научное обоснование совершенствования организации нейрохирургической помощи в субъекте Федерации. Автореф. дис... канд. мед. наук. М.; 2014.
11. Коваленко Р.А., Солнцев В.Н., Черebilло В.Ю. Оценка качества жизни и профессиональной удовлетворенности нейрохирургов, работающих в РФ (социологическое исследование). Вопросы нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко. 2018; 82(2): 5–16.
12. Кондаков Е.Н., Лебедев Э.Д. Нейрохирургия Санкт-Петербурга. СПб.: Деятка; 2002.
13. Корхмазов В.Т. Российская нейрохирургия до и во время пандемии COVID-19. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2022; 8(1): 114–29.
14. Лебедев Э.Д., Могучая О.В., Поляков И.В., Петрова Н.Г. Госпитализированная заболеваемость при острой черепно-мозговой травме. Здравоохранение Российской Федерации. 1992; 6: 12–3.
15. Лихтерман Л.Б. Лики нейрохирургии. М.: Антидор; 2000.
16. Могучая О.В. Пути оптимизации эффективности и качества нейрохирургической помощи. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1998.
17. Могучая О.В. Эпидемиология травмы черепа и головного мозга и организация медицинской помощи в крупном городе. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1993.
18. Орлов А.С. Организация оказания высокотехнологичной нейрохирургической помощи в многопрофильной больнице на основе информационных технологий. Автореф. дис... канд. мед. наук. Тюмень; 2013.
19. Перхов В.И., Потапов А.А., Танышин С.В. Показатели работы стационаров нейрохирургического профиля в субъектах Российской Федерации. Менеджер здравоохранения. 2017; 10: 24–30.
20. Письмо Минздрава России № 11-7/И/2-12330 от 24 декабря 2019 г. «О направлении разъяснений по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Доступен по: <https://docs.cntd.ru/document/564126385> (дата обращения 17.01.23).
21. Потапов А.А., Потапова Н.А. К изучению социально-экономических последствий нейротравмы. Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 2009; 1: 65–8.
22. Приказ Министерства здравоохранения № 931н от 15 ноября 2012 года «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»». Доступен по: <https://docs.cntd.ru/document/902392039> (дата обращения 17.01.23).
23. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ № 141н от 14 марта 2018 г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-нейрохирург»». Доступен по: <https://docs.cntd.ru/document/542621137> (дата обращения 25.01.23).
24. Пысин В.Г. Неврологическая заболеваемость, образ и качество жизни неврологических пациентов. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Рязань; 2002.
25. Турсынов Н.И., Ибраимхан Н.К., Кенжебеков К.С., Мажыров С.Ж. Комплексная реабилитация больных нейрохирургического и неврологического профиля. Медицина и экология. 2018; 2(87): 72–26.
26. Фабрика Е.С. Научное обоснование оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи в крупном многопрофильном стационаре. Автореферат дис. ... канд. мед. наук. СПб.; 2008.
27. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Доступен по: <https://docs.cntd.ru/document/902312609> (дата обращения 20.01.23).
28. Щепин О.П. Оценка качества и эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений. М.: ГЭОТАР-Мед; 1999.

REFERENCES

1. Belopasov V.V., Yashu Ya., Samoylova E.M., Baklaushchev V.P. Porazhenie nervnoy sistemy pri Covid-19. [Damage to the nervous system in Covid-19]. Klinicheskaya praktika. 2020; 2: 60–80. (in Russian).
2. Belostotskiy A.B., Kasaeva T.Ch., Perkhov V.I., Son I.M. Nekotorye aspekty kadrovogo obespecheniya federal'nykh gosudarstvennykh uchrezhdeniy zdравookhraneniya. [Some aspects of staffing of federal public health institutions]. Sotsial'nye aspekty zdоров'ya naseleniya. 2011; 1: 71–83. (in Russian).
3. Blokhin A.B., Koletova M.V., Polzik E.V., Chernova T.V. Analiz effektivnosti deyatelnosti uchrezhdeniy

- zdravookhraneniya. [Analysis of the effectiveness of health care institutions. Problems of social hygiene, health care and the history of medicine]. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2003; 1: 43–5. (in Russian).
4. Vasin N.Ya., Konovalov A.N., Samotokin B.A. O klassifikatsii cherepno-mozgovoy travmy. [On the classification of traumatic brain injury]. *Klinicheskaya khirurgiya*. 1986; 12: 15–8. (in Russian).
 5. Galyaev I.Yu., Barabanova M.A., Timchenko L.V., Zhdan O.N. Etapnost' i preemstvennost' v reabilitatsii pacientov neyrokhirurgicheskogo profilya. [Phasing and continuity in the rehabilitation of neurosurgical patients]. *Innovatsionnaya meditsina Kubani*. 2018; 1(9): 6–11. (in Russian).
 6. Golodnenko V.N., Zvolinskaya R.M., Lindenbraten A.JI., Shchepin O.P. Aktual'nye problemy otsenki kachestva meditsinskoj pomoshchi naseleniyu. [Current problems of assessing the quality of medical care to the population]. *Problemy sotsial'noy gigieny i istorii meditsiny*. 1996; 3: 24a–9a. (in Russian).
 7. Gusev E.I., Martynov M.Yu., Boyko A.N. i dr. Novaya koronavirusnaya infektsiya (COVID-19) i porazhenie nervnoy sistemy: mekhanizmy nevrologicheskikh rasstroystv, klinicheskie proyavleniya, organizatsiya nevrologicheskoy pomoshchi. [New coronavirus infection (COVID-19) and damage to the nervous system: mechanisms of neurological disorders, clinical manifestations, organization of neurological care]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2020; 120(6): 7–16. (in Russian).
 8. Dash'yan V.G., Konovalov A.N., Krylov V.V. i dr. Sostoyanie neyrokhirurgicheskoy sluzhby Rossiyskoy Federatsii. [The state of the Neurosurgical Service of the Russian Federation]. *Voprosy neyrokhirurgii imeni N.N. Burdenko*. 2017; 81(1): 5–12. (in Russian).
 9. Karakhan V. Cherepno-mozgovaya travma. Vrach. [Traumatic brain injury]. 1998; 4: 9–13. (in Russian).
 10. Kindarov Z.B. Nauchnoe obosnovanie sovershenstvovaniya organizatsii neyrokhirurgicheskoy pomoshchi v sub'ekte Federatsii. [Scientific justification for improving the organization of neurosurgical care in the subject of the Federation]. PhD thesis. Moskva; 2014. (in Russian).
 11. Kovalenko R.A., Solntsev V.N., Cherebillo V.Yu. Otsenka kachestva zhizni i professional'noy udovletvorennosti neyrokhirurgov, rabotayushchikh v RF (sotsiologicheskoe issledovanie). [Assessment of the quality of life and professional satisfaction of neurosurgeons working in the Russian Federation (sociological study)]. *Voprosy neyrokhirurgii imeni N.N. Burdenko*. 2018; 82(2): 5–16. (in Russian).
 12. Kondakov E.H., Lebedev E.D. Neyrokhirurgiya Sankt-Peterburga. [Neurosurgery of St. Petersburg]. Sankt-Peterburg: Desyatka Publ.; 2002. (in Russian).
 13. Korkhmazov V.T. Rossiyskaya neyrokhirurgiya do i vo vremya pandemii COVID-19. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. [Russian neurosurgery before and during the COVID-19 pandemic]. *Vestnik VShOUZ*. 2022; 8(1): 114–29. (in Russian).
 14. Lebedev E.D., Moguchaya O.V., Polyakov I.V., Petrova N.G. Gosospitalizirovannaya zaboлеваemost' pri ostroy cherepno-mozgovoy travme. [Hospitalized morbidity in acute traumatic brain injury]. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 1992; 6: 12–3. (in Russian).
 15. Likhterman L.B. Liki neyrokhirurgii. [The faces of neurosurgery]. Moskva: Antidor; 2000. (in Russian).
 16. Moguchaya O.V. Puti optimizatsii effektivnosti i kachestva neyrokhirurgicheskoy pomoshchi. [Ways to optimize the effectiveness and quality of neurosurgical care]. PhD thesis. Moskva; 1998. (in Russian).
 17. Moguchaya O.V. Epidemiologiya travmy cherepa i golovnoy mozga i organizatsiya meditsinskoj pomoshchi v krupnom gorode. [Epidemiology of skull and brain injury and organization of medical care in a large city]. PhD thesis. Moskva; 1993. (in Russian).
 18. Orlov A.S. Organizatsiya okazaniya vysokotekhnologichnoy neyrokhirurgicheskoy pomoshchi v mnogoprofil'noy bol'nitse na osnove informatsionnykh tekhnologiy. [Organization of high-tech neurosurgical care in a multidisciplinary hospital based on information technology]. PhD thesis. Tyumen'; 2013. (in Russian).
 19. Perkhov V.I., Potapov A.A., Tanyashin S.V. Pokazateli raboty statsionarov neyrokhirurgicheskogo profilya v sub'ektakh Rossiyskoy Federatsii. [Performance indicators of neurosurgical hospitals in the subjects of the Russian Federation]. *Menedzher zdravookhraneniya*. 2017; 10: 24–30. (in Russian).
 20. Pis'mo Minzdrava Rossii № 11-7/1/2-12330 ot 24 dekabrya 2019 g. «O napravlenii raz'yasneniy po voprosam formirovaniya i ekonomicheskogo obosnovaniya territorial'nykh programm gosudarstvennykh garantiy besplatnogo okazaniya grazhdanam meditsinskoj pomoshchi». [Letter of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 11-7/1/2-12330 dated December 24, 2019 «On sending clarifications on the formation and economic justification of territorial programs of state guarantees of free medical care to citizens»]. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/564126385> (data obrashcheniya 17.01.23). (in Russian).
 21. Potapov A.A., Potapova N.A. K izucheniyu sotsial'no-ekonomicheskikh posledstviy neyrotravmy. [To study the socio-economic consequences of neurotrauma]. *Voprosy neyrokhirurgii im. N.N. Burdenko*. 2009; 1: 65–8. (in Russian).
 22. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya № 931n ot 15 noyabrya 2012 goda «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoj pomoshchi vzrosloму naseleniyu po profilyu «neyrokhirurgiya»». [Order of the Ministry of Health No. 931n dated November 15, 2012 «On approval of the Procedure for providing medical care to adults in the field of «neurosurgery»]. Available at: <https://>

- docs.cntd.ru/document/902392039 (data obrashcheniya 17.01.23). (in Russian).
23. Prikaz Ministerstva truda i sotsial'noy zashchity RF № 141n ot 14 marta 2018 g. «Ob utverzhdenii professional'nogo standarta «Vrach-nevrokhirurg»». [Order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation No. 141n dated March 14, 2018 "On approval of the professional standard "Neurosurgeon""]. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/542621137> (data obrashcheniya 25.01.23). (in Russian).
24. Pysin V.G. Nevrologicheskaya zaboлеваemost', obraz i kachestvo zhizni nevrologicheskikh patsientov. [Neurological morbidity, lifestyle and quality of life of neurological patients]. PhD thesis. Ryazan'; 2002. (in Russian).
25. Tursynov N.I., Ibraimkhan N.K., Kenzhebekov K.S., Mazhyrov S.Zh. Kompleksnaya reabilitatsiya bol'nykh nevrokhirurgicheskogo i nevrologicheskogo profilya. [Comprehensive rehabilitation of patients with neurological and neurological profile]. Meditsina i ekologiya. 2018; 2(87): 72–26. (in Russian).
26. Fabrika E.S. Nauchnoe obosnovanie okazaniya vysokotekhnologichnykh vidov meditsinskoy pomoshchi v krupnom mnogoprofil'nom stacionare. [Scientific justification of the provision of high-tech types of medical care in a large multidisciplinary hospital]. PhD thesis. Sankt-Peterburg; 2008. (in Russian).
27. Federal'nyy zakon № 323-FZ ot 21 noyabrya 2011 g. «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii». [Federal Law No. 323-FZ of November 21, 2011 «On the Basics of Public Health Protection in the Russian Federation»]. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/902312609> (data obrashcheniya 20.01.23). (in Russian).
28. Shchepin O.P. Otsenka kachestva i effektivnosti deyatelnosti lechebno-profilakticheskikh uchrezhdeniy. [Assessment of the quality and effectiveness of the activities of medical institutions]. Moskva: GEOTAR-Med Publ.; 1999. (in Russian).

УДК 366.543+334.02+004+338.24+339.372+338.465
DOI: 10.56871/MHCO.2023.58.38.009

ОСОБЕННОСТИ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПРИ ДИСТАНЦИОННОМ СПОСОБЕ ПРОДАЖИ ТОВАРОВ

© *Василий Иванович Орел¹, Виктор Геннадьевич Пузырев¹, Ирина Валентиновна Васильева¹, Анна Геннадьевна Нефедова^{1, 2}, Ольга Михайловна Шепелева³*

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

² Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ленинградской области. 192029, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Ольминского, д. 27

³ Курский государственный медицинский университет. 305041, Российская Федерация, г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3

Контактная информация: Ирина Валентиновна Васильева — к.м.н., доцент кафедры общей гигиены.
E-mail: vasilyevaiv@bk.ru ORCID ID: 0000-0002-5607-6915 SPIN: 4605-8963

Для цитирования: Орел В.И., Пузырев В.Г., Васильева И.В., Нефедова А.Г., Шепелева О.М. Особенности защиты прав потребителей при дистанционном способе продажи товаров // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 4. С. 103–110. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.58.38.009>

Поступила: 22.08.2023

Одобрена: 05.10.2023

Принята к печати: 15.12.2023

РЕЗЮМЕ. В последние годы и в мире, и в России отмечены высокие темпы прироста показателей объема интернет-торговли, которые свидетельствуют об изменении потребительских предпочтений в сторону постепенного увеличения покупок в интернет-магазинах и сокращении приобретения товаров в традиционных торговых сетях. В статье проведен анализ количества и тематики обращений граждан, который показывает, что проводимая в Управлении Роспотребнадзора по Ленинградской области работа служит выявлению причин, вызывающих нарушение прав и интересов граждан, изучению общественного мнения, совершенствованию работы организации. Отмечено увеличение количества (с 18,72 до 38,46%) обращений по вопросам нарушения прав потребителей в сфере дистанционной торговли (СДТ), при этом количество проводимых проверок в СДТ было невелико. Анализ информирования потребителей и предпринимателей по данным с официальных сайтов Управлений субъектов Роспотребнадзора по Северо-Западному федеральному округу позволяет сделать вывод, что объем информации о способах защиты граждан, вопросам разъяснения законодательства в СДТ не позволяет в достаточной мере повысить уровень потребительской грамотности. В рамках исследования нами было проведено анкетирование для оценки качества и востребованности дистанционной покупки товаров населением, а также для выявления проблем, с которыми сталкиваются граждане при получении услуги. 42% опрошенных отмечали, что приобретаемые товары были некачественными, 55,7% сообщили, что возвращали товар. Только 3,3% респондентов обращались в Роспотребнадзор за помощью в конфликтной ситуации. 64,3% респондентов отметили, что информации «слишком много, сложно разобраться». Данные исследования позволили нам сформулировать рекомендации для решения проблем по вопросам защиты прав потребителей в СДТ: создать специализированный интернет-ресурс по повышению цифровой грамотности потребителей, внести предложение об усовершенствовании Государственного информационного ресурса по защите прав потребителей, своевременно

освещать актуальные вопросы защиты прав потребителей в СДТ на официальных сайтах управлений Роспотребнадзора.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: защита прав потребителей; покупки в Интернете; возврат товаров; Роспотребнадзор; информирование населения.

PECULIAR FEATURES OF CONSUMER PROTECTION IN THE REMOTE METHOD OF SELLING GOODS

© *Vasiliy I. Orel¹, Viktor G. Puzyrev¹, Irina V. Vasilyeva¹, Anna G. Nefedova^{1,2}, Olga M. Shepeleva³*

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

² Department of the Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare in the Leningrad Region. Olminsky 27, Saint Petersburg, Russian Federation, 192029

³ Kursk State Medical University. K. Marx 3, Kursk, Russian Federation, 3305041

Contact information: Irina V. Vasilyeva — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of general hygiene. E-mail: vasilyevaiv@bk.ru ORCID ID: 0000-0002-5607-6915 SPIN: 4605-8963

For citation: Orel VI, Puzyrev VG, Vasilyeva IV, Nefedova AG, Shepeleva OM. Peculiar features of consumer protection in the remote method of selling goods. *Medicine and health care organization (St. Petersburg)*. 2023;8(4):103-110. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.58.38.009>

Received: 22.08.2023

Revised: 05.10.2023

Accepted: 15.12.2023

ABSTRACT. In recent years, both in the world and in Russia, high rates of growth in the volume of online commerce have been noted, which indicates a shift in consumer preferences towards a gradual increase in purchases in online stores and a certain reduction in the purchase of goods in traditional retail chains. The article analyzes the number and subject of citizens' appeals, which shows that the work carried out in the Department of Rospotrebnadzor in the Leningrad region serves to identify the causes of violation of the rights and interests of citizens, to study public opinion, to improve the work of the organization. An increase in the number (from 18.72 to 38.46%) of complaints regarding violations of consumer rights to FDT was noted, while the number of inspections carried out at FDT was relatively small. The analysis of informing consumers and entrepreneurs according to the data taken from the official websites of the Departments of the subjects of Rospotrebnadzor in the Northwestern Federal District allows to conclude that information on the means to protect citizens, issues of clarifying legislation in the field of distance trading does not allow to sufficiently increase the level of consumer literacy. As part of the study, we conducted a questionnaire to assess the quality and demand for remote purchase of goods by the population, as well as to identify problems faced by citizens when receiving services. 42% of respondents noted that the purchased goods were of poor quality. 55.7% reported refund of the goods. Only 3.3% of respondents applied to Rospotrebnadzor for help in a conflict situation. 64.3% of respondents noted that there is "too much information difficult to understand". These studies allowed us to formulate recommendations for solving problems related to consumer protection in the FDT: to create a specialized Internet resource to improve digital literacy of consumers, to make a proposal to improve the State Information Resource on consumer Protection, the need for timely coverage of topical issues of consumer protection in the field of FDT on the official websites of the departments of Rospotrebnadzor.

KEY WORDS: consumer protection; online purchases; refund of goods; Rospotrebnadzor; informing the public.

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье населения — это интегральный показатель качества жизни в объективных ее

проявлениях. В нем отражаются биологические, демографические и социальные процессы общества. Ведущую роль во влиянии на здоровье населения играют социально-эконо-

мические факторы (уровень жизни, безопасность и доходы населения). Степень влияния этих факторов оценивают в 30–40% [6, 10]. Продажа товаров дистанционным способом несет повышенный риск приобретения потребителями некачественного товара, что создает угрозу причинения вреда жизни и здоровью граждан. Именно при таком способе приобретения продукции потребитель как слабая сторона договора нуждается в дополнительной защите государства [7]. Потребители не только несут материальные убытки, но и оказываются заложниками в данной ситуации. В настоящее время во всех областях, в которых это возможно, хозяйствующие субъекты стремятся использовать для расширения своей деятельности различные варианты дистанционной продажи товаров и предоставления услуг. Подобная тенденция характерна и для продажи медицинских изделий и лекарственных средств через интернет-аптеки. Это явление неконтролируемое и неоднозначное, поскольку часто [8] посредством дистанционной торговли происходит реализация некачественного или фальсифицированного товара. На данный момент, к сожалению, нет единого федерального закона, который регулировал бы их обращение. Отмеченные обстоятельства позволяют сделать вывод о важности дальнейшего развития правовой регламентации общественных отношений, связанных с осуществлением дистанционной торговли товарами и дистанционных способов оказания услуг [2]. Действующая система нормативно-правовых актов не позволяет, а в современных условиях просто не успевает в полной мере урегулировать различные по своему составу и характеру отношения, возникающие в сфере дистанционной торговли (СДТ) товарами и услугами. Изменения, вносимые в законодательные и иные нормативные правовые акты, не обеспечивают своевременного реагирования на проблемы, существующие в рассматриваемой области [6, 8]. Анализ обращений граждан при продаже товаров дистанционным способом и информирования населения позволит выявить насущные проблемы в этом сегменте торговли.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить проблемы в сфере защиты прав потребителей при продаже товаров дистанционным способом путем анализа обращений граждан и информирования населения и предложить рекомендации по их решению.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Проанализировать систему нормативно-правовых актов в СДТ.
2. Проанализировать обращения граждан в СДТ по данным Управления Роспотребнадзора по Ленинградской области.
3. Проанализировать информацию для потребителей, освещенную на официальных сайтах территориальных органов Роспотребнадзора Северо-Западного федерального округа (СЗФО).
4. Провести анкетирование населения по актуальным вопросам в СДТ.
5. Разработать рекомендации для усовершенствования деятельности Роспотребнадзора в области защиты прав потребителей в СДТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленных задач были проанализированы нормативно-правовые акты в области защиты прав потребителей дистанционной торговли (ДТ), результаты деятельности Управлений Роспотребнадзора по СЗФО в области защиты прав потребителей ДТ, результаты анкетирования населения посредством Гугл-формы. В анкетировании приняли участие 300 респондентов: 185 женщин (61,7%), 115 мужчин (37,3%). 204 (68%) — работающих, 42 (14%) — обучающихся и работающих, 40 (13,3%) — неработающих, 14 (4,7%) — обучающихся. Отбор респондентов осуществлялся методом поточной выборки [1].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Система нормативно-правовых актов в СДТ включает Закон РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» и Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2020 г. № 2463 «Об утверждении Правил продажи товаров по договору розничной купли-продажи, перечня товаров длительного пользования, на которые не распространяется требование потребителя о безвозмездном предоставлении ему товара, обладающего этими же основными потребительскими свойствами, на период ремонта или замены такого товара и перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих обмену, а также о внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации» [3, 7, 9]. В части правового регулирования в СДТ есть определенные пробелы, особенно в области оборота товаров в сети Интернет. Среди них необходимо отметить отсутствие единых правил рынка электронной

Таблица 1

Количество обращений, поступивших в территориальные управления, проведенных проверок и выявленных нарушений в СДТ в 2016–2020 годах

Table 1

The number of appeals, received by territorial administrations, inspections carried out and violations detected in the SDT in 2016–2020

Количество обращений, проведенных проверок, выявленных нарушений / The number of appeals, inspections carried out and violations detected	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Общее количество обращений / The total number of requests	332 179	322 862	326 369	368 980	431 040
из них по розничной торговле / out of them for retail trade	146 196	134 719	136 839	157 985	167 192
из них по ДТ / of these, DT	8774	11 649	16 174	24 624	37 534
% обращений по ДТ / % of requests for DT	6	9	11,8	15,6	22,4
Проведено проверок по ДТ / Checks on DT carried out	290	72	85	355	47
Выявлено нарушений по ДТ / Violations of DT revealed	822	562	663	620	290

Примечание: ДТ — дистанционная торговля.
Note: DT — distance trading.

Таблица 2

Количество обращений, поступивших в территориальные управления Роспотребнадзора по Ленинградской области, проведенных проверок и выявленных нарушений в сфере дистанционной торговли в 2019–2021 годах

Table 2

The number of appeals received by the territorial Department of Rospotrebnadzor in the Leningrad region, inspections carried out and violations detected in the sphere of distance trading in 2019–2021

Количество обращений, проведенных проверок, выявленных нарушений / The number of appeals, inspections carried out and violations detected	2019 г.	2020 г.	2021 г.
Обращения о нарушениях прав потребителей / Complaints about consumers' rights violations	4077	5399	6757
Из них по розничной торговле / Of these, by retail trade	2596	2708	3894
Из них по ДТ / Of these DT	486	714	1498
% обращений по ДТ / % of requests for DT	18,72	26,37	38,46
Проведено проверок по ДТ / Checks on DT carried out	12	0	7
Выявлено нарушений по ДТ / Violations of DT revealed	36	0	56

Примечание: ДТ — дистанционная торговля.
Note: DT — distance trading.

торговли, необходимость формирования упрощенной системы урегулирования споров между участниками дистанционной торговли, отсутствие законодательно закреплённого понятия электронного договора [2, 4]. Согласно Государственным докладом о защите прав потребителей в Российской Федерации, растет поступление в

территориальные органы Роспотребнадзора обращений граждан по розничной торговле и по ДТ в частности. Доля обращений по ДТ выросла в 4 раза за 5 лет (табл. 1).

В 2020 году на фоне общего снижения потребительской активности в розничной торговле обозначились проблемы, требующие выра-

ботки механизмов защиты экономических интересов потребителей: торговля в социальных сетях, сопутствующие онлайн-услуги, опасные сделки, сомнительный контент и т.д. Структуру обращений определили такие поведенческие факторы риска, как дистанционные покупки, онлайн-переводы [5, 8].

В рамках исследования было проанализировано количество обращений, поступивших в Управление Роспотребнадзора по ЛО по вопросам нарушения прав потребителей, и количество проверок с 2019 по 2021 годы (табл. 2).

При увеличении с 18,72 до 38,46% числа обращений по вопросам нарушения прав потребителей в СДТ количество проводимых проверок было невелико. Это обусловлено мораторием на их проведение, а также урегулированием споров при участии Управления в досудебном порядке путем консультаций, направления запросов и пояснений в адрес контролируемых лиц. Структура обращений граждан представлена в таблице 3. Среди основных причин обращений потребителей Ленинградской области в сфере ДТ можно отметить:

- реализацию товаров ненадлежащего качества;
- нарушение сроков передачи предварительно оплаченного товара;
- отказ в возврате товаров надлежащего качества, относящихся к технически сложным товарам;
- отсутствие информации о продавце, невозможность обратиться с претензией;
- введение потребителя в заблуждение относительно потребительских свойств товара;
- непредоставление продавцом сведений о безопасности приобретаемых товаров;

- уклонение от рассмотрения требований потребителя;
- невозврат (уклонение от возврата) уплаченных потребителем в счет оплаты товара денежных средств;
- отказ потребителю в возмещении убытков (неустоек).

В ходе изучения деятельности территориальных органов Роспотребнадзора по СЗФО выявлены недостатки информирования населения о защите прав потребителей дистанционной торговли. Данные представлены в таблице 4.

Наибольшее число материалов по безопасной ДТ, брошюр, памяток по ДТ, о мошенничестве в СДТ опубликовано управлениями Роспотребнадзора по Республике Карелия и Республике Коми, городу Санкт-Петербург. Информационная работа в сети Интернет не проводится в Архангельской, Калининградской, Мурманской и Псковской областях. Среди материалов, размещенных на сайтах Управления, можно отметить брошюры об особенностях покупок через Интернет, в социальных сетях, о правах потребителей при приобретении товаров дистанционным способом, о безопасной ДТ, о мошенничестве. Потребители оповещаются о способах защиты своих прав путем проведения акций «кибердень» и «черная пятница». Информирование населения СЗФО по вопросам в СДТ недостаточное.

В анкетировании участвовало 300 человек. Возрастной состав участников представлен в таблице 5.

Результаты анкетирования населения показали, что 287 человек (95,7%) совмещают онлайн- и офлайн-покупки. 186 (62%) часто приобретают товары дистанционным

Таблица 3

Структура обращений по дистанционной торговле в Управление Роспотребнадзора по Ленинградской области в период с 2019 по 2021 годы

Table 3

Structure of appeals on distance trading to the Department of Rosпотребнадзор in the Leningrad region in the period from 2019 to 2021

Структура выявляемых нарушений / Structure of detected violations	2019 г.	2020 г.	2021 г.
Выявлено нарушений в сфере дистанционной торговли / Violations in the field of distance trading revealed	36	0	56
Из них Закона «О защите прав потребителей» / Of these, the Law «On Consumer Protection»	12	0	27
В том числе по статьям 8–10, 12 / Including articles 8–10, 12	4	0	10
В том числе по статье 16 / Including articles 16	2	0	5
Другие статьи Закона «О защите прав потребителей» / Other articles of the Law «On Consumer Protection»	6	0	12
Иные нормативно-правовые акты / Other regulatory legal acts	24	0	29

Таблица 4

Анализ информации на официальных сайтах управлений Роспотребнадзора в СЗФО за период 2018–2020 гг.

Table 4

Analysis of information posted on the official websites of Rospotrebnadzor Departments by subjects in the NWFD for the period 2018–2020

Субъект / Subject	Итоги работы / Results of work	Судебная практика / Judicial practice	«Горячие линии» / «Hot lines»	Консультации, разъяснения / Consultations, explanations	Брошюры / Brochures
Архангельская область / Arkhangelsk region	4	–	–	1	1
Вологодская область / Vologodskaya region	4	4	–	5	3
Калининградская область / Kaliningrad Region	4	–	–	–	–
Ленинградская область / Leningrad Region	4	2	–	2	3
Мурманская область / Murmansk region	4	–	1	1	–
Новгородская область / Novgorodskaya region	6	1	1	3	3
Псковская область / Pskovskaya region	4	3	1	–	1
Республика Карелия / Republic of Karelia	8	4	3	4	10
Республика Коми / Komi Republic	8	9	2	3	10
Ненецкий АО / Nenets Autonomous District	2	1	–	3	4
Санкт-Петербург / Saint Petersburg	11	2	8	18	42

Таблица 5

Возрастной контингент респондентов, принимавших участие в анкетировании

Table 5

Age group of respondents taking part in the survey

Возраст респондентов / Age of respondents					
16–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65 и старше / 65 and older
41	95	81	46	31	6

способом, 114 человек (38%) — редко. 216 человек (72%) отметили, что с началом пандемии количество их интернет-покупок увеличилось. При этом 67 человек (22,3%) — часто, а 109 (36,3%) — редко совершают спонтанные покупки, 124 человека (41,33%) не делают этого.

Среди предпочитаемых агрегаторов больше всего респонденты отметили Ozon — 229 голосов (76,3%), Wildberries — 166 голосов (55,3%), AliExpress — 105 голосов (35,0%). Среди критериев выбора интернет-магазинов были указаны:

доступные цены — 204 голоса (68%), советы близких и друзей — 141 голос (47%), положительные отзывы — 140 голосов (46,6%), предпочтение популярного бренда — 100 голосов (33,3%), реклама товаров в интернете — 45 голосов (15%) и иные причины — 53 голоса (17,6%).

Ассортимент приобретаемых дистанционным способом товаров постепенно расширяется. Например, респонденты отметили такие категории, как одежда — 199 (66,3%), средства для ухода за собой — 160 (53,3%), бытовая техника — 152

(50,6%), развлекательные товары — 105 (35%), продукты — 98 (32,6%), лекарства — 76 (25,3%), иные товары — 168 (56%). При этом сертификаты соответствия на товары запрашивают только 15 человек (5%) и 36 человек (12%) — на определенные товары. 249 человек (83%) ответили на этот вопрос отрицательно, а некоторые пояснили, что впервые слышат о том, что это можно делать.

126 респондентов (42%) приобретали товары, которые оказывались ненадлежащего качества и сроков годности. 167 (55,7%) возвращали товары, приобретенные в интернет-магазинах, в связи с их ненадлежащим качеством, несоответствием товара заявленным характеристикам, неподходящими размером/фасоном, цветом. Несмотря на определенные проблемы, возникающие при осуществлении покупок дистанционным способом, 98 человек (32,7%) отметили, что «часто», и 94 человека (31,3%), что «всегда» решали их самостоятельно. 17 человек (5,7%) указали, что им «никогда» не удавалось разрешить возникшие по обозначенному вопросу конфликтные ситуации. Только 10 человек (3,3%) сообщили, что обращались в Роспотребнадзор. Для 115 (38,33%) респондентов «доступна» информация относительно ДТ, для 49 (16,33%) — «недоступна», 136 (45,33%) — «доступна, но непонятна». Открытой информации «слишком мало, не на все есть ответы» — 134 (44,67%), «достаточно» — 59 (19,67%), «слишком много, сложно разобраться» — 193 (64,33%). Большинство опрошенных, 271 (90,3%), считают необходимым дополнительное информирование потребителей в сфере защиты их прав. В ходе исследования опрошенным было также предложено воспользоваться Государственным информационным ресурсом в сфере защиты прав потребителей для поиска необходимых сведений по вопросам дистанционной торговли, и 236 человек (78,66%) ответили, что данная платформа «неудобная в использовании», «сложно найти нужную информацию, неудобный поиск», «нет отдельной рубрики по дистанционной торговле».

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

- С 2016 года наблюдается рост обращений граждан по проблемам дистанционной торговли, установлена структура обращений и основные нарушения.
- Информирование населения Северо-Западного федерального округа по вопросам дистанционной торговли недостаточное.
- Потребители нередко сталкиваются с проблемами в сфере дистанционной торговли

и нуждаются в повышении уровня потребительской грамотности.

Предлагаются следующие рекомендации:

1. Создать специализированный интернет-ресурс по повышению цифровой грамотности потребителей, навыков поиска информации о товаре и правильной ее оценки, осознанности выбора при совершении онлайн-покупок и защиты от интернет-угроз.
2. Внести предложение об усовершенствовании Государственного информационного ресурса по защите прав потребителей, выделив отдельную рубрику «Дистанционная торговля», с возможностью быстро находить информацию, обеспечить регулярное обновление ресурса актуальными материалами по обозначенной теме.
3. Своевременно освещать актуальные вопросы защиты прав потребителей дистанционной торговли на официальных сайтах управлений Роспотребнадзора.
4. Рассмотреть возможность организации регулярных лекций, записи видеороликов по повышению правовой грамотности населения, создания силами Управлений Роспотребнадзора, Центров гигиены и эпидемиологии и общественных объединений «Школ грамотного потребителя».

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. Гончарова О.Н., Стус Е.А. Обработка и анализ эмпирических данных социологического исследования. Научный вестник Крыма. 2018; 4(15): 1–9.
2. Жусупбекова М.К. Права потребителей на получение необходимой и достоверной информации. Вестник Института законодательства и правовой информации Республики Казахстан. 2019; 1(55): 128–33.
3. Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 05.12.2022) «О защите прав потребителей» Доступно: <https://www.google.com> (дата обращения 12.03.2023).
4. Липка Д.В. Проблемы защиты прав потребителей при дистанционной покупке. Закон и власть. 2022; 2: 38–42. (in Russian).
5. Ненахов И.Г. Аспекты защиты прав потребителей и минимизация правовых рисков при приобретении товаров и услуг в сети «Интернет». Правопорядок: история, теория, практика. 202; 4: 37–42.
6. Орел В.И., Ким А.В., Серeda В.М. и др. Организация медико-социальной работы среди детского населения. Педиатр. 2018; 9(1): 54–60. DOI: 10.17816/PED9154-60.
7. Орел В.И., ред. Служба охраны здоровья матери и ребенка Санкт-Петербурга в 2021 году. Учебно-методическое пособие. СПб.; 2021.
8. Плахова Е. С. Защита прав потребителей в России: административно-правовой аспект. Наука. Общество. Государство. 2020; 3(31): 169–79.
9. Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2020 г. № 2463 «Об утверждении Правил продажи товаров по договору розничной купли-продажи, перечня товаров длительного пользования, на которые не распространяется требование потребителя о безвозмездном предоставлении ему товара, обладающего этими же основными потребительскими свойствами, на период ремонта или замены такого товара, и перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих обмену, а также о внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации». Доступно по ссылке: <https://www.garant.ru> (дата обращения 12.03.2023).
10. Пузырев В.Г., Васильева И.В., Капырина Ю.Н. и др. Правовое регулирование в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Medicus. 2020; 3(33): 24–8.
3. Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 05.12.2022) “O zashchite prav potrebitel’ey” [Law of the Russian Federation of February 7, 1992 N 2300-1 (as amended on December 5, 2022) “On the Protection of Consumer Rights”]. Available at: <https://www.google.com> (accessed: 12.03.2023). (in Russian).
4. Lipka D.V. Problemy zashhity prav potrebitel’ey pri distancionnoj pokupke. [Problems of consumer protection in remote purchase]. Zakon i vlast’. 2022; 2: 38–42. (in Russian).
5. Nenahov I.G. Aspekty zashhity prav potrebitel’ey i minimizaciya pravovykh riskov pri priobretenii tovarov i uslug v seti «Internet». [Aspects of consumer rights protection and minimization of legal risks when purchasing goods and services on the Internet]. Pravoporjadok: istorija, teoriya, praktika. 2020; 4: 37–42. (in Russian).
6. Orel V.I., Kim A.V., Sereda V.M. i dr. Organizatsiya mediko-sotsial’noy raboty sredi detskogo naseleniya. [Organization of medical and social work among the children’s population]. Pediatrician. 2018; 9(1): 54–60. DOI: 10.17816/PED9154-60. (in Russian).
7. Orel V.I., red. Sluzhba ohrany zdorov’ya materi i rebenka Sankt-Peterburga v 2021 godu. [Maternal and child health service of St. Petersburg in 2021]. Uchebno-metodicheskoe posobie. Saint-Petersburg; 2021. (in Russian).
8. Plahova E.S. Zashchita prav potrebitel’ey v Rossii: administrativno-pravovoy aspekt. [Consumer protection in Russia: administrative and legal aspect]. Nauka. Obshchestvo. Gosudarstvo. 2020; 3(31): 169–79 (in Russian).
9. Postanovlenie Pravitel’stva RF ot 31 dekabrya 2020 g. N2463 “Ob utverzhenii Pravil prodazhi tovarov po dogovoru roznichnoy kupli-prodazhi, perechnya tovarov dlitel’nogo pol’zovaniya, na kotorye ne rasprostranyayetsya trebovanie potrebitelya o bezvozmezdnom predostavlenii emu tovara, obladayushchego etimi zhe osnovnymi potrebitel’skimi svoystvami, na period remonta ili zameny takogo tovara, i perechnya neproduvol’stvennykh tovarov nadlezhashchego kachestva, ne podlezhashchikh obmenu, a takzhe o vnesenii izmeneniy v nekotorye akty Pravitel’stva Rossiyskoy Federatsii”. [Decree of the Government of the Russian Federation of December 31, 2020 N 2463 “On approval of the Rules for the sale of goods under a retail sale and purchase agreement, a list of durable goods that are not subject to the consumer’s requirement to provide him with free goods with the same basic consumer properties for a period repair or replacement of such goods, and the list of non-food products of good quality that are not subject to exchange, as well as on amendments to certain acts of the Government of the Russian Federation”]. Available at: <https://www.garant.ru> (accessed: 03.12.2023). (in Russian).
10. Puzyrev V.G., Vasil’eva I.V., Kapryrina Yu.N. i dr. Pravovoe regulirovanie v sfere sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya. [Legal regulation in the field of sanitary and epidemiological welfare of the population]. Medicus. 2020; 3(33): 24–8. (in Russian).

REFERENCES

1. Goncharova O.N., Stus E.A. Obrabotka i analiz jempiricheskikh dannyh sociologicheskogo issledovanij. [Processing and analysis of empirical data of sociological research]. Nauchnyj vestnik Kryma. 2018; 4(15): 1–9. (in Russian).
2. Zhusupbekova M.K. Prava potrebitel’ey na poluchenie neobhodimoy i dostovernoj informacii. [The rights of consumers to obtain the necessary and reliable information]. Vestnik Instituta zakonodatel’stva i pravovoj informacii Respubliki Kazahstan. 2019; 1(55): 128–33. (in Russian).
3. Puzyrev V.G., Vasil’eva I.V., Kapryrina Yu.N. i dr. Pravovoe regulirovanie v sfere sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya. [Legal regulation in the field of sanitary and epidemiological welfare of the population]. Medicus. 2020; 3(33): 24–8. (in Russian).

HISTORY OF MEDICINE

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

УДК 378.095+101.1+291.1+37.032+304.4
DOI: 10.56871/MHCO.2023.18.59.010

УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ГЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНО-АЗИАТСКОГО ВОЗРОЖДЕНИЯ (К 1050-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ АБУ РАЙХАНА АЛЬ-БЕРУНИ)

© Галина Львовна Микиртичан, Галина Васильевна Соловьева,
Ирина Леонидовна Станиславова, Наталья Юрьевна Раевская

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

Контактная информация: Наталья Юрьевна Раевская — к.ф.н., доцент кафедры гуманитарных дисциплин
и биоэтики. E-mail: raev.spb@rambler.ru ORCID ID: 0009-0005-6109-1860 SPIN: 8155-2288

Для цитирования: Микиртичан Г.Л., Соловьева Г.В., Станиславова И.Л., Раевская Н.Ю. Универсальный гений
центрально-азиатского Возрождения (к 1050-летию юбилею Абу Райхана аль-Беруни) // Медицина и организация
здравоохранения. 2023. Т. 8. № 4. С. 111–117. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.18.59.010>

Поступила: 04.09.2023

Одобрена: 16.10.2023

Принята к печати: 15.12.2023

РЕЗЮМЕ. В статье раскрывается значение деятельности великого ученого центрально-азиатского Возрождения Абу Райхана Беруни (973–1048), чей юбилей широко отмечается в 2023 году по всему миру. Феномен центрально-азиатского Возрождения был уникальным явлением, характеризовавшимся гуманистической направленностью и небывалым расцветом науки, философии, медицины, просвещения. Аль-Беруни принадлежал к плеяде выдающихся мыслителей того времени, таких как аль-Фергани, аль-Хорезми, аль-Фараби, Ибн Сина и других, и был ученым-энциклопедистом, интересы которого распространялись буквально на все сферы знания. Передовая методология научного познания аль-Беруни, разработка им эмпирического индуктивного метода познания обогатили философию. Он был знаком с трудами великих представителей греческой философии и науки: досократических натурфилософов, Платона, Аристотеля, Птолемея, Евклида, неоплатоников и неопифагорейцев, с работами индийских, византийских и мусульманских ученых, о чем свидетельствуют комментарии, разъяснения, суждения и полемика с коллегами-учеными в его работах. Как натурфилософ, он склонялся к деистическому взгляду на мироздание. Аль-Беруни был одним из мыслителей, стоявших у истоков сравнительного религиоведения. Анализируя религиозные учения, он, несомненно, отдавал предпочтение исламу и отмечал его превосходство, однако надо признать глубокое знание им других религий, стремление скорее понять их, чем доказать неправоту, выразить восхищение другими культурами. Его мысль характеризовалась научной объективностью и меткостью наблюдений. В сочинениях аль-Беруни также нашли отражение представления о нравственности. Он обращал внимание на необходимость развития таких качеств, как честь, достоинство, дружба, товарищество, совесть, справедливость.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: центрально-азиатское Возрождение; Абу Райхан Беруни; академия Мамуна; философия; метод познания Беруни; религиоведение; духовно-нравственное воспитание.

UNIVERSAL GENIUS OF THE CENTRAL ASIAN RENAISSANCE (TO THE 1050TH ANNIVERSARY OF ABU RAYKHAN AL-BERUNI)

© Galina L. Mikirtichan, Galina V. Solovyova, Irina L. Stanislavova, Natalya Yu. Raevskaya

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

Contact information: Natalya Yu. Raevskaya — PhD, Associate Professor of the Department of Humanities and Bioethics. E-mail: raev.spb@rambler.ru ORCID ID: 0009-0005-6109-1860 SPIN: 8155-2288

For citation: Mikirtichan GL, Solovyova GV, Stanislavova IL, Raevskaya NYu. Universal genius of the Central Asian Renaissance (to the 1050th anniversary of Abu Raykhan al-Beruni). *Medicine and health care organization (St. Petersburg)*. 2023;8(4):111-117. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.18.59.010>

Received: 04.09.2023

Revised: 16.10.2023

Accepted: 15.12.2023

ABSTRACT. The article reveals the significance of the activities of the great scientist of the Central Asian Renaissance, Abu Rayhan Beruni (973–1048), whose anniversary is being widely celebrated in 2023 around the world. The phenomenon of the Renaissance itself proved to be unique, being characterized by a humanistic orientation and an unprecedented prosperity of science, philosophy, medicine, and education. Al-Beruni belonged to a galaxy of outstanding thinkers of that time, such as al-Farghani, al-Khorezmi, al-Farabi, Ibn Sina, etc., and was an encyclopedist whose interests extended to literally all spheres of knowledge. Al-Beruni's advanced methodology of scientific knowledge and his development of the empirical inductive method of knowledge enriched philosophy. He was familiar with the works of the great representatives of Greek philosophy and science: pre-Socratic natural philosophers, Plato, Aristotle, Ptolemy, Euclid, Neoplatonists and Neo-Pythagoreans, with the works of Indian, Byzantine and Muslim scientists, as evidenced by comments, explanations, judgments and polemics with fellow scientists in his works. As a natural philosopher, he had a deistic view of the universe. Al-Beruni was one of the thinkers who stood at the origins of comparative religious studies. Analyzing religious teachings, he undoubtedly gave preference to Islam and noted its superiority, however, we can admit his deep knowledge of other religions, the desire to understand them rather than prove them wrong, and to express admiration for other cultures. His thought was characterized by scientific objectivity and accuracy of observations. Al-Beruni's writings also reflected ideas about morality. He drew attention to the need to develop such qualities as honor, dignity, friendship, partnership, conscience, and justice.

KEY WORDS: Central Asian Renaissance; Abu Rayhan Beruni; Mamun Academy; philosophy; Beruni cognitive method; religious studies; spiritual and moral education.

Абу Райхан Мухаммад ибн Ахмад Беруни (973–1048) — великий средневековый энциклопедист и гуманист, который оставил свой интеллектуальный след в астрономии, математике, философии, географии, этнографии, антропологии, геологии, ботанике, медицине, фармакологии и многих других науках (рис. 1). Он был выдающимся кросс-культурным историком, исследовавшим традиции, мораль и религии разных народов.

Его научный кругозор поистине необъятен. Научное наследие аль-Беруни (около 150 работ) затрагивает почти все отрасли точных, естественных и гуманитарных наук своего времени. Его работы, переведенные на немецкий,

английский, русский и другие языки, актуальны до сих пор. По решению ЮНЕСКО 1050-летие аль-Беруни широко отмечается в 2022–2023 годах во многих странах. Мероприятия, посвященные юбилею (симпозиумы, конференции, научные круглые столы, студенческие олимпиады) проходят не только в Узбекистане, на родине ученого, но также в Иране, Таджикистане и Турции, где особенно бережно хранят память о великом ученом. На многочисленных научных мероприятиях, посвященных знаменательной дате, рассматривается роль научного наследия и творчества Беруни в развитии мировой науки, отмечается важность изучения трудов ученого и связанных с ним исторических источников.



Рис. 1. Абу Райхан Беруни

Fig. 1. Abu Rayhan Beruni

В Таджикистане (Душанбе) 9–10 октября 2023 года совместно с ЮНЕСКО состоялся международный научный симпозиум под названием «Абу Райхан Беруни — открыватель тайн природы». В сентябре 2023 года прошла Международная научно-практическая конференция на тему «Роль научного наследия Абу Райхана Беруни в развитии мировой науки» в Республике Узбекистан (Ташкент). Сам круг обсуждавшихся здесь вопросов свидетельствует о многогранности гения аль-Беруни. Рассматривались следующие темы: «Роль прикладных наук в научном наследии Абу Райхана Беруни», «Абу Райхан Беруни и социально-гуманитарные науки», «Современные подходы к научному наследию Абу Райхана Беруни», «Вклад Абу Райхана Беруни в развитие мировой цивилизации» и многие другие вопросы, связанные с жизнью и творчеством знаменитого ученого. Не остался в стороне от столь значительного научного мероприятия и наш университет, представивший доклад на тему «Актуальность наследия Абу Райхана Беруни в гуманитарном образовании студентов Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ)».

Абу Райхан аль-Беруни был представителем центрально-азиатского Возрождения IX–

XIII веков, исторического явления, территориально сосредоточенного на большей части современного Узбекистана. Центром его был историко-культурный регион Мавераннахр и Хорезм, отличающийся интенсивностью интеллектуальной жизни и глубиной межкультурных связей, в частности с давних времен Хорезм имел торговые отношения с Киевской Русью, Поволжьем и другими странами [8]. Это было время небывалого культурного подъема, расцвета науки, философии и просвещения, давшее миру целую плеяду выдающихся мыслителей, таких как аль-Фергани, аль-Хорезми, аль-Фараби, Ибн Сина, Омар Хайям, Мирза Улугбек, ар-Руми, Навои и др. Одним из представителей этой плеяды был и Абу Райхан Беруни — великий ученый из Хорезма, который владел почти всеми науками своего времени.

Огромное значение в развитии культуры того времени играли крупнейшие образовательные учреждения на земле Узбекистана — Хорезмская академия Мамуна (XI век) и Самаркандская академия Улугбека (XV век). В 1004 г. аль-Беруни был приглашен участвовать в организации академии просвещенным правителем Хорезма, шахом Али ибн Мамуном. Его вклад в работу Академии Мамуна был значительным, поскольку он руководил ею все годы ее существования — до 1017 г. и являлся организатором и активным участником научной работы этого учреждения. Кроме того, аль-Беруни был организатором научной работы этой академии и сам принимал в ней активное участие. Сюда же были приглашены и многие ученые из разных стран, благодаря чему образовалась эффективная модель научного сообщества под названием «Академия Мамуна». Условия для научной работы, созданные в Гургаджской академии, способствовали написанию учеными гениальных трудов по различным направлениям науки. Среди привлеченных в состав Академии был и Абу Али ибн Сина (Авиценна, 980–1037). Здесь сформировались его философские, естественнонаучные и медицинские взгляды, здесь он начал создавать свой знаменитый труд «Канон врачебной науки». Наблюдения и идеи ученых Академии питали науку во всем мире еще долгие столетия. Девиз академии Мамуна — «Наука во благо людей», подтверждает гуманистическую направленность изысканий ученых.

В период работы в «Академии Мамуна» аль-Беруни вел научную полемику с Ибн Синой по вопросу о строении вселенной. Ценность этой полемики в том, что аль-Беруни ставил под сомнение аристотелевское учение о существовании мира небес, критиковал идеа-

листические элементы натурфилософии Аристотеля. Эта переписка, а также другие труды аль-Беруни, свидетельствуют о разносторонности великого ученого из Хорезма.

Беруни называют основателем геодезии и геологии, глубоким математиком и астрономом, географом. Впервые на Среднем Востоке аль-Беруни высказал мнение о возможности движения Земли вокруг Солнца, определил длину окружности Земли.

Значителен вклад аль-Беруни и в медицину. Большой интерес представляет его неоконченный труд «Фармакогнозия в медицине» — книга о медицинских препаратах, которую он начал писать в конце жизни (1046–1048). Этот капитальный труд имеет большое значение и в наше время. В нем он подробно описал более тысячи лекарственных растений и около 880 растительных лекарственных средств. В книге содержатся сведения не только о лечебных свойствах различных веществ, но и способы приготовления лекарств из растений, органов животных и минералов. Велика заслуга аль-Беруни и в становлении, формировании и упорядочении медицинской терминологии. Он собрал и объяснил около 4500 арабских, греческих, сирийских, индийских, персидских, хорезмийских, согдийских, тюркских и других названий растений; эти синонимы важны для современного исследования истории фармакогнозии. В другой работе, «Минерология», аль-Беруни показал значение мумие при ранах и кожных заболеваниях. Его рекомендации относительно мумие широко использовались врачами того времени и последующих периодов.

Интерес представляют и философские взгляды аль-Беруни. Время жизни ученого — период расцвета арабо-мусульманской культуры в Центральной Азии, развития философии (араб. — фальсафы), когда происходило «соединение авраамического, иудеохристианско-мусульманского релятивизма (от лат. *revelatio* — откровение) с античным языческим интеллектуализмом, впоследствии вдохновлявшего классиков иудейской и христианской теологии, таких как Маймонид (ум. 1204) и Фома Аквинский (ум. 1274)» [5]. Это был «золотой век» развития исламской математики и естествознания, время начала формирования естественнонаучной картины мира под влиянием натурфилософии греков. «В период наивысшего расцвета науки (IX–XI века) арабские философы и ученые в своих исследованиях исходили, как и греки, из принципа единства природы и целостности науки» [9]. В то время, когда западноевропейская схоластика неуклонно двигалась в сторону все более аб-

страктного теоретизирования и отрыва от эмпирической действительности, наука на Востоке сумела избежать острого конфликта отвлеченных теоретических систем с познаваемой реальностью. Понимая всю важность эмпирического познания, но отнюдь не абсолютизируя его, ученые средневекового Востока никогда не забывали, что для постижения сущности исследуемых явлений, их связей и взаимодействий необходим переход на более высокий — теоретический и метафизический уровень научного познания. Наука представляет собой «определенный способ бытия, требующий для себя экзистенциальных условий и предпосылок» [4]. Ученым на Востоке удалось с помощью великолепно организованной системы образования (академии Мамуна) гораздо раньше, чем в Западной Европе, создать такое научное целое, где ряд отдельных элементов (экспериментальные данные, оснащенные лаборатории, поддержка спонсоров, переводы и публикации, воспитание преподавательской смены и т.д.) сложился в отличную от схоластической научную картину мира, что предопределило впечатляющий успех восточной средневековой науки. Еще одним фактором успеха было то, что на Востоке наука сразу начала с рефлексии и переоценки важнейших предпосылок в виде аристотелевской философии как незыблемого авторитета своего времени, а также с разграничения предметов теологии и науки. Одним из зачинателей и интеллектуальных героев этой научной революции был Абу Рейхан Мухаммед ибн Ахмед аль-Беруни. «До того, как Хорезм был окончательно завоеван Махмудом Газневи, в Гургандже бурно развивались все науки, а главными фигурами научной жизни Хорезма стали Ибн Сина и Беруни» [7].

Критическое отношение к языческим авторитетам было отличительной чертой пытливого и независимого ума аль-Беруни. Он был знаком с трудами великих представителей греческой философии и науки: досократических натурфилософов, Платона, Аристотеля, Птолемея, Евклида, неоплатоников и неопифагорейцев, с работами индийских, византийских и мусульманских ученых, о чем свидетельствуют комментарии, разъяснения, суждения и полемика с коллегами-учеными в его работах. Философскую форму творчества аль-Беруни, также как творчество Платона, например, можно охарактеризовать как синкретизм — сочетание разнородных философских начал в рамках одной системы. Философские взгляды разбросаны по всем его научным работам, по которым их можно, отчасти, реконструировать. Несколько специальных философских трактатов аль-Бе-

руни, о которых упоминают исследователи его творчества, к сожалению, были утрачены. Для мыслителя характерна тесная взаимосвязь конкретно-научного знания, прежде всего проблем математики, физики и астрономии, с философией. Прояснение онтологических вопросов пространства и времени, движения и перводвигателя, сущности и существования связаны для него с пониманием структуры бытия универсума, а этнографические исследования переплетены с осмыслением социокультурных концептов, антропологических и этических проблем. Популярность философии перипатетиков не мешала ему резко критиковать взгляды Аристотеля, за что Ибн Сина критиковал самого аль-Беруни: «Твоя же манера представлять слова Аристотеля как неразумные порочна и недостойна» [3]. Ибн Сина, отвечая на вопросы аль-Беруни по поводу книги Аристотеля «О небе» в известной переписке, сообщает о его (аль-Беруни) натурфилософских взглядах: «... Анаксимандр утверждает то же, что и ты, а именно, что первоначальный элемент есть воздух. Когда на него действует качество холодности, то он, (по его словам), обращается в воду; если же он нагревается от движения небесной сферы, то становится огнем или эфиром» [3]. Натурфилософ аль-Беруни склонялся к деистическому взгляду на мироздание. Не подвергая сомнению креационистскую идею создания мира Богом, он допускал дальнейшее развитие природы по своим собственным законам. Аль-Беруни, к примеру, согласен с мнением индийцев, изложенным в «Вишну-пуране», где говорится: «Материя есть первооснова мира. Ее действие возникает из естественного побуждения... по свободному выбору...» [2]. От себя аль-Беруни добавляет, что Бог возвышается над материей, а также: «Благодаря Богу материя становится действующей силой, которая трудится для него, как друг бескорыстно трудится для своего друга» [2]. В целом же онтологические взгляды аль-Беруни могут быть охарактеризованы как гилеоморфический универсализм, так как он согласен с мнением, что все субстанции, за исключением Бога, образованы из материи и формы. Наибольший вклад в философию, на наш взгляд, внесла передовая методология научного познания аль-Беруни, разработка им эмпирического индуктивного метода познания, но это обширная тема, требующая отдельного исследования. Он разработал современную, по сути, методологию научного познания, опирающуюся на наблюдение и эксперимент. Аль-Беруни — один из самых ранних, если не самый ранний представитель экспериментальной и прагматичной

науки, целью которой является практическое применение результатов исследования, в полном соответствии с девизом Академии Мамуна — «Наука во благо людей». Руководителем этой прославленной научной школы в столице Хорезма Гургендж в начале XI века являлся Абу Райхан Беруни.

Имя ученого широко известно, прежде всего, в связи с его вкладом в естественные науки. При этом интеллектуальный мир в меньшей степени знаком с тем фактом, что аль-Беруни был одним из мыслителей, стоявших у истоков сравнительного религиоведения. Его сочинения «Памятники минувших поколений», «Индия» и «Геодезия» содержали обширные сведения о религиозных воззрениях, праздниках и обрядах различных народов — древних египтян, греков, римлян, иудеев, христиан, зороастрийцев, индийцев и др. Описывая религии, он, несомненно, отдавал предпочтение исламу и отмечал его превосходство: «Мы привели здесь отчет об этих вещах для того, чтобы читатель мог узнать из сравнительного рассмотрения предмета, насколько выше институты ислама и насколько ясно это противопоставление выявляет все обычаи, отличающиеся от обычаев ислама своей нечистотой» [13]. Тем не менее, делая свои выводы, он непосредственно цитировал священные тексты других религий, пытался скорее понять их, чем доказать неправоту и, порой, с удовольствием выражал восхищение другими культурами. Вышеперечисленные труды демонстрировали в целом нехарактерный для той эпохи пример научной объективности, меткости наблюдений и критического подхода к используемым источникам. Во введениях к этим произведениям автор четко сформулировал принцип, лежащий и сегодня в основании религиоведения: точно воспроизводить взгляды адептов различных учений, для чего «предварительно необходимо очистить свою душу от [дурных] свойств, которые портят большинство людей, и от причин, делающих человека слепым для истины» [1]; при реконструкции мировоззрения представителя другой конфессии следует приводить его собственные слова, «ибо такова его вера» и «ему она лучше видна и понятна» [2]. Известный русский востоковед В.Р. Розен, характеризуя творчество аль-Беруни как мастера религиоведения, писал, что от него «веет духом критики беспристрастной, вполне свободной от религиозных, расовых, национальных или кастовых предрассудков и предубеждений, критики осторожной и осмотрительной, блистательно владеющей самым могущественным орудием новой науки, т.е. сравнительным методом, критики,

ясно понимающей пределы знания и предпочитающей молчание выводам, построенным на недостаточно многочисленных или недостаточно проверенных фактах, от него веет шириною взглядов поистине поразительной — одним словом, веет духом настоящей науки в современном смысле слова» [10]. Труды аль-Беруни, связанные с исследованием различных культурных и религиозных традиций, содержали в себе интенцию уважительного, непредвзятого и терпимого отношения к чужим верованиям, обычаям и убеждениям. Мыслитель указывал на то, что в каждой культуре есть общечеловеческий элемент, который делает все культуры далекими родственниками, какими бы чужими они ни казались друг другу, и поэтому иное и непривычное требует изучения и понимания, а не слепого отрицания и тем более насильственного искоренения [12]. Такой подход, бывший уникальным для того времени, стал преобладающим в наши дни. Важная задача, которую ставят перед собой современные исследователи культурных явлений, состоит в том, чтобы показать единство в многообразии; общность этических принципов и гуманистических установок, характерных для разных религий; необходимость внимательного и уважительного отношения к представителям других конфессий.

В уникальном наследии выдающегося мыслителя Абу Райхан Беруни представлены не только ценные идеи о науке, философии, религии, медицине, но и мудрые мысли о духовно-нравственном воспитании и образовании подрастающего поколения. Причину невежества и несправедливости общественного устройства аль-Беруни видел в существовании человеческих пороков, которые необходимо преодолеть, ибо они представляют угрозу всему обществу и даже несут ему порчу. Полагая, что «насилие, лжесвидетельство, нарушение верности, захват чужого имущества обманом, воровством» негативно сказывается на воспитании подрастающего поколения, он призывал людей в своих многочисленных трудах быть добрыми, чуткими, внимательными, проявлять сочувствие и оказывать помощь друг другу [2]. В то же время аль-Беруни признавал, что обретение человеком негативных моральных качеств находится под воздействием внешних обстоятельств, так как по своей природе он постоянно стремится «к снисканию возможно больших похвал и одобрения, ведь сердца созданы, чтобы любить это и противоположное» [2]. Аль-Беруни был искренне убежден, что духовно-нравственное совершенствование человека состоит, прежде всего, в том, чтобы обрести такие добродетели, как

мудрость, активность, благодарность, терпение. Достичь совершенства, отмечал Абу Райхан Беруни, можно в процессе повсеместного внедрения интеллектуальных и нравственных норм в процессе воспитания и образования. Великий мыслитель, указывая на ряд положительных качеств человека, выделил самое главное из них — стремление к справедливости и правде. Без него, писал аль-Беруни, невозможно воспитать в себе высоконравственные черты — быть справедливым, общительным, требовательным, настойчивым, откровенным. Он предполагал, что именно добродетели, признаваемые в обществе, вместе со знаниями, могут способствовать освобождению народа от невежества [11]. К числу высших духовных достоинств человека аль-Беруни относил стремление к познанию, которое составляет сущность человека, основу и вершину его духовно-нравственного совершенствования. По мнению аль-Беруни, знания, полученные в результате усердия, большого терпения и напряженных занятий, облагораживают человека, делают его добрым, щедрым и разумным, направляют на правильный путь. Для достижения наибольших успехов в воспитании аль-Беруни рекомендует методы как поощрения, так и наказания, при этом он уделял большое значение убеждениям, различным беседам на разнообразные темы. В основе духовно-нравственного воспитания, по мнению аль-Беруни, должны лежать следующие элементы деятельности воспитателя: большой интерес и любовь к воспитанникам, увлеченность педагогической профессией, наблюдательность, общительность, справедливость, организаторские способности, требовательность, настойчивость, откровенность, стремление к реализации духовных и познавательных потребностей и интересов, интеллектуальная активность. О цели педагогического мастерства Абу Райхан Беруни писал: «Цель заключается в том, чтобы не продлить время, а не допустить однообразия, потому что взгляд на одни и те же вещи в течение долгого времени, приведет к утомлению и убьет терпение» [6].

Анализ духовно-нравственных воззрений аль-Беруни позволяет констатировать, что его духовное наследие в настоящее время не только не утратило своей значимости, но и приобрело особое звучание. Интересна и крайне важна, с современной точки зрения, его мысль о том, что мало быть просто высокообразованным человеком и знать правила достойного морального поведения, необходимо уметь использовать эти знания на практике. Первостепенное значение аль-Беруни придавал таким понятиям, как

честь и достоинство, дружба и товарищество, добро, справедливость, совесть. Следует отметить, что и сегодня эти понятия не утратили своей значимости в современной социальной реальности и с большим успехом используются в процессе воспитательной и образовательной деятельности подрастающего поколения.

Идеи великого ученого по-прежнему актуальны не только в сфере естественных наук, но и в области гуманитарных исследований и гуманитарного образования. Они созвучны с современными представлениями и соответствуют современному научному подходу, требующему точности и объективности. Имя Абу Райхана аль-Беруни не забыто и звучит, в том числе, в стенах СПбГПМУ в контексте разговора о мусульманской философии и медицине Средневекового Востока.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беруни А. Избранные произведения. Т. I. Памятники минувших поколений. Ташкент: ФАН УзССР; 1957.
2. Беруни А.Р. Индия. М.: Ладомир; 1995.
3. Беруни и Ибн Сина. Переписка Абу Райхана Беруни и Абу Али Ибн Сина. Ташкент: ФАН УзССР; 1973.
4. Волков А.В. Наука в зеркале современной философской рефлексии. Мурманск: МГГУ; 2011.
5. Ибрагим Т.К., Ефремова Н.В. Мусульманская религиозная философия фальсафа. Казань: Изд-во Казан. ун-та; 2014.
6. Матякубов И.Б. Идеи восточных ученых о педагогическом мастерстве. Молодой ученый. 2017; 12(146): 525–8. Доступно по <https://moluch.ru/archive/146/41021/> (дата обращения 07.10.2023).
7. Михель Д.В., Старр Ф. Утраченное Просвещение: золотой век Центральной Азии от арабского завоевания до времен Тамерлана. М.: Альпина Паблишер; 2017.
8. Посадский А.В., Посадский С.В. Культурное сотрудничество России и Узбекистана в свете наследия среднеазиатского Возрождения. Часть 1. Журнал Института Наследия. 2021; 3(26): 1–14.
9. Раджабов О.Р. Истоки становления естественно-научной картины мира в арабо-мусульманском востоке. Преподаватель XXI век. 2007; 4: 79–184.
10. Розен В.Р. Рецензия на публикацию «Индии» аль-Беруни. В кн. Записки Восточного отделения императорского Русского археологического общества. Т. III. 1888. СПб.: Типография императорской академии наук; 1889: 146–62.
11. Тимофеев И.В. Беруни. М.: Молодая гвардия; 1986.
12. Ataman K. Understanding Other Religions: Al-Biruni's and Gadamer's «Fusion of Horizons». In: Cultural Heritage and Contemporary change. Series II A, Islam. 2008; 19: 1–139.
13. Kamaruzzaman K. Al-Biruni: Father of Comparative Religion. Intellectual Discourse. 2003; 11(2): 113–38.

REFERENCES

1. Beruni A. Izbrannye proizvedeniya. T. I. Pamyatniki minuvshikh pokoleniy. [Selected works. Vol. I. Monuments of past generations]. Tashkent: FAN UzSSR Publ.; 1957. (in Russian).
2. Beruni A.R. Indiya. [India]. Moskva: Ladomir Publ.; 1995. (in Russian).
3. Beruni i Ibn Sina. Perepiska Abu Raykhana Beruni i Abu Ali Ibn Sina. [Beruni and Ibn Sina. Correspondence between Abu Rayhan Beruni and Abu Ali Ibn Sina]. Tashkent: FAN UzSSR Publ.; 1973. (in Russian).
4. Volkov A.V. Nauka v zerkale sovremennoy filosofskoy refleksii. [Science in the mirror of modern philosophical reflection]. Murmansk: MGGU Publ.; 2011. (in Russian).
5. Ibragim T.K., Efremova N.V. Musul'manskaya religioznaya filosofiya fal'safa. [Muslim religious philosophy of falsafa]. Kazan': Izd-vo Kazan. Un-ta; 2014. (in Russian).
6. Matyakubov I.B. Idei vostochnykh uchenykh o pedagogicheskom masterstve. [Ideas of Eastern scientists about pedagogical skills]. Molodoy uchenyy. 2017; 12(146): 525–8. Available at: <https://moluch.ru/archive/146/41021/> (accessed 7.10.2023). (in Russian).
7. Mikhel' D.V., Starr F. Utrachennoe Prosveshchenie: zolotoy vek Tsentral'noy Azii ot arabskogo zavoevaniya do vremen Tamerlana. [The Lost Enlightenment: The Golden Age of Central Asia from the Arab Conquest to the Time of Tamerlane]. Moskva: Al'pina Publ.; 2017. (in Russian).
8. Posadskiy A.V., Posadskiy S.V. Kul'turnoe sotrudnichestvo Rossii i Uzbekistana v svete naslediya sredneaziatskogo Vozrozhdeniya. [Cultural cooperation between Russia and Uzbekistan in the light of the heritage of the Central Asian Renaissance]. Chast' 1. Zhurnal Instituta Naslediya. 2021; 3(26): 1–14. (in Russian).
9. Radzhabov O.R. Istoki stanovleniya estestvenno-nauchnoy kartiny mira v arabo-musul'manskom vostokey. [The origins of the formation of the natural scientific picture of the world in the Arab-Muslim East]. Prepodavatel' XXI vek. 2007; 4: 79–184. (in Russian).
10. Rozen V.R. Retsenziya na publikatsiyu «Indii» al'-Beruni. [Review of the publication of «India» by al-Beruni]. In: Zapiski Vostochnogo otdeleniya imperatorskogo Russkogo arheologicheskogo obshchestva. T. III. 1888. Sankt-Peterburg: Tipografiya imperatorskoy akademii nauk; 1889: 146–62. (in Russian).
11. Timofeev I.V. Beruni. [Beruni]. Moskva: Molodaya gvardiya Publ.; 1986. (in Russian).
12. Ataman K. Understanding Other Religions: Al-Biruni's and Gadamer's «Fusion of Horizons». In: Cultural Heritage and Contemporary change. Series II A, Islam. 2008; 19: 1–139.
13. Kamaruzzaman K. Al-Biruni: Father of Comparative Religion. Intellectual Discourse. 2003; 11(2): 113–38.

УДК 728.03+725.51+726.03(470.46)
DOI: 10.56871/МНСО.2023.50.60.011

АРХИТЕКТУРА БОЛЬНИЦ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА: ОТ ПЕТРОВСКОГО БАРОККО К ХАЙ-ТЕКУ. ЧАСТЬ II. КЛАССИЦИЗМ

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

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 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., Лисенкова Л.Н., Макеева В.И., Жикоренцева П.А., Южанинов В.Н. Архитектура больниц Санкт-Петербурга: от петровского барокко к хай-теку. Часть II. Классицизм // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 4. С. 118–143. DOI: <https://doi.org/10.56871/МНСО.2023.50.60.011>

Поступила: 25.08.2023

Одобрена: 11.10.2023

Принята к печати: 15.12.2023

РЕЗЮМЕ. Настоящая статья продолжает исследовательский проект, посвященный больничной архитектуре Санкт-Петербурга в историческом ракурсе: от петровского барокко до хай-тека. Вторая статья цикла рассматривает классицизм — стиль, утвердившийся в архитектуре города в 60–70-е годы XVIII века. Центральное место в работе отведено истории возведения и архитектурно-градостроительному облику Мариинской больницы — одному из лучших примеров петербургского классицизма. Показана также история создания, художественные и архитектурно-композиционные особенности Калинкинской и Обуховской больниц, главного корпуса Военно-медицинской академии и др. Уделено внимание архитектурно-художественному решению и перестройке зданий, изначально не предназначавшихся для больничных нужд: больницы для душевнобольных св. Николая Чудотворца в Смирительном и работном доме, Морского госпиталя в доме княгини Е.Е. Шаховской у Калинкина моста на Фонтанке, зданию Повивального института в особняке князя Я.П. Долгорукова, Елизаветинской общине сестер милосердия в усадьбе Кушелева-Безбородко, больнице Святой Марии Магдалины в доме купца И.В. Кусова. Отмечена эволюция больничного строительства в рассматриваемый период: когда происходит отказ от центрально-коридорной системы, ставшей традиционным приемом строительства больниц казарменного типа, и вводится планировка больничных зданий с боковым коридором, представляющая огромные преимущества в гигиеническом отношении. Большинство построенных еще во второй половине XVIII — первой трети XIX века больниц в классическом стиле не только продолжают оказывать медицинскую помощь петербуржцам, но и по-прежнему являются украшением северной столицы, придавая ей благородную сдержанность и изысканную элегантность.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Санкт-Петербург; больничная архитектура; классицизм; Мариинская больница; Калинкинская больница; Обуховская больница; императрица Мария Федоровна; принц П.Г. Ольденбургский.

ARCHITECTURE OF SAINT PETERSBURG HOSPITALS: FROM PETROVSKY BAROQUE TO HI-TECH. PART II. CLASSICISM

© Galina L. Mikirtichan, 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, Lisenkova LN, Makeeva VI, Zhikorentseva PA, Yuzhaninov VN. Architecture of Saint Petersburg hospitals: from petrovsky baroque to hi-tech. Part II. Classicism. Medicine and health care organization (St. Petersburg). 2023;8(4):118-143. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.50.60.011>

Received: 25.08.2023

Revised: 11.10.2023

Accepted: 15.12.2023

ABSTRACT. This article continues a research project dedicated to the hospital architecture of St. Petersburg from a historical perspective: from Peter the Great's baroque to high-tech. The second article in the series views the classicism style, which established itself in the city's architecture in the 60–70s of XVIII century. The central place in this article is given to the history of construction and the architectural and urban appearance of the Mariinsky Hospital — one of the best examples of St. Petersburg classicism. The history of creation, artistic and architectural compositional features of the Kalinkinskaya and Obukhovskaya hospitals, the main building of the Military Medical Academy, etc. are also viewed. Attention is paid to architectural and artistic design and reconstruction of buildings that were not originally intended for hospital needs: such as hospital for the mentally ill of St. Nicholas the Wonderworker in the Strait and Workhouse, Marine Hospital in the house of Princess Shakhovskaya near the Kalinkin Bridge on the Fontanka river, Midwifery Institute building in the mansion of Prince Dolgorukov, Elizabethan commune of sisters of mercy in the Kushelev-Bezborodko estate, hospital of St. Mary Magdalene in the house of the merchant I.V. Kusova. Also, an evolution of hospital construction during the period under review is noted: when the central corridor system, which had become a traditional method of constructing barracks-type hospitals was abandoned, and the layout of hospital buildings with a side corridor appeared, which has enormous hygienic advantages. Most of the classical-style hospitals built in the second half of the 18th — first third of the 19th centuries not only continue to provide medical care to St. Petersburg residents, but are also still an adornment of the northern capital, giving its noble restraint and refined elegance.

KEY WORDS: Saint Petersburg; hospital architecture; classicism; Mariinsky Hospital; Kalinka Hospital; Obukhov Hospital; Empress Maria Feodorovna; Prince P.G. Oldenburgsky.

В 60–70-е гг. XVIII века в архитектуре Петербурга утверждается новый стиль — классицизм, характеризующийся обращением к античным образцам как эталону гармонии, красоты и совершенства¹. Торжественность и монументальность, строгий логический порядок архитектурных ордеров, симметричная композиция и минимальное количество декора — свойственные для этого художественного направления черты.

Шедевром архитектуры эпохи классицизма по праву считается Мариинская больница. В самом начале XIX века, в связи с приближающимся столетием Санкт-Петербурга, вдовствующая императрица Мария Федоровна обратилась к сыну — государю Александру I с предложением учредить больницу, где можно было «оказывать безвозмездно врачебное пособие ...

бедным и немущим больным» (рис. 1) [28]. Александр I с пониманием отнесся к просьбе Августейшей матери. 4 июня 1803 г. в Воспитательном доме на реке Фонтанке, недалеко от Калинкина моста, был открыт амбулаторный лазарет, где пациенты принимались без различия пола и вероисповедания, и кроме врачебного осмотра получали бесплатные лекарства.

Одновременно по проекту и под руководством талантливого архитектора Джакомо Кваренги (1744–1817) началось строительство специального здания больницы на территории Итальянского сада (рис. 2, 3)². 28 мая 1803 г. здесь был заложен камень с надписью «Положен сей камень в основание Святого храма Первоверховного Апостола Павла при строяемой от Воспитательного Дома больницы для бедных, содержимых и лечимых безденежно

¹ Первая статья цикла «Больничная архитектура Санкт-Петербурга», посвященная петровскому барокко, опубликована в журнале «Медицина и организация здравоохранения». 2023; 3: 89-101 [21].

² Итальянский сад — один из первых садов Санкт-Петербурга, возникший в первой четверти XVIII века на берегу реки Фонтанки и простирающийся до Знаменской улицы [17].



Рис. 1. Императрица Мария Федоровна (1759–1828). Портрет завещан больнице императрицей [12]

Fig. 1. Empress Maria Feodorovna (1759–1828). The portrait was bequeathed to the hospital by the Empress [12]



Рис. 2. Джакомо Кваренги (1744–1817) [10]

Fig. 2. Giacomo Quarenghi (1744–1817) [10]

лежащих 200, а приходящих неопределенного числа» [28]. Весной 1805 г. постройка зданий новой больницы была завершена. 2 июля 1805 г. был освящен храм во имя Святого Апостола Павла, небесного покровителя императора Павла I, любимого супруга Марии Федоровны, убитого в 1801 г. (рис. 4). Это был первый петербургский больничный храм. По замыслу основательницы, именно церковь должна была стать «сердцем» больницы, ибо «милосердное служение болящим должно иметь подлинную духовную основу» [12]. Эта идея вдовствующей государыни была блестяще воплощена Джакомо Кваренги. Храм разместился на двух этажах, со стороны фасада здания отмеченный величественным портиком, с противоположной стороны — полукруглой апсидой¹, а в верхней части — полукуполом и золоченым крестом. Двухсветная церковная зала, вмещавшая более двухсот человек, была светла и празднична благодаря рядам больших, расположенных под потолком окон и огромной люстре из слоновой кости с позолотой. Храм обладал прекрасной акустикой, позволявшей слушать церковную службу как прихожанам, так и лежащим боль-

¹ Апсида — примыкающий к основному объему пониженный выступ здания, полукруглый, прямоугольный или граненый, перекрытый полукуполом или сомкнутым полусводом. Как правило, этим термином обозначаются алтарные объемы в церковной архитектуре.

ным в палатах. Благолепно смотрелся иконостас с пилястрами и фронтоном над царскими воротами из искусственного мрамора. Храм постоянно «благоукрашался усердием прежде всего самой основательницы больницы и членов императорского дома, а также представителями различных сословий» [12].

30 августа 1805 г., в день тезоименитства императора Александра I, состоялось торжественное открытие «Больницы для бедных» (так называли ее горожане), что явилось большим событием в жизни Петербурга [4, 12, 28]. Полицией по всему городу было оповещено, что «... убогие больные являться и привезены быть могут... каждый день для принятия в палаты и пользования» [12]. Извещение об открытии лечебницы было сделано и в некоторых зарубежных городах.

Центральный корпус больницы и ее боковые флигели обращены своими главными фасадами на Литейный проспект (рис. 5). По правилам прежних построек больничных заведений, они возводились именно за городской чертой, вдали от шума и суеты — «в пристойном месте для болящих людей» [12]. Литейный в то время еще был окраиной города, Дж. Кваренги применил усадебную схему планировки больницы, далеко отодвинув двухэтажный центральный корпус от красной линии застройки проспекта (рис. 6) [26]. Парадный двор отделен от улицы монументальной чугунной оградой с двумя

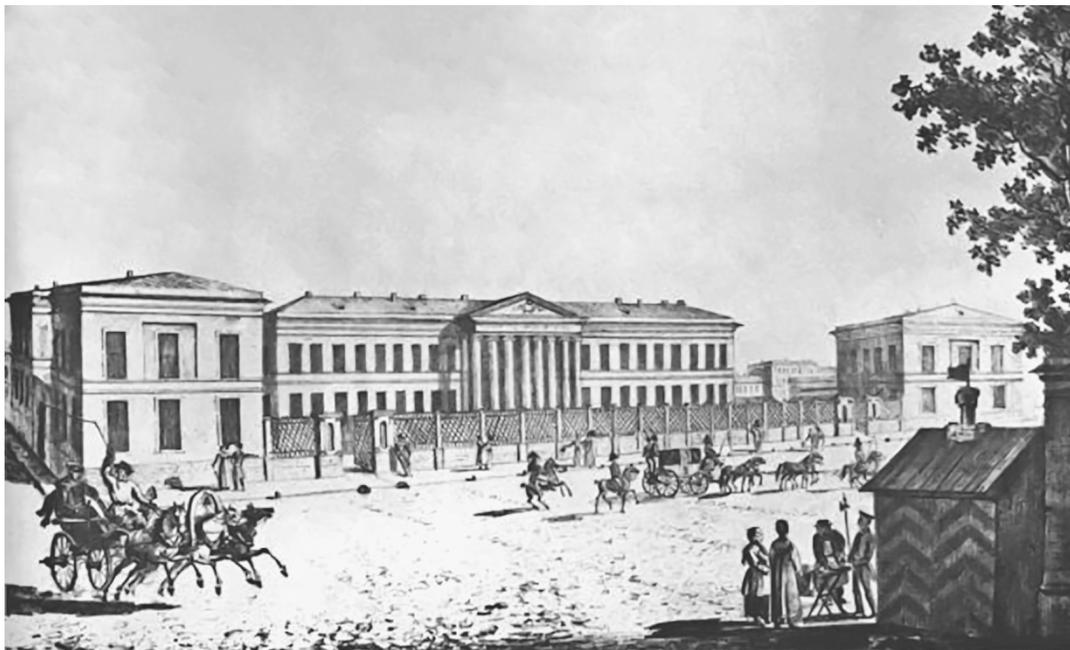


Рис. 3. Больница для бедных. 1821–1822. Литография [23]

Fig. 3. Hospital for the poor. 1821–1822. Lithography [23]

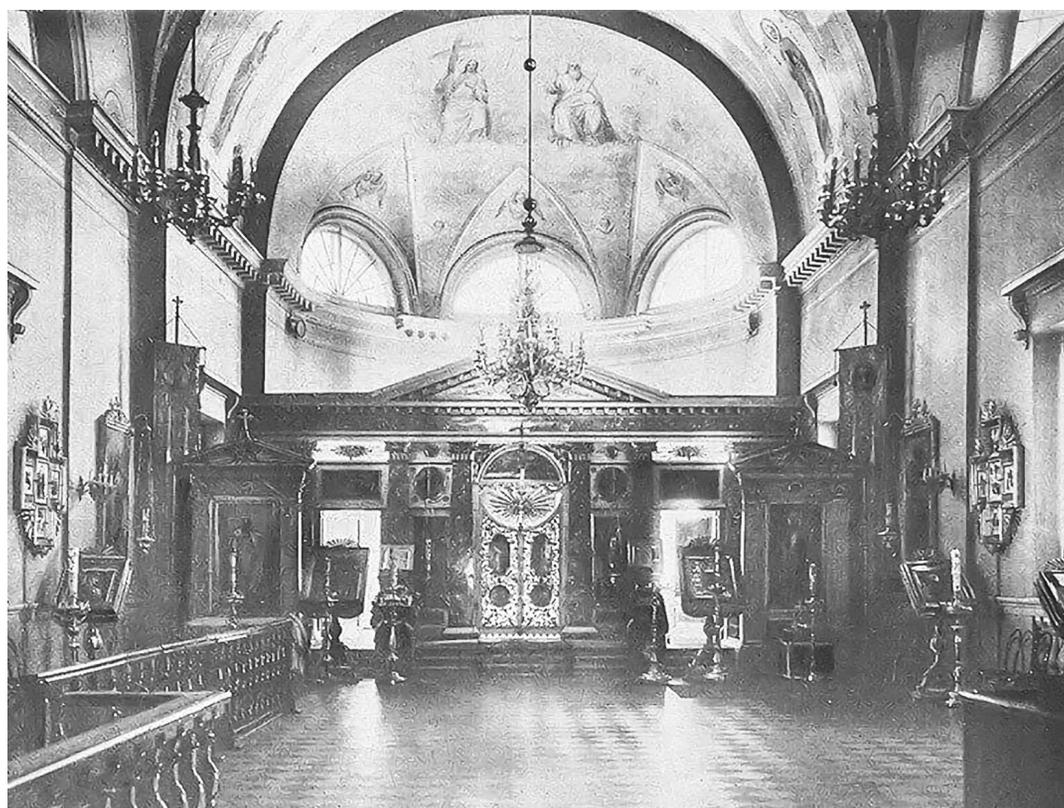


Рис. 4. Храм Святого Апостола Павла при Мариинской больнице [12]

Fig. 4. The Church of St. Paul the Apostle at the Mariinsky Hospital [12]



Рис. 5. Фасад Больницы для бедных. Рисунок [35]

Fig. 5. The facade of the Hospital for the poor. Drawing [35]

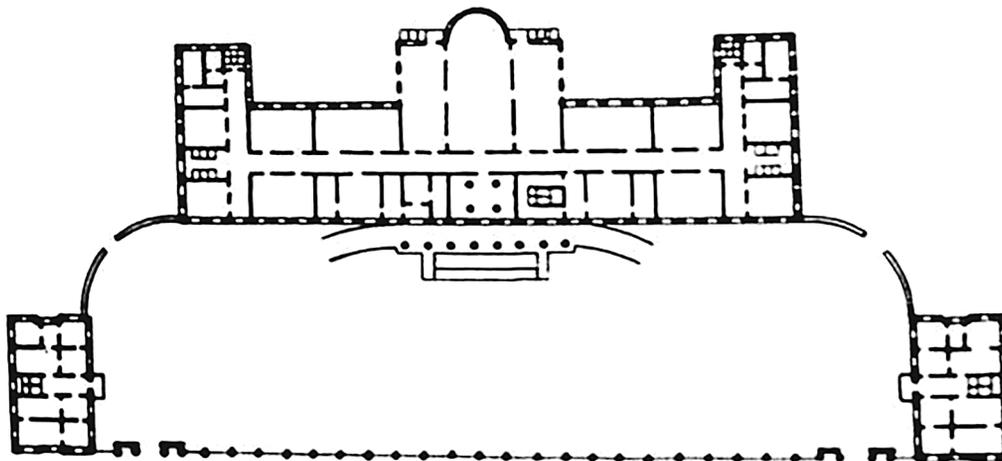


Рис. 6. План Больницы для бедных [35]

Fig. 6. Plan of the Hospital for the poor [35]

воротами по сторонам. Двухэтажные же боковые флигели, предназначенные для жилья служащих, были связаны с центральным корпусом каменными дугообразными оградами, замыкавшими парадный двор. Здание больницы выдержано в строгих, лаконичных и монументальных формах, характерных для классицизма. Вытянутый по горизонтали центральный корпус украшен великолепным восьмиколонным ионическим портиком, поставленным на невысокий цоколь, к подъезду ведут два пологих пандуса, удобные как для самих больных, так и для их транспортировки (рис. 7). Фасад завершает треугольный фронтон, украшенный барельефной композицией: лавровый венок с императорской короной и лентами по сторонам, внутри него — двуглавый орел с коронами, на его груди — пеликан, кормящий своей кровью трех птенцов (рис. 8)¹.

Тщательно продумал Дж. Кваренги и внутреннюю планировку больницы. Принцип коридоров, пронизывающих все здание, с палатами, размещенными по сторонам, используется до сих пор (рис. 9). Палаты отделялись друг от

друга толстыми стенами, чтобы «стоны безнадежно больных не нарушали покой выздоравливающих, и ... прилипчивые болезни никак не могли распространяться» [12, 14]. В палатах размещалось до 15 кроватей. Больница была рассчитана на 200 пациентов обоего пола. Правая сторона здания предназначалась для мужчин, а левая — для женщин. 20–30 постелей были всегда в резерве на случай срочной изоляции больных.

Большое внимание было уделено освещению коридоров и лестниц, особенно воздухообмену в палатах. Во внутренних стенах сделаны каналы, выведенные под кровлю на открытый воздух, они соединялись с палатами через отдушины, снабженные железными задвижками. Кроме того, имелись вентиляторы и небольшие окна в коридор, способствовавшие воздухообмену между палатами и коридором [12].

В нижнем полуподвальном помещении размещались кухни, кладовые для лекарств и хранения одежды больных, бани и купальни. В бельэтаже находились аптека, залы для осмотра больных и хирургическое отделение, операционная, комнаты для выздоравливающих и больных, приходящих

¹ Эмблема Ведомства императрицы Марии Федоровны.



Рис. 7. Фасад центрального корпуса Мариинской больницы
 Fig. 7. Facade of the central building of the Mariinsky Hospital



Рис. 8. Барельеф фронтона центрального корпуса Мариинской больницы
 Fig. 8. Bas-relief of the pediment of the central building of the Mariinsky Hospital

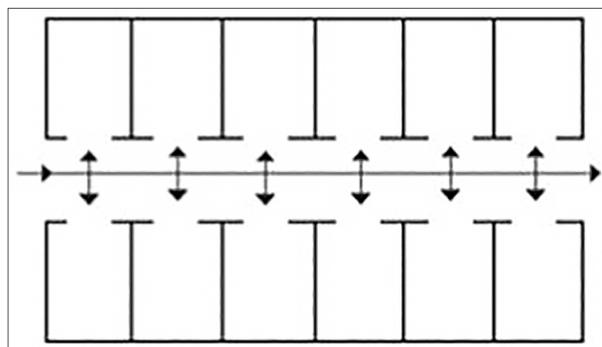


Рис. 9. Коридорная планировка [25]
 Fig. 9. Corridor layout [25]

за лекарствами¹. В верхнем этаже размещались больные, страдающие внутренними болезнями.

Вокруг лечебного учреждения по проекту Кваренги был разбит регулярный сад с множеством цветников и прудом, который до постройки водопровода использовался для забора воды².

¹ Из больницы у Калинкина моста было переведено в новое здание амбулаторное отделение и обслуживающий персонал.

² Мариинская больница первая среди всех больниц Санкт-Петербурга обзаводится водопроводом (1830-е годы), несущим воду из реки Фонтанки, которая в ту пору еще была сравнительно чистой. В 1840-е годы, когда вода из Фонтанки стала малоприводной для нужд больницы, ее стали брать из Невы.

К концу 1820-х годов больничный сад представлял собой уже образец пейзажного парка. Остальная территория больницы была отведена под оранжереи и огороды, которые приносили немалый доход.

В июне 1805 г. были утверждены правила функционирования больницы — «Краткое начертание правил управления Больницей для бедных». Слово «краткое» в названии не вполне соответствует содержанию. Правила довольно подробно устанавливали, кого можно было принимать в больницу, строго регламентировали обязанности всех служащих, распорядок дня в больнице и т.д. Пункт 9 определял: «Поелику сия Больница должна быть в пользу бедным и неимущим без всякого платежа за их лечение и содержание во время болезни, то ливрейных служителей и других людей с оплатою принимать не будут, ибо они имеют другие госпитали, где их принимают за известную плату» [12, 14, 28]. В больницу не принимались военные, беременные женщины, крепостные и зараженные венерическими болезнями, неизлечимо увечные. Они должны были обращаться в соответствующие лечебные заведения.

В дальнейшем императрица Мария Федоровна издает приказание не принимать в больницу страдающих чахоткой, «если не имеется надежды на их излечение», объясняя это вредным воздействием на них воздуха больницы. В 1827 г. она утверждает 50 кроватей для хронических больных и разъясняет, что имеются в виду такие больные, «коих лечение предвидится быть долговременным, но которые, одна-

ко, не почитаются неизлечимыми и сие различие наблюдать с точностью, дабы не обратить Больницу в богадельню для неизлечимых» [12, 14, 28].

Первые 25 лет деятельности больницы прошли при непосредственном участии во всех делах Марии Федоровны. Здесь проявились свойственные ей ответственность, трудолюбие, дисциплинированность, способность вникать в существо любого дела, вера в свое предназначение, организаторские способности. Об этом свидетельствуют быстрая реализация проекта создания больницы, проработка всех сторон ее деятельности, составление подробных инструкций персоналу и др. Вдовствующая императрица лично определяла и утверждала весь персонал, интересовалась всеми делами больницы, входила во все мелочи, разбирала и решала совершенно частные и специальные вопросы. Главный доктор через Почетного Опекуну ежедневно подавал императрице рапорт о числе больных и ежемесячно — денежный отчет. Попечение Марии Федоровны о больных не ограничивалось просмотром рапортов, проверкой отчетов, счетов, принятием решений; она часто приезжала, иногда и неожиданно, в больницу и сама осматривала ее, посещала и утешала больных. Всего за три дня до кончины, будучи уже тяжело больной, она все еще принимала доклады, делала распоряжения по больнице.

24 октября 1828 г. вдовствующая императрица Мария Федоровна скончалась. Многие известные люди высоко оценивали сделанное государыней,



Рис. 10. Фронтон центрального корпуса Мариинской больницы

Fig. 10. The pediment of the central building of the Mariinsky Hospital



Рис. 11. Статуя ангела на фронте центрального корпуса Мариинской больницы

Fig. 11. Angel statue on the pediment of the central building of the Mariinsky Hospital

среди них — А.С. Пушкин. В журнале «Современник» он писал: «В истории нет лица, которое бы по всем отношениям можно было сравнить с покойной императрицей... Она в своей Особе явила миру изумительный пример смиренно-мудрия. В непосредственное ведение свое она приняла одну только часть управления, которая требовала не холодной администрации, но сердечного участия, нежнейшей попечительности, где все зависело от ангельского терпения; и три царствования она была только Министром благотворительности» [20].

В память о государыне и ее «материнском попечении о страждущих» Санкт-Петербургская Больница для бедных стала называться Мариинской. Гладкий фриз центрального корпуса больницы украсила надпись: «Мариинская больница, учрежденная для бедных в 1803^м году» (рис. 10). В 1868 г. на фронте была установлена статуя ангела со скрещенными руками, пожертвованная любителем старины и меценатом графом В.П. Орловым-Давыдовым (рис. 11) [32].



Рис. 12. Принц Петр Георгиевич Ольденбургский (1812–1881) [12]

Fig. 12. Prince Peter Georgievich of Oldenburg (1812–1881) [12]

Деятельность больницы находилась под неустанным контролем императорской семьи, а в Попечительский совет кроме представителей царствующей династии входили состоятельные купцы и общественные деятели. Совет финансировал ремонт и реконструкцию помещений лечебницы, строительство новых корпусов, приобретение нового медицинского оборудования, питание больных и закупку медикаментов.

Более 40 лет — с 1839 по 1881 г. — больницей управлял принц Петр Георгиевич Ольденбургский (1812–1881) — внук императора Павла I и Марии Федоровны (рис. 12). Много сил, энергии, личных средств он вложил в исправную работу и развитие клиники, ее благоустройство, улучшение оборудования.

В 1848 г. на территории Мариинской больницы было завершено строительство Александринской женской больницы, учрежденной императором Николаем I в память умершей при родах младшей дочери, великой княгини Александры Николаевны. Предполагалось, что сюда будут помещаться «страждущие тяжкими хроническими болезнями, не подающими надежды к исцелению и в обыкновенные городские больницы не принимаемые» [19].

Зодчий А.П. Брюллов (1798–1877) предложил новаторское архитектурно-художественное решение сравнительно небольшой, рассчитанной на 50 коек, больницы (рис. 13, 14). Палаты, большая высота которых создавала условия для хорошо-

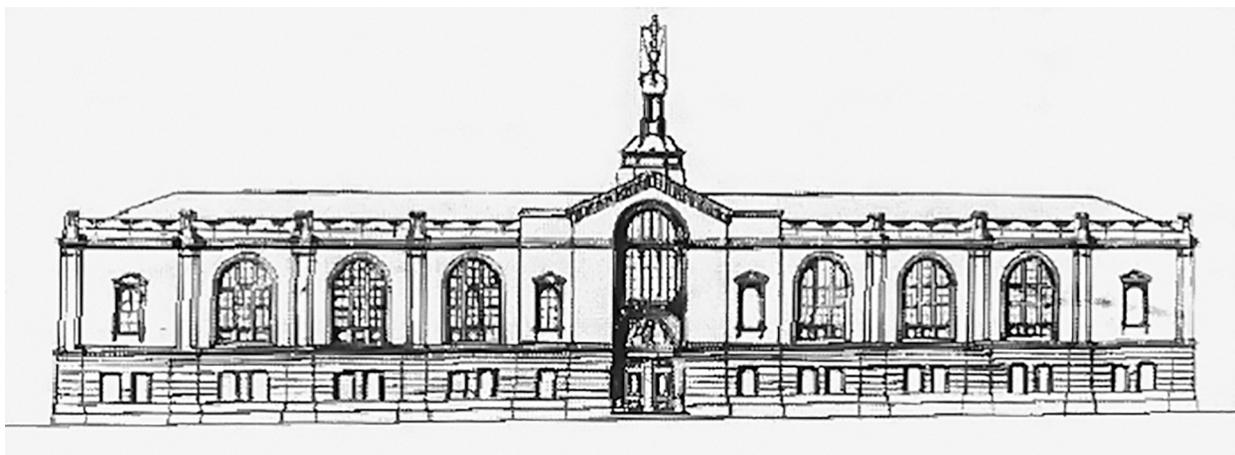


Рис. 13. Архитектор А.П. Брюллов. Проект Александринской больницы. Фасад со стороны улицы. 1844 [19]

Fig. 13. Architect A.P. Bryullov. The project of the Alexandrinsky Hospital. The facade from the street side. 1844 [19]

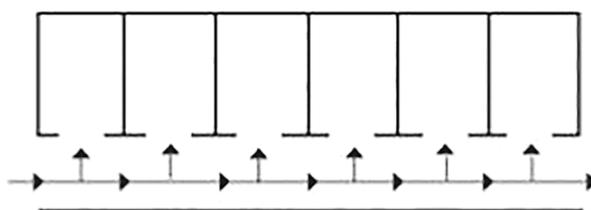


Рис. 14. Александринская женская больница [19]

Fig. 14. Alexandrinsky Women's Hospital [19]

Рис. 15. Планировка при односторонней застройке коридора [25]

Fig. 15. Layout of a one-way corridor building [25]



го воздухообмена, расположены по одну сторону больничного коридора и выходят окнами на юго-восток (рис. 15) [13]. Огромные арочные окна обеспечивали максимальное освещение палат прямыми солнечными лучами и приблизили классическое здание к традициям готики. Архитектор решительно отказался от портиков и колоннад, поместил между окнами узкие и длинные пилястры, отдаленно напоминающие готические пучки колонн. Те части стен, где не было больших проемов, он обработал в традициях классики — рустом и сандриками, а над помещением больничной церкви разместил небольшой купол с луковичной главкой, увенчанной крестом. Александринская женская больница является иллюстрацией того, как под давлением функциональных требований каноны классицизма уступают место новым композиционным закономерностям [30]¹.

В конце 50–60-х годов XIX века в Мариинской больнице происходят новые строительные работы. По просьбе принца П.Г. Ольденбургского Александр II утверждает возведение особого здания для хирургических больных. Оно было закончено и освещено 16 апреля 1868 г. и представляло собой трехэтажное здание с боковым широким и светлым коридором, с современной системой вентиляции и поддержанием оптимальной температуры воздуха в палатах. Хирургический корпус был рассчитан на 160 больных. В главном корпусе оставалось терапевтическое и гангренозное отделения на 340 кроватей и 38 благотворительных [12, 28].

П.Г. Ольденбургский стремился поддерживать больницу на самом современном уровне, беспрепятственно и быстро удовлетворяя просьбы врачей по приобретению новых, входивших в практику хирургических инструментов и медицинских средств. В 1881 г. отмечался 50-летний юбилей общественной деятельности П.Г. Ольденбургского. От Мариинской и Александринской больниц ему был преподнесен адрес со следующими словами: «Более сорока лет, Мариинская больница, по воле почившего в Бозе Императора Николая Павловича, имеет счастье состоять под непосредственным попечительством Вашего Императорского Высочества. Мариинская больница с гордостью сознает, что посреди Ваших многочисленных и многообразных занятий, она постоянно была предметом Вашего особенного внимания и отеческой заботливости. Словом сердечного участия Вы

осушали слезы страждущих и скорбящих, высоким Вашим примером самоотвержения одушевляли всех, при исполнении ими долга... В сердцах целого ряда поколений, призренных в Мариинской и Александринской больницах и служивших при них, неизгладимо запечатлелась память о ваших благодеяниях» [37].

Вскоре после празднеств 2 мая 1881 г. П.Г. Ольденбургский скончался, было решено увековечить память о нем сооружением памятника, «который свидетельствовал бы потомкам, что современники усопшего принца умели понять и оценить Его бескорыстное служение добру и просвещению» [12].

5 июня 1889 г. на полукруглой площадке перед главным корпусом больницы был торжественно открыт памятник П.Г. Ольденбургскому работы скульптора И.И. Шредера (1835–1908) (рис. 16). Монумент был создан на пожертвования, собранные по подписке «по Высочайшему соизволению» по всей Российской империи².

Новый этап в жизни Мариинской больницы начинается после октября 1917 г. В 1918 г. клиника получила новое название — «Больница в память жертв революции», в том же году была закрыта церковь. Претерпело изменение и оформление главного фасада больницы: в начале 1930-х годов сбили надпись на фризе, сняли скульптуру ангела, венчавшую центральный портик, двуглавого орла во фронтоне заменили советским гербом (скульптор И.В. Крестовский (1893–1976)). В 1935 г. клинике было присвоено имя видного революционера — большевика В.В. Куйбышева, на месте памятника принцу П.Г. Ольденбургскому перед оградой больницы была установлена обвитая змеей чаша Гигиены — композиция, символизирующая медицину. В советские годы были построены в стиле функционализма ряд новых корпусов больницы, но они не имеют архитектурной ценности.

«Все возвращается на круги своя». В 1992 г. больнице вернули ее историческое название

¹ Здание Александринской больницы впоследствии было надстроено и перестроено, теперь в нем размещается Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова.

² На памятнике принц в военном мундире с эполетами в своей обычной позе — как бы выслушивающий просьбу, он слегка опирается левой рукой на тумбу с книгами, а правую заложил за борт сюртука. На лицевой стороне гранитного пьедестала бронзовыми позолоченными буквами надпись: «Просвещенному благотворителю принцу Петру Георгиевичу Ольденбургскому. 1812–1881». На других трех сторонах постамента — бронзовые барельефы: принц среди воспитанников Училища правопедения, на экзаменах в Екатерининском институте, в детской больнице — он с участием смотрит на больного ребенка, которого приподнимают две сестры милосердия (П.Г. Ольденбургский был одним из основателей детской больницы им. К.А. Раухфуса).



Рис. 16. Открытие памятника принцу П.Г. Ольденбургскому. 1889 г. [12]

Fig. 16. Opening of the monument to Prince P.G. Oldenburg. 1889 [12]

«Мариинская». На Рождество 2000 г. возобновились богослужения в церкви Святого Апостола Павла¹. Советская символика на фронте центрального корпуса была заменена историческим барельефом, вернулся на крышу больницы ангел. На фризе вновь можно прочитать «Мариинская больница, учрежденная для бедных в 1803^м году». Накануне празднования 300-летия Санкт-Петербурга убрали чашу со змеей, а 9 августа 2023 г. состоялось торжественное открытие памятника принцу Петру Георгиевичу Ольденбургскому [29].

В стиле классицизм построено большое количество больниц Санкт-Петербурга (табл. 1).

Еще в 1762 г. на берегу Фонтанки близ Калинкина моста, на месте прядильного дома при исправительном заведении (тюрьме) для «непотребных жен и девок», была открыта Секретная больница для лечения «прилипчивых» (кожно-венерических) заболеваний (рис. 17) [15]. В 1783 г. лейб-хирургом И.З. Кельхеном

(1722–1810) для подготовки врачей при больнице было учреждено «Императорское калинкинское медико-хирургическое училище», в 1802 г. присоединенное к Императорской Медико-Хирургической академии. В 1831–1833 гг. за старым домом на набережной Фонтанки по проекту архитектора Л.И. Шарлеманя (1784 (1788?)–1845) было построено в строгом классическом стиле новое трехэтажное здание «секретной» больницы на 300 коек (рис. 18)².

В 1779 г. начался прием больных в одном из первых лечебных учреждений города — «простонародной» Обуховской больнице общего профиля с отделением для душевнобольных [4, 6]. Больница первоначально размещалась в шести деревянных бараках на набережной реки Фонтанки возле Обуховского моста. В 1782–1784 гг. по проекту архитектора Дж. Кваренги зодчим Л. Руско (1762–1822) был возведен

¹ В настоящее время в связи с реставрационными работами в храме богослужения совершаются в 13-м корпусе больницы.

² В советские годы здесь находился Научно-исследовательский институт антибиотиков и ферментов. В настоящее время расположен бизнес-центр «Калинкин» и школа «Лаборатория непрерывного математического образования».

Таблица 1

Наиболее известные больницы Санкт-Петербурга, построенные в стиле классицизм

Table 1

The most famous hospitals of St. Petersburg built in the classicism style

Историческое название / Historical name	Современное название / Modern name	Архитектор (-ы) / Architect(s)	Время строительства / Period	Адрес / Address
Елизаветинская община сестер милосердия / Elizabethan community of sisters of mercy	Реставрация / Restoration	В.И. Баженов Н.А. Львов / V.I. Bazhenov N.A. Lviv	1773–1777	Свердловская набережная, 40 / Sverdlovskaya embankment, 40
		Дж. Кваренги / G. Quarenghi	1783–1784	
Обуховская больница / Obukhovskaya hospital	Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова / Military Medical Academy named after S.M. Kirov	Дж. Кваренги Л. Руско / G. Quarenghi L. Rusko	1782–1784	Набережная реки Фонтанки, 106 / Fontanka River embankment, 106
		П.С. Плавов / P.S. Plavov	1836–1839	Загородный проспект, 47 / Zagorodny Avenue, 47
		И.В. Штром / I.V. Strom	1864–1866	Введенский канал, 1 / Vvedensky Canal, 1
Больница Святой Марии Магдалины / Hospital of St. Mary Magdalene Children's City	Детская городская больница № 2 Святой Марии Магдалины / Children's City Hospital № 2 of St. Mary Magdalene	Л. Руска / L. Ruska	1792–1793	2-я линия Васильевского острова, 58 / 2 nd line of Vasilyevsky Island, 58
		Д. Квадри / D. Quadri	1828	
Императорская Медико-Хирургическая Академия. Главный корпус / Imperial Medical-Surgical Academy. Main building	Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова / Military Medical Academy named after S.M. Kirov	А. Порто / A. Porto	1798–1809	Академика С.В. Лебедева улица, 6 Боткинская улица, 8 / Academician S.V. Lebedev street, 6 Botkinskaya street, 8
Мариинская больница / Mariinsky Hospital	Городская Мариинская больница / City Mariinsky Hospital	Дж. Кваренги / G. Quarenghi	1803–1805	Литейный проспект, 56 / Liteiny Avenue, 56
Калинкинская городская больница / Kalinkin City Hospital	Бизнес-центр «Калинкин», школа «Лаборатория непрерывного математического образования» / Business Center «Kalinkin», school «Laboratory of Continuous Mathematical Education»	Л.И. Шарлемань / L.I. Charlemagne	1831–1833	Набережная реки Фонтанки, 166 / Fontanka River embankment, 166
Петропавловская больница / Peter and Paul Hospital	Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова. Поликлиника с клинико-диагностическим центром / First St. Petersburg State Medical University named after I.P. Pavlov. Clinic with clinical diagnostic center	А.Е. Штауберт / A.E. Staubert	1832–1835	Льва Толстого улица, 6/8, к. 5 / Lev Tolstoy street, 6/8, building 5

Окончание табл. 1
Ending of the table 1

Историческое название / Historical name	Современное название / Modern name	Архитектор (-ы) / Architect(s)	Время строительства / Period	Адрес / Address
Больница для душевнобольных Святого Николая Чудотворца / Hospital for the mentally ill patients of St. Nicholas the Wonderworker	Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца / Psychiatric Hospital of St. Nicholas the Wonderworker	Л.И. Шарлемань / L.I. Charlemagne А.Ф. Крассовский / A.F. Krassovsky	1832–1836 1872–1876	Набережная реки Пряжки, 1 Набережная реки Мойки, 126 / Pryazhka River Embankment, 1 Moika River Embankment, 126
Кронштадтский Морской госпиталь / Kronstadt Naval Hospital	35-й военно-морской госпиталь им. Н.А. Семашко / 35 th naval hospital named after N.A. Semashko	Э.Х. Анерт / E.H. Ahnert	1833–1840	г. Кронштадт, улица Мануильского, 2 Восстания улица, 2 / Kronstadt, Manuilsky street, 2 Vosstaniya street, 2
Морской госпиталь (Калинкинский) / Marine Hospital (Kalinkinsky)	Жилой дом / City house	Л.Л. Карбоньер / L.L. Carboniere	1836–1838	Набережная реки Фонтанки, 162 / Fontanka River embankment, 162
Николаевский военно-сухопутный госпиталь / Nikolaevsky military land hospital	442-й окружной военный клинический госпиталь Министерства обороны Российской Федерации имени З.П. Соловьева / 442 nd District Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of the Russian Federation named after Z.P. Solovyov	А.Е. Штауберт А.Н. Акутин / A.E. Staubert A.N. Akutin	1838–1840	Суворовский проспект, 63/1 / Suvorovsky Avenue, 63/1
Повивальный институт / Midwifery Institute	Городской гериатрический медико-социальный центр / City Geriatric Medical and Social Center	К.И. Реймерс В.И. Соболевский / K.I. Reimers V.I. Sobolshchikov Р.А. Гедике / R.A. Goedicke Д.Д. Устругов / D.D. Ustrugov	1851–1853 1876–1878 1910–1913	Набережная реки Фонтанки, 148 / Fontanka River embankment, 148

каменный двухэтажный больничный корпус мужского отделения (рис. 19). Главный фасад (выходящий на Фонтанку) был украшен треугольным фронтоном и торжественным восьмиколонным ионическим портиком, стоящим на рустованном выступе первого этажа¹.

В 1836–1839 гг. на углу Загородного проспекта и Введенского канала по проекту архитектора П.С. Плавова (1794–1864) было построено женское отделение Обуховской больницы — одно из самых замечательных сооружений классицизма в Петербурге (рис. 20). Двухэтажные корпуса объединены угловой

башней на барабане, прорезанном полуциркульными световыми окнами. Цокольный этаж облицован тесаным путиловским известняком. Первый этаж рустован, отделен от верхнего нешироким поясом меандрового узора², трехчастные окна декорированы маскаронами³ с женскими лицами. В оформлении второго этажа также использованы трехчастные окна, отмеченные пилястрами ионического ордера, треугольным

² Меандр (название от реки Меандр в Малой Азии) — в архитектуре орнамент из ломаной под прямым углом линии. Широко использовался в античной архитектуре и архитектуре классицизма.

³ Маскарон — вид скульптурного украшения здания в форме головы человека или животного анфас.

¹ Из-за неоднократных перестроек строение утратило первоначальный облик.



Рис. 17. Прядильный дом. Затем здание Калинкинской (Секретной) больницы [38]

Fig. 17. Spinning house. Later the building of the Kalinka (Secret) hospital [38]



Рис. 18. Калинкинская больница [27]

Fig. 18. Kalinkinskaya hospital [27]

сандриком¹ и балюстрадай². Две полукруглые башни завершают корпуса со стороны двора

¹ Сандрик — декоративная деталь в виде небольшого карниза или фронтона над оконным или дверным проемом. В классицистической архитектуре в основном использовались сандрики в виде треугольного фронтона или прямого карниза, поддерживаемые кронштейном.

² Балюстрада — ограждение, состоящее из ряда столбиков — балясин, поддерживающих горизонтальную балку или перила. В архитектуре классицизма балюстрада достаточно широко использовалась в украшении фасадов.

(рис. 21). Атик центральной башни до революции был украшен лепниной с двуглавым орлом.

Тщательно была продумана и внутренняя планировка здания — палаты располагаются только по одну сторону широкого коридора и ориентированы окнами на юг и восток. Заслуживает внимания замечательная по композиции парадная лестница внутри круглой башни (рис. 22, 23). Ее нижняя часть в виде открытой аркады служит основанием для двухъярусной колоннады. Нижний ярус оформлен восемью гладкими дорическими колоннами, распо-



Рис. 19. Обуховская мужская больница. 1870-е гг. [27]

Fig. 19. Obukhov Men's Hospital. 1870s. [27]



Рис. 20. Женское отделение Обуховской больницы. 1870-е годы [27]

Fig. 20. The women's department of the Obukhov Hospital. 1870s. [27]

женными по кругу. Колонны верхнего яруса обработаны каннелюрами¹ и имеют дорические капители с иониками². Поверхность стен лестницы-ротонды отмечена глубокими полуциркульными нишами [26]. По повелению Ни-

¹ Каннелюры — вертикальные желобки на стволе колонны или пилястры.

² Ионики — элементы орнамента, характерные для ионийского стиля и памятников архитектуры ионического ордера.

коля I под куполом, над главной лестницей, архитектор А.Я. Андреев (1794–1878) обустроил церковь-ротонду, которую освятили в 1840 г. во имя святых апостолов Петра и Павла. Над расположенной в круглой башне церковью был установлен крест³.

В 1864–1866 г. вдоль Введенского канала архитектор И.В. Штром (1823–1888) возвел еще два корпуса на 300 коек, один из которых

³ Церковь была закрыта в 1922 г. [11]

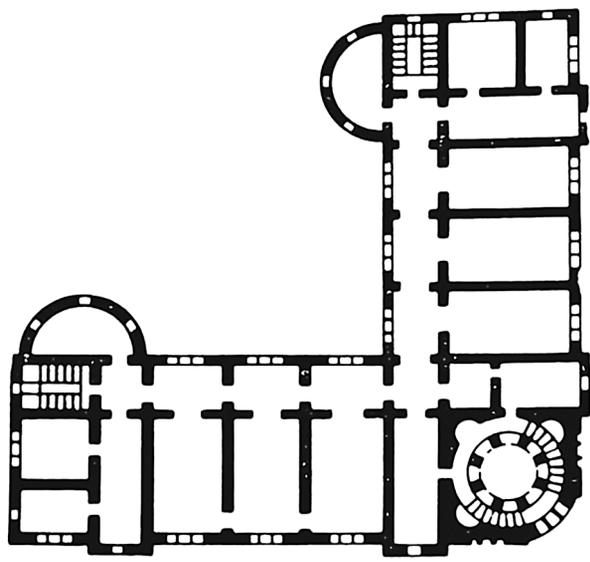


Рис. 21. Женское отделение Обуховской больницы. План второго этажа [27]

Fig. 21. The women's department of the Obukhov Hospital. Second floor plan [27]



Рис. 22. Лестница в угловой башне женской Обуховской больницы. Фото 70-х годов XX века [26]

Fig. 22. Stairs in the corner tower of the Obukhov Women's Hospital. Photo of the 70s of the twentieth century [26]



Рис. 23. Лестница и купол угловой башни женской Обуховской больницы. Начало XXI века [38]

Fig. 23. Staircase and dome of the corner tower of the Obukhov Women's Hospital. The beginning of the XXI century [38]

был назван «принцевским» в честь «Главного благотворителя Империи» — принца П.Г. Ольденбургского (рис. 24). Новый корпус прилегает к главному зданию Обуховской больницы небольшой трехэтажной каменной пристройкой. Оформлен он лаконично, в стиле ранней эклектики с доминированием классических декоративных элементов: первый этаж отделен от верхних нешироким междуэтажным поясом; гладь стен акцентируют сдвоенные арочные окна первого этажа, оформленные лепными архивольтами¹ и широкими лопатками² [18]. «Принцевский корпус» построен с очень широким и очень светлым боковым коридором, служившим местом дневного пребывания для выздоравливающих и обширным резервуаром чистого воздуха для палат [3].

Один из лучших примеров строгого петербургского классицизма — главный корпус Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (рис. 25). 18 декабря 1798 г. императором Павлом I был подписан указ «об ... устройении при главных госпиталях особого здания для врачебного училища и учебных театров» [4]. Строительство велось на Выборгской стороне, поблизости от уже существующих Сухопутного и Морского госпиталей, под руководством архитектора Антонио Порто, и было заверше-

¹ Архивольт — наружное обрамление арочного проема, выделяющее дугу арки из плоскости стены.

² Лопатки (архитектура) — вертикальный плоский и узкий выступ стены, не имеющий базы и капители, в отличие от пилястры.

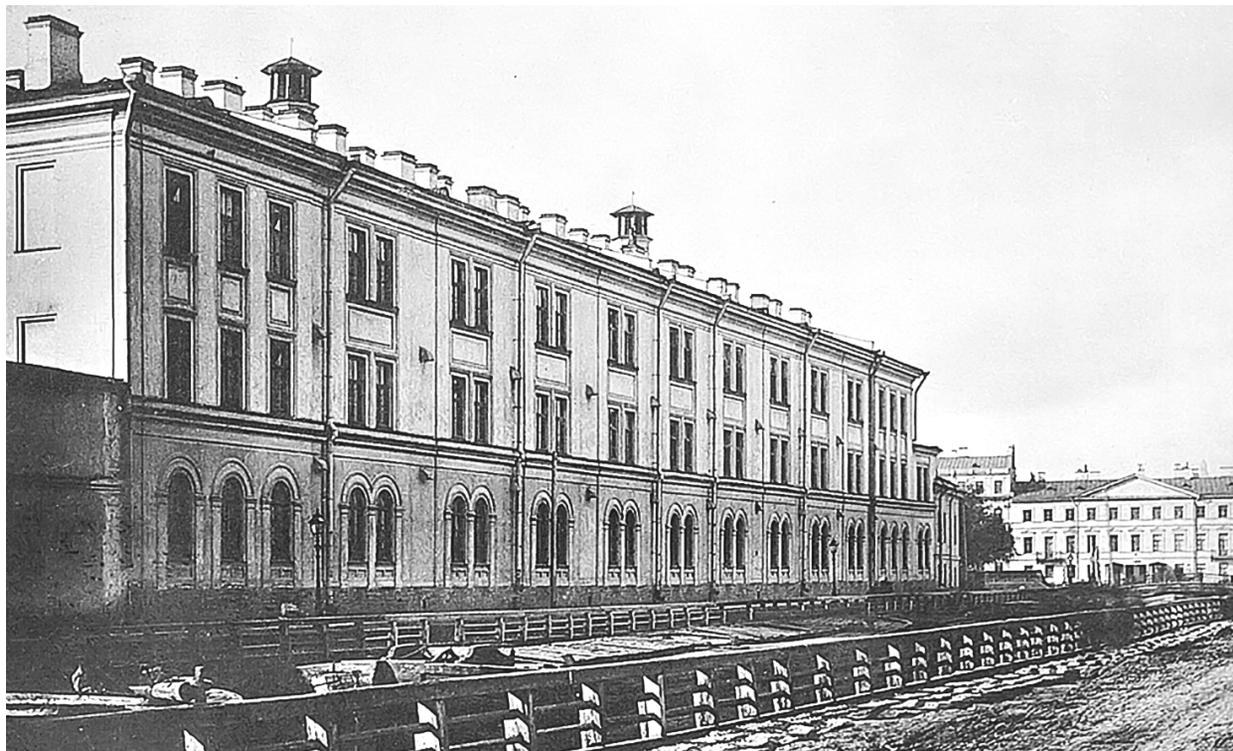


Рис. 24. «Принцевский корпус» Обуховской больницы. 1870-е годы [26]

Fig. 24. «Prince's building» of Obukhov hospital. 1870s [26]



Рис. 25. Главное здание Военно-медицинской академии и памятник лейб-медику Я. Виллие¹. Фото. 1914 г. [38]

Fig. 25. The main building of the Military Medical Academy and the monument to the life physician Ya. Willie. Photo. 1914 [38]

¹ В 1859 г. у Главного здания Военно-медицинской академии был установлен памятник лейб-медику Я. Виллие, который руководил академией 30 лет (скульптор Д.И. Иенсен). В 1949 г. памятник был убран, а в 1964 г. — установлен в парке академии. В 1996 г. на место, где изначально стоял памятник Я. Виллие, был перемещен фонтан «Гигиеся» (скульптор Д.И. Иенсен), который к этому моменту находился там, где в 1996 г. установили памятник военным медикам.

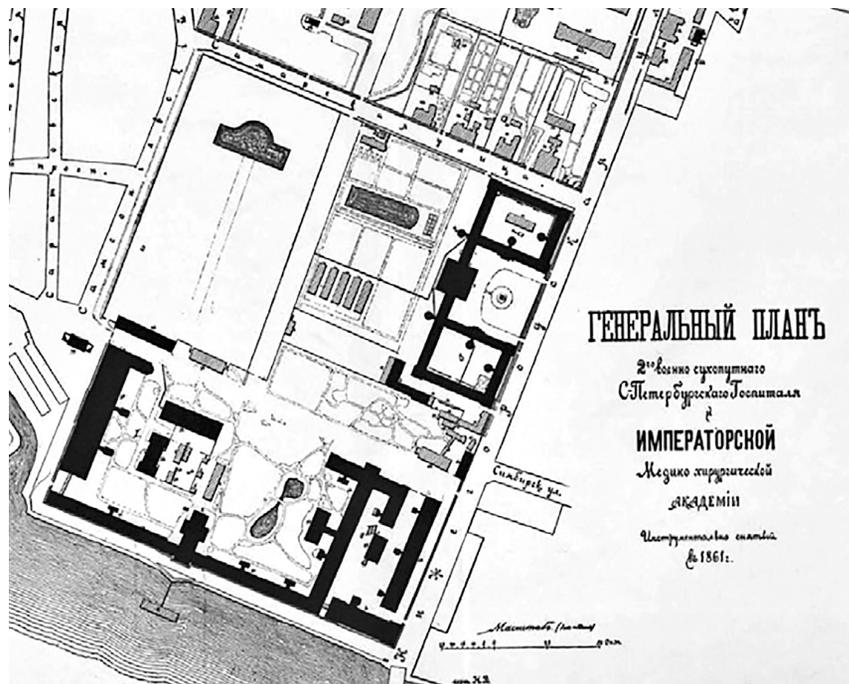


Рис. 26. Генеральный план 2-го военно-сухопутного Санкт-Петербургского госпиталя и Императорской Медицинской Хирургической Академии. 1861 г. (Фрагмент) [5]

Fig. 26. The general plan of the 2nd military-land St. Petersburg Hospital and the Imperial Medical Surgical Academy. 1861 (Fragment) [5]

но в 1809 г.¹ По архитектурно-планировочной композиции двухэтажный каменный ансамбль близок русской загородной усадьбе второй половины XVIII — начала XIX веков (рис. 26). Центральный корпус, расположенный в глубине обширного парадного двора-курдонера², соединен с двумя симметричными, прямоугольными в плане боковыми флигелями, обращенными фасадами на идущую от Невы улицу (ныне академика С.В. Лебедева). Основной корпус, отмеченный портиком из шести коринфских колонн, несущих фронтон, увенчан плоским куполом. Подобные же купола венчают кубические угловые павильоны боковых флигелей с лоджиями. Здание отличается строгим благородством и соответствовало самым высоким требованиям медицинской науки того времени.

Однако ряд строений изначально не был предназначен для больничных нужд. Так, например, здание больницы для душевнобольных св. Николая Чудотворца было построено

архитектором Л.И. Шарлеманем в качестве Смирительного и рабочего дома (Исправительного учреждения) (рис. 27). После вывода арестантов началась масштабная перестройка под руководством архитектора А.Ф. Красовского (1848–1918): устроены новые лестницы, устранены темные помещения, отделения оборудованы ватерклозетами, создан «внутрибольничный телеграф», устроено отопление по новаторской системе инженера И.Д. Флавицкого. Деревянные бараки на территории капитально отремонтированы и приспособлены для летнего пребывания больных [33].

В 1835 г. для Морского госпиталя был куплен двухэтажный каменный дом княгини Е.Е. Шаховской у Калинкина моста на Фонтанке (рис. 28). Под руководством военного инженера Л.Л. Карбоньера (1770–1836) он был частично перестроен, здесь смогли разместиться 330 больных. Фасад здания с лаконичным декором был сохранен и передает строгую красоту позднего классицизма (ампира)³.

¹ Мнение о том, что завершением строительства Главного здания ВМедА руководил А.Н. Воронихин, оспаривается рядом исследователей [38].

² Курдонер — парадный двор перед зданием, ограниченный главным корпусом и симметричными боковыми флигелями.

³ В 1898 г. над центральной частью дома для квартиры главного доктора была сделана надстройка. Она не противоречила архитектуре здания, вписавшись в его композицию. Гармония была нарушена впоследствии, когда эту надстройку продлили во всю длину западного крыла, здание стало асимметричным [2, 8].



Рис. 27. Больница Святого Николая Чудотворца для помешанных [27]

Fig. 27. St. Nicholas the Wonderworker Hospital for the Insane [27]



Рис. 28. Здание Морского (Калинкинского) госпиталя [32]

Fig. 28. The building of the Marine (Kalinkinsky) hospital [32]

Недалеко от Калинкина моста на Фонтанке в 1787–1792 гг. был построен в классическом стиле и двухэтажный особняк князя Я.П. Долгорукова (рис. 29). Несколько лет им владела княгиня Е.В. Зубова. В 1797 г. императрица Мария Федоровна на свои средства приобрела дом для размещения «Родильного госпиталя на 20 кроватей и при нем Повивальной школы на 22 воспитанницы» [31]. Позже госпиталь получил название Повивальный институт и

был размещен на втором этаже. На первом этаже жили ученицы повивальной школы. В 1828 г. после смерти императрицы Марии Федоровны находившийся под ее покровительством институт перешел в ведение великой княгини Елены Павловны¹ (нередко институт называли «Еленинским»).

¹ Великая княгиня Елена Павловна (1807–1873), урожденная Фредерика Шарлота Мария Вюртембергская, супруга



Рис. 29. Здание Повивального института. Фото К.К. Буллы. 1890-е годы [31]

Fig. 29. The building of the Midwifery Institute. Photo by K.K. Bulla. 1890s [31]

В 1845 г. был создан комитет (хирург Н.И. Пирогов, писатель князь В.Ф. Одоевский, архитектор В.И. Соболевский, директор института В.Н. Этлингер), который разработал план перестройки Повивального института. В 1851 г. архитектор К.И. Реймерс (1815–1886) надстроил и расширил здание. В 1851–1853 гг. В.И. Соболевский (1813–1872) пристроил к главному дому трехэтажный дворовый флигель, были проведены канализация и водопровод. В 1876–1878 гг. архитектором Р.А. Гедике (1829–1910) были возведены два двухэтажных флигеля по бокам от основного здания, два — на заднем дворе. Повивальный институт стал представлять комплекс из старого дома (здесь находились акушерская школа и квартиры служащих) и 5 павильонов: для рожениц, для здоровых родильниц, для заболевших родильниц, для гинекологических больных, для амбулаторных больных. Павильоны, в каждом из которых

был свой персонал и инвентарь, соединялись переходами, которые могли быть перекрыты при возникновении эпидемии [1, 7, 22, 24].

Несмотря на все расширения, старое здание по-прежнему было тесным и в 1904 г. Повивальный институт переехал в новое, специально построенное здание, расположенное на Васильевском острове¹. Сюда, на Фонтанку, вскоре переехала Община сестер милосердия Российского общества Красного Креста имени генерал-адъютанта М.П. фон Кауфмана². В 1910–1913 гг. здание было надстроено по проекту гражданского инженера Д.Д. Устругова (1875–1817): главное здание — на 2 этажа, боковые флигеля — на один этаж, и особняк князя Я.П. Долгорукова окончательно утратил первоначальный облик³.

Еще один замечательный памятник классической архитектуры конца XVIII века — загородная усадьба А.А. Безбородко на

великого князя Михаила Павловича. Известная благотворительница: главная попечительница Елисаветинской клинической больницы для малолетних детей, вместе с Н.И. Пироговым основала Крестовоздвиженскую общину сестер милосердия, инициировала создание Клинического института великой княгини Елены Павловны (с 1924 г. — Государственный институт для усовершенствования врачей (ГИДУВ), с 1993 г. — Медицинская академия последипломного образования (МАПО), с 2011 г. — Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова (СЗГМУ им. И.И. Мечникова)).

¹ Здесь он продолжает работу и в наши дни под названием «НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта».

² Община была основана 4 марта 1900 г. по распоряжению покровительницы Российского общества Красного Креста императрицы Марии Федоровны, супруги Александра III. В 1902 г., незадолго до смерти М.П. фон Кауфмана, в течение 15 лет возглавлявшего Российский Красный крест, Общине присвоили его имя [22].

³ В 1918 г. община была ликвидирована, здесь продолжила работу больница имени М.С. Урицкого. В 1997 г. она была реорганизована в Городской гериатрический медицинско-социальный центр.

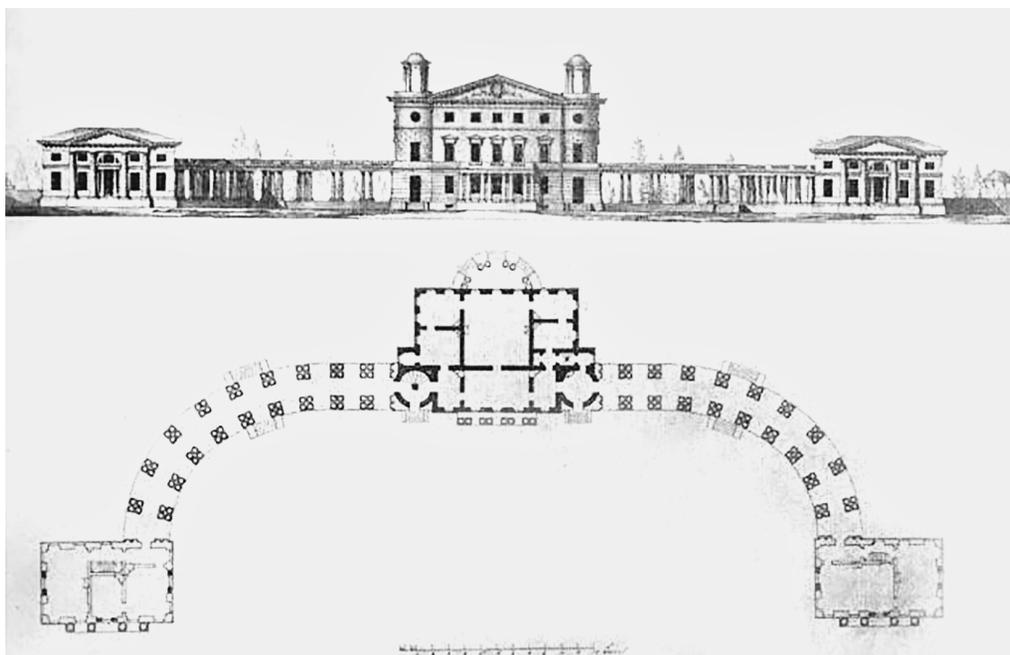


Рис. 30. Рисунок и план первого этажа дачи графа Кушелева–Безбородко [38]

Fig. 30. Drawing and plan of the first floor of Count Kushelev-Bezborodko's dacha [38]

правом берегу Невы (рис. 30, 31, 32)¹. Центральный трехэтажный дом с двумя круглыми башнями по углам, увенчанными вышками-бельведерами, соединен дугообразными в плане галереями с двумя симметричными боковыми флигелями. Флигели связаны друг с другом оригинальной по замыслу оградой из 29 чугунных львов, держащих в зубах массивные цепи. Перед зданием, на берегу Невы, расположена монументальная гранитная пристань, украшенная фигурами четырех сфинксов. Центральный корпус с башнями построен в 1773–1777 гг. по проекту В.И. Баженова (1797–1799). Боковые флигели и галереи, связавшие их с главным корпусом, сооружены Д. Кваренги в 1783–1784 гг. [26]². С севера к усадебному дому примыкал обширный пейзажный парк, украшенный пави-

¹ После смерти А.А. Безбородко поместье перешло его племяннице, княгине К. Лобановой-Ростовской. Она воспитывала сына старшей сестры Л.И. Кушелевой — племянника А.Г. Кушелева. Ввиду угасания мужской линии рода Безбородко, своим указом Александр I разрешил А.Г. Кушелеву добавить к своей фамилии фамилию Безбородко. Он и стал владельцем усадьбы. Со временем дачу стали именовать дачей Кушелева-Безбородко.

² В литературе высказывается мнение, что автором проекта дачи Безбородко был архитектор Н.А. Львов [34, 36].

льонами, построенными Дж. Кваренги. В 40–50-е годы XIX столетия усадьба Кушелева-Безбородко была знаменита как лечебный курорт полостровских минеральных вод.

В 1896 г. здание и часть парка перешли в собственность Общества Красного Креста, и здесь разместилась Елизаветинская община сестер милосердия³, для которого по проектам архитекторов П.Ю. Сюзора (1844–1919), Н.В. Набокова (1838–1907), А.В. Кащенко (1860–1918?) были построены типовые больничные корпуса, ставшие прообразом будущих советских жилмассивов [9]⁴.

В 1828 г. для устройства больницы у наследников богатого купца И.В. Кусова казна приобрела дом на Васильевском острове (рис. 33).

³ Елизаветинская община сестер милосердия была основана в 1896 г. по инициативе великой княгини Елизаветы Федоровны. Именно она, будучи главой первого Санкт-Петербургского дамского комитета Российского общества Красного Креста, в конце 1895 г. ходатайствовала об учреждении общины сестер милосердия. В честь великой княгини община была названа Елизаветинской.

⁴ В советское время в особняке располагалась инфекционная больница им. Карла Либкнехта, позднее — туберкулезный диспансер. В настоящее время компания «Монолит» проводит реконструкцию усадьбы, дачу графа Безбородко планируется превратить в культурно-деловой центр.



Рис. 31. Дача Кушелева-Безбородко [38]

Fig. 31. Kushelev-Bezborodko's cottage [38]



Рис. 32. Львиная ограда у дачи Кушелева-Безбородко [38]

Fig. 32. The lion's fence at the Kushelev-Bezborodko cottage [38]



Рис. 33. Больница Святой Марии Магдалины [27]

Fig. 33. St. Mary Magdalene Hospital [27]

Прямоугольное в плане, двухэтажное здание обращено протяженным фасадом к набережной Макарова (бывшей Тучковой). В 1792–1793 г. оно было сооружено архитектором Л. Руска, и является примером строгого классицизма. Центральная часть акцентирована ризалитом¹ с шестью пилястрами коринфского ордера. Венчает ризалит треугольный фронтон с дентикулами². Боковые части выделены раскреповками. Стены первого этажа ризалита рустованы [16].

В 1828 г. дом Кусова был приспособлен под больницу, что потребовало ряда переделок, произведенных архитектором Д. Квадри (1773–1832). Они ограничились лишь внутренней перепланировкой здания и почти не коснулись фасадов. 24 октября 1829 г., в день первой годовщины смерти императрицы Марии Федоровны, состоялось торжественное открытие больницы. Во имя небесной покровительницы государы-

ни клинике было присвоено имя святой Марии Магдалины³.

В заключение хотелось бы отметить: большинство построенных еще во второй половине XVIII — первой трети XIX века больниц в классическом стиле не только продолжают оказывать медицинскую помощь петербуржцам, но и по-прежнему являются украшением северной столицы, придавая ей благородную сдержанность и изысканную элегантность.

Новый этап в развитии больничной архитектуры города связан с эпохой эклектики, 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.

¹ Ризолит — часть здания, выступающая за основную линию фасада во всю его высоту.

² Дентикул — ряд небольших прямоугольных выступов, расположенных в виде орнамента на карнизе здания и выполняющих роль декора.

³ В 1918 г. больнице присвоили имя революционерки Веры Слуцкой. С 1950 г. здесь работала Детская инфекционная больница, а в 1968 г. больница стала детским хирургическим стационаром. В 1973 г. хирургическая больница им. Веры Слуцкой была объединена с соматической больницей им. Н.К. Крупской. Объединенной больнице было присвоено имя Н.К. Крупской. В 1993 г. возвращено прежнее название.

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. Агеев А.Н., Агеев С.А., Агеев Н.А. Между Фонтанкой и Обводным каналом южнее Невского. Авторский путеводитель. СПб.: Лимбус-Пресс; 2019.
2. Администрация Санкт-Петербурга. Комитет по государственному контролю, использованию и охране памятников истории и культуры. Приказ от 20 февраля 2001 года №15. Об утверждении Списка вновь выявленных объектов, представляющих историческую, научную, художественную или иную культурную ценность (с изменениями на 25 октября 2019 года). Доступен по: <http://docs.cntd.ru/document/8348128> (дата обращения: 15.08.2023).
3. Акт по результатам государственной историко-культурной экспертизы проектной документации на проведение работ по сохранению объекта культурного наследия регионального значения «Обуховская больница». Доступен по: https://prawdom.ru/dom.php?hm=Zagorodnyj%20spb_47%2A (дата обращения: 15.08.2023).
4. Будко А.А. История медицины Санкт-Петербурга XIX — начала XX в. СПб.: Нестор-История; 2010.
5. Генеральный план 2-го военно-сухопутного Санкт-Петербургского госпиталя и Императорской Медицинской Хирургической Академии. 1861 г. Доступен по: <https://www.forum.aroundspb.ru/index.php?t=getfile&id=37309&private=0> (дата обращения: 15.08.2023).
6. Герман Ф.Ф. Исторический очерк Обуховской больницы за 100 лет. СПб.; 1884.
7. Гинзбург А.М., Кириков Б.М., ред. Архитекторы — строители Санкт-Петербурга середины XX начала XX века. СПб.: Пилигрим; 1996.
8. Горбатенко С.Б. Петергофская дорога. Историко-архитектурный путеводитель. СПб.: Европейский дом; 2001.
9. Дача Кушелева-Безбородко в Петербурге: история и интересные факты. Доступен по: <https://vecherka.spb.ru/?p=30915> (дата обращения: 15.08.2023).
10. Двухсотлетие Кабинета Его Императорского Величества. 1704–1904. Историческое исследование. СПб.: Товарищество Р. Голике и А. Вильборг; 1911.
11. Длужневская Г.В. Утраченные храмы Петербурга. СПб.: Литера; 2003.
12. Емельянов О.В., Микиртчян Г.Л. Организация и первые годы деятельности больницы. В кн.: Мариинская больница (1803–2003). СПб.: Хромис; 2004: 6–145.
13. Здание НИИ имени проф. А.Л. Поленова признано региональным памятником. Доступен по: <https://doctorpiter.ru/zdorove/zdanie-nii-impolenova-priznali-regionalny-m-pamyatnikom16199-id636316/> (дата обращения: 15.08.2023).
14. Исторические сведения о Мариинской больнице для бедных в Санкт-Петербурге. СПб.; 1853.
15. Капустин М.Я. Калининская городская больница в Санкт-Петербурге. СПб.; 1889.
16. Кирикова Б.М. Василеостровский район. СПб.: Коло; 2008.
17. Кормильцева О.М. Памятники истории и культуры Петербурга. Исследования и материалы. Вып. 4. СПб.: Белое и черное; 1997: 37–49.
18. Кормильцева О.М. Кириков Б.М., Кормильцева О.М. Памятники архитектуры и истории Санкт-Петербурга. Адмиралтейский район. СПб.: Коло; 2012.
19. Кусков Н.И., Лапотников А.Н. Краткий исторический очерк 50-летнего существования Александринской женской больницы. СПб.; 1899.
20. Микиртчян Г.Л. Вклад императрицы Марии Федоровны в организации помощи детям. Вопросы современной педиатрии. 2013; 12(3): 115–22.
21. Микиртчян 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; 3: 89–101.
22. Наука повивать. Доступен по: https://www.miloserdie.ru/article/nauka-povivat/https://prawdom.ru/dom.php?hm=Reki%20Fontanki%20spb_148 (дата обращения: 15.08.2023).
23. Новая коллекция сорока двух видов Санкт-Петербурга и окрестностей одного срисованных с натуры разными художниками с планом города разделенным на четвероугольники для удобного оных означения. К употреблению иностранцев. СПб.; 1826.
24. Община сестер милосердия имени генерал-адъютанта М.П. фон Кауфмана. Доступен по: <https://www.liveinternet.ru/community/6628214/post453237333> (дата обращения: 15.08.2023).
25. Объемно-планировочные схемы зданий. Доступен по: <https://stylishbag.ru/21-foto/obemno-planirovochnye-shemy-zdanij.html> (дата обращения: 15.08.2023).
26. Памятники архитектуры Ленинграда. Л.: Стройиздат, Ленинградское отделение; 1975.
27. Петербургский попечительный совет заведений общественного призрения. Очерк деятельности за пять

- десять лет 1828–1878. СПб.: типография второго отделения Собственной Его Императорского Величества канцелярии; 1878.
28. Попов Г.И. Маринская больница для бедных в С.-Петербурге. 1803–1903. СПб.: типография А.С. Суворина; 1905.
 29. «Просвещенный благотворитель»: в Санкт-Петербурге вернули на историческое место воссозданный памятник принцу Ольденбургскому. Городская Мариинская больница. Доступен по: <https://mariin.ru/news/10-08-2023-prosveshchennyyu-blagotvoritel-v-sankt-peterburge-vernuli-na-istoricheskoe-mesto-vossozdannuyu-pamyatnik-princu-oldenburgskomu> (дата обращения: 15.08.2023).
 30. Пунин А.Л. Архитектура Петербурга середины XIX века. Л.; 1991.
 31. Репина М.А. Первое родовспомогательное заведение Санкт-Петербурга. СПб.: Эко-Вектор; 2020.
 32. Санкт-Петербург. Энциклопедия. Доступен по: <http://encspb.ru/object/2804676802?dv=2853950737&lc=ru> (дата обращения: 15.08.2023).
 33. Санкт-Петербургская психиатрическая больница св. Николая Чудотворца. К 140-летию. Т. 1. История. СПб.: Коста; 2012.
 34. Секретный алмаз масонов. Доступен по: <https://tatianabelous.livejournal.com/199196.html> (дата обращения: 15.08.2023).
 35. Собрание планов, фасадов и разрезов примечательных зданий Санкт-Петербурга. СПб.; 1826.
 36. Старинная усадьба «дача Безбородко» в Санкт-Петербурге. Доступен по: https://www.liveinternet.ru/users/moloda_i/post500110610/ (дата обращения: 15.08.2023).
 37. Шрейер Ю.О. 50-летний юбилей П.Г. Ольденбургского. СПб.; 1881.
 38. Citywalls. Доступен по: <https://www.citywalls.ru> (дата обращения: 15.08.2023).
 3. Akt po rezul'tatam gosudarstvennoy istoriko-kul'turnoy ekspertizy proektnoy dokumentatsii na provedenie rabot po sokhraneniyu ob"ekta kul'turnogo nasledii regional'nogo znacheniya «Obukhovskaya bol'nitsa». [Act on the results of the state historical and cultural expertise of the project documentation for the preservation of the object of cultural heritage of regional significance “Obukhov Hospital”]. Available at: https://prawdom.ru/dom.php?hm=Zagorodnyj%20spb_47%2A (accessed: 15.08.2023). (in Russian).
 4. Budko A.A. Istoriya meditsiny Sankt-Peterburga XIX — nachala XX v. [The history of medicine in St. Petersburg of the XIX — early XX century]. Sankt-Peterburg: Nestor-Istoriya Publ.; 2010. (in Russian).
 5. General'nyy plan 2-go voenno-sukhoputnogo Sankt-Peterburgskogo gospiytalya i Imperatorskoy Meditsinskoy Khirurgicheskoy Akademii. 1861 g. [The general plan of the 2nd Military Land St. Petersburg Hospital and the Imperial Medical Surgical Academy. 1861]. Available at: <https://www.forum.aroundspb.ru/index.php?t=getfile&id=37309&private=0> (accessed: 15.08.2023). (in Russian).
 6. German F.F. Istoricheskiy ocherk Obukhovskoy bol'nitsy za 100 let. [Historical sketch of the Obukhov Hospital for 100 years]. Sankt-Peterburg; 1884: 76–84. (in Russian).
 7. Ginzburg A.M., Kirikov B.M., red. Arkhitektory – stroiteli Sankt-Peterburga serediny KhKh nachala KhKh veka. [Architects–builders of St. Petersburg in the mid-twentieth and early twentieth century]. Sankt-Peterburg: Pilgrim Publ.; 1996. (in Russian).
 8. Gorbatenko S.B. Petergofskaya doroga. Istoriko-arkhitekturnyy putevoditel'. [Peterhof Road. Historical and architectural guide]. Sankt-Peterburg: Evropeyskiy dom Publ.; 2001. (in Russian).
 9. Dacha Kusheleva-Bezborodko v Peterburge: istoriya i interesnye fakty. [Kushelev-Bezborodko's dacha in St. Petersburg: history and interesting facts]. Available at: <https://vecherka.spb.ru/?p=30915> (accessed: 15.08.2023). (in Russian).
 10. Dvukhsotletie Kabineta Ego Imperatorskogo Velichestva. 1704–1904. Istoricheskoe issledovanie. [Bicentennial of the Cabinet of His Imperial Majesty. 1704–1904. Historical research]. Sankt-Peterburg: Tovarishchestvo R. Golike i A. Vil'borg; 1911. (in Russian).
 11. Dluzhnevskaya G.V. Utrachennyye khramy Peterburga. [The Lost temples of St. Petersburg]. Sankt-Peterburg: Litera Publ.; 2003. (in Russian).
 12. Emel'yanov O.V., Mikirtichan G.L. Organizatsiya i pervyye gody deyatel'nosti bol'nitsy. [Organization and early years of the hospital]. In.: Mariinskaya bol'nitsa (1803–2003). Sankt-Peterburg: Khromis Publ.; 2004: 6–145. (in Russian).
 13. Zdanie NII imeni prof. A.L. Polenova priznali regional'nym pamyatnikom. [The building of the Research Institute named after Prof. A.L. Polenov was recognized as a regional monument]. Available at: <https://doctorpiter.ru/zdorove/zdanie-nii-impolenova-priznali-regionalny-m-pamyatnikom16199-id636316/> (accessed: 15.08.2023). (in Russian).

REFERENCES

1. Ageev A.N., Ageev S.A., Ageev N.A. Mezhdru Fontankoy i Obvodnym kanalom yuzhnee Nevskogo. Avtorskiy putevoditel'. [Between Fontanka and the Obvodny Canal south of Nevsky. Author's guide]. Sankt-Peterburg: Limbus-Press Publ.; 2019. (in Russian).
2. Administratsiya Sankt-Peterburga. Komitet po gosudarstvennomu kontrolyu, ispol'zovaniyu i okhrane pamyatnikov istorii i kul'tury. Prikaz ot 20 fevralya 2001 goda №15. Ob utverzhdenii Spiska vnov' vuyavlennykh ob"ektov, predstavlyayushchikh istoricheskuyu, nauchnyu, khudozhestvennyuyu ili inuyu kul'turnuyu tsennost' (s izmeneniyami na 25 oktyabrya 2019 goda). [Administration of St. Petersburg. Committee for State Control, Use and Protection of Historical and Cultural Monuments. Order No. 15 of February 20, 2001. On approval of the List of Newly Identified Objects of Historical, Scientific, Artistic or Other Cultural Value (as amended on October 25, 2019)]. Available at: <http://docs.cntd.ru/document/8348128> (accessed: 15.08.2023). (in Russian).

14. Istoricheskie svedeniya o Mariinskoy bol'nitse dlya bednykh v Sankt-Peterburge. [Historical information about the Mariinsky Hospital for the Poor in St. Petersburg]. Sankt-Peterburg; 1853. (in Russian).
15. Kapustin M.Ya. Kalinkinskaya gorodskaya bol'nitsa v Sankt-Peterburge. [Kalinkinskaya City Hospital in St. Petersburg]. Sankt-Peterburg; 1889. (in Russian).
16. Kirikova B.M. Vasileostrovskiy rayon. [Vasileostrovsky district]. Sankt-Peterburg: Kolo Publ.; 2008. (in Russian).
17. Kormil'tseva O.M. Pamyatniki istorii i kul'tury Peterburga. Issledovaniya i materialy. [Historical and cultural monuments of St. Petersburg. Research and materials]. Vyp. 4. Sankt-Peterburg: Beloe i chernoe Publ.; 1997: 37–49 (in Russian).
18. Kormil'tseva O.M. Kirikov B.M., Kormil'tseva O.M. Pamyatniki arkhitektury i istorii Sankt-Peterburga. Admiralteyskiy rayon. [Monuments of architecture and history of St. Petersburg. Admiralty district]. Sankt-Peterburg: Kolo Publ.; 2012. (in Russian).
19. Kuskov N.I., Lapotnikov A.N. Kratkiy istoricheskiy ocherk 50-letnego sushchestvovaniya Aleksandrinskoy zhenskoy bol'nitsy. [A brief historical sketch of the 50-year existence of the Alexandrinsky Women's Hospital]. Sankt-Peterburg; 1899. (in Russian).
20. Mikirtichan G.L. Vklad imperatritsy Marii Fedorovny v organizatsii pomoshchi detyam. [Contribution of Empress Maria Feodorovna to the organization of assistance to children]. Voprosy sovremennoy pediatrii. 2013; 12(3): 115–22. (in Russian).
21. Mikirtichan G.L., Likhtshangof A.Z., Lisenkova L.N., Makeeva V.I., Zhikorentseva P.A., Yuzhaninov V.N. Arkhitektura bol'nits Sankt-Peterburga: ot petrovskogo barokko k khay-tekku. Chast' I. Petrovskoe barokko [Architecture of hospitals in St. Petersburg: from petrovsky baroque to hi-tech. Part I. Peter's baroque]. Medicine and healthcare organization. 2023; 3: 89–101. (In Russian).
22. Nauka povivat'. [The Science of Midwifery]. Available at: <https://www.miloserdie.ru/article/nauka-povivat/> https://prawdom.ru/dom.php?hm=Reki%20Fontanki%20spb_148 (accessed: 15.08.2023). (in Russian).
23. Novaya kolleksiya soroka dvukh vidov Sankt-Peterburga i okrestnostey onogo srisovannykh s natyry raznymi khudozhnikami s planom goroda razdelennym na chetverougolniki dlya udobnogo onykh oznacheniya. K upotrebleniyu inostrantsev. [A new collection of forty-two views of St. Petersburg and its environs, drawn from nature by different artists with a city plan divided into quadrilaterals for convenient signification. For the use of foreigners]. Sankt-Peterburg; 1826. (in Russian).
24. Obshchina sester miloserdniya imeni general-ad'yutanta M.P. fon Kaufmana. [The Community of Sisters of Mercy named after Adjutant General M.P. von Kaufman]. Available at: <https://www.liveinternet.ru/community/6628214/post453237333> (accessed: 15.08.2023). (in Russian).
25. Ob'emno-planirovochnye skhemy zdaniy. [Space-planning schemes of buildings]. Available at: <https://stylish-bag.ru/21-foto/obemno-planirovochnye-shemy-zdaniy.html> (accessed: 15.08.2023). (in Russian).
26. Pamyatniki arkhitektury Leningrada. [Architectural monuments of Leningrad]. Leningrad: Stroyizdat, Leningradskoe otdelenie Publ.; 1975. (in Russian).
27. Peterburgskiy popechitel'nyy sovet zavedeniy obshchestvennogo prizreniya. Ocherk deyatelnosti za pyat'desyat let 1828–1878. [St. Petersburg Board of Trustees of Public Charity institutions. An outline of activity for fifty years 1828–1878]. Sankt-Peterburg: tipografiya vtorogo otdeleniya Sobstvennoy Ego Imperatorskogo Velichestva kantselyarii; 1878. (in Russian).
28. Popov G.I. Mariinskaya bol'nitsa dlya bednykh v S.-Peterburge. 1803–1903. [Mariinsky Hospital for the Poor in St. Petersburg]. Sankt-Peterburg: tipografiya A.S. Suvorina; 1905. (in Russian).
29. «Prosveshchennyy blagotvoritel'»: v Sankt-Peterburge vernuli na istoricheskoe mesto vossozdannyy pamyatnik printsu Ol'denburgskomu. Gorodskaya Mariinskaya bol'nitsa. [«Enlightened Benefactor»: in St. Petersburg, a recreated monument to the Prince of Oldenburg was returned to its historical place. City Mariinsky Hospital]. Available at: <https://mariin.ru/news/10-08-2023-prosveshchennyy-blagotvoritel-v-sankt-peterburge-vernuli-na-istoricheskoe-mesto-vossozdannyy-pamyatnik-princu-oldenburgskomu> (accessed: 15.08.2023). (in Russian).
30. Punin A.L. Arkhitektura Peterburga serediny KhIKh veka. [Architecture of St. Petersburg in the middle of the XIX century]. Leningrad; 1991. (in Russian).
31. Repina M.A. Pervoe rodovspomogatel'noe zavedenie Sankt-Peterburga. [The first maternity hospital in St. Petersburg]. Sankt-Peterburg: Eko-Vektor Publ.; 2020. (in Russian).
32. Sankt-Peterburg. Entsiklopediya. [Saint-Petersburg. Encyclopedia]. Available at: <http://encspb.ru/object/2804676802?d-v=2853950737&lc=ru> (accessed: 15.08.2023). (in Russian).
33. Sankt-Peterburgskaya psikhiatricheskaya bol'nitsa sv. Nikolaya Chudotvortsya. K 140-letiyu. T. 1. Istoriya. [St. Petersburg Psychiatric Hospital of St. Nicholas the Wonderworker. To the 140th anniversary. Vol. 1. History]. Sankt-Peterburg: Kosta Publ.; 2012. (in Russian).
34. Sekretnyy almaz masonov. [The Secret Diamond of the Masons]. Available at: <https://tatianabelous.livejournal.com/199196.html> (accessed: 15.08.2023). (in Russian).
35. Sobranie planov, fasadov i razrezov primechatel'nykh zdaniy Sankt-Peterburga. [Collection of plans, facades and sections of notable buildings of St. Petersburg]. Sankt-Peterburg; 1826. (in Russian).
36. Starinnaya usad'ba «dacha Bezborodko» v Sankt-Peterburge. [The old manor “dacha Bezborodko” in St. Petersburg]. Available at: https://www.liveinternet.ru/users/moloda_i/post500110610/ (accessed: 15.08.2023). (in Russian).
37. Shreyer Yu.O. 50-letniy yubiley P.G. Ol'denburgskogo. [50th anniversary of P.G. Oldenburgsky]. Sankt-Peterburg; 1881. (in Russian).
38. Citywalls. Available at: <https://www.citywalls.ru> (accessed: 15.08.2023). (in Russian).

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, SPIN. 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 algoritm 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

Sheglov I. Naskol'ko velika rol' mikroflory v biologii vida-khozyaina? [How great is the microflora role in type-owner biology?]. Zhivye sistema: 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 вверху 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.