

ISSN 2658-4212  
eISSN 2658-4220



MEDICINE

2022, VOLUME 7, N 3

AND HEALTH CARE ORGANIZATION

2022, ТОМ 7, № 3

МЕДИЦИНА

И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

# MEDICINE AND HEALTH CARE ORGANIZATION

2022, VOLUME 7, N 3

SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL FOR DOCTORS

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

Основан в 2016 году  
в Санкт-Петербурге

ISSN 2658-4212 eISSN 2658-4220

Выпускается 4 раза в год  
Журнал реферируется РЖ ВИНТИ

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

Издатели, учредители:

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

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

ПИ № ФС77-74238 от 02 ноября 2018 г.

Проект-макет: Титова Л.А.

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

Титова Л.А. (выпускающий редактор)

Варламова И.Н. (верстка)

Адрес редакции: Литовская ул., 2,

Санкт-Петербург, 194100;

тел./факс: (812) 295-31-55;

e-mail: medorgspb@yandex.ru

Статьи просьба направлять по адресу:

medorgspb@yandex.ru

Address for correspondence:

2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia.

Tel/Fax: +7 (812) 295-31-55.

E-mail: medorgspb@yandex.ru.

Формат 60 × 90/8. Усл.-печ. л. 14,5.

Тираж 100 экз. Распространяется бесплатно.

Оригинал-макет изготвлен

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Отпечатано ФГБОУ ВО СПбГПМУ

Минздрава России.

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

Заказ 124. Дата выхода 15.10.2022.

В оформлении обложки использован фрагмент

репродукции картины Ф. Морана «Я тоже».

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. S.F. Bagnenko

С.Ф. Багненко

Академик РАН, д.м.н., I.K. Romanovich Academician of the RAS

проф. И.К. Романович Prof., MD, PhD

Член-корр. РАН, д.м.н., проф. N.V. Polunina, Corresponding Member of the

Н.В. Полунина (Москва) RAS, Prof., MD, PhD (Moscow)

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

А.П. Щербо 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. В.С. Василенко V.S. Vasilenko, Prof., MD, PhD

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

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

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

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

К.ф.н., доц. И.И. 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)

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

Редакционный совет: Editorial Council:

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

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

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

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

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

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

Д.м.н., доцент С.В. Гречаний 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. 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. В.Ю. Тегза V.Yu. Tegza, Prof., MD, PhD

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

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

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

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

2022, ТОМ 7, № 3

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

# МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

# CONTENT

# СОДЕРЖАНИЕ

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

*Д. О. Иванов, К. Е. Моисеева, Е. Н. Березкина,  
О. И. Сергиенко, А. А. Заступова*

Сравнительная оценка акушерского анамнеза  
матерей детей, родившихся больными  
и заболевших, и здоровых новорожденных..... 4

*В. И. Орел, А. В. Ким, Л. В. Сочкова,  
Н. А. Гурьева, В. И. Смирнова,  
Л. Л. Шарафутдинова*

Актуальные проблемы оплаты труда  
в медицинских организациях, оказывающих  
первичную медико-санитарную помощь..... 12

*В. К. Юрьев, Э. А. Сулейманов,  
К. С. Межидов, К. Е. Моисеева*

Особенности первичной заболеваемости  
детского населения Чеченской Республики ..... 20

*Л. А. Жданова, И. Е. Бобошко,  
А. В. Шишова, А. В. Ким*

Организация профилактической работы детской  
поликлиники: анализ нормативной базы,  
проблемы, пути решения..... 28

*А. Ю. Апресян*

Оценка пациентами оказания первичной  
медико-санитарной помощи при заболеваниях  
периферических артерий..... 36

## ГИГИЕНА

*И. Н. Халфиев, В. Г. Пузырев,  
М. Ш. Музаффарова, Л. В. Григорьева,  
И. Д. Ситдикова, М. В. Колпакова,  
О. В. Шарапова, М. К. Иванова,  
Д. В. Павлов, Д. В. Ченцов*

Динамика показателей онкологической  
заболеваемости в условиях антропогенного  
прессинга ..... 44

## ORIGINAL PAPERS

*D. O. Ivanov, K. E. Moiseeva, E. N. Berezkina,  
O. I. Sergienko, A. A. Zastupova*

Comparative assessment of the obstetric history of  
mothers of both children born sick and ill  
and healthy newborns..... 4

*V. I. Orel, A. V. Kim, L. V. Sochkova,  
N. A. Guryeva, V. I. Smirnova,  
L. L. Sharafutdinova*

Actual problems of remuneration of labor in medical  
organizations providing primary health care ..... 12

*V. K. Yuriev, E. A. Suleymanov,  
K. S. Mezhidov, K. E. Moiseeva*

Features of the primary incidence of diseases  
of the child population of the Chechen Republic ..... 20

*L. A. Zhdanova, I. E. Boboshko,  
A. V. Shishova, A. V. Kim*

Organization of preventive work of the infant health  
centre: analysis of the regulations, ways of solving  
the problems. .... 28

*A. Yu. Apresyan*

Patients assessment of primary health care measures  
in case of diseases of peripheral arteries..... 36

## HYGIENE

*I. N. Khalfiyev, V. G. Puzyrev,  
M. Sh. Muzaffarova, L. V. Grigorieva,  
I. D. Sitdikova, M. V. Kolpakova,  
O. V. Sharapova, M. K. Ivanova,  
D. V. Pavlov, D. V. Chencov*

Dynamics of indicators of malignant neoplasms  
under the conditions of anthropotechnogenic  
pressing ..... 44

## ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

*Е. С. Максимов, К. А. Пашков*

К истории отечественной стоматологии: реформа зуботехнического дела в 1918–1921 годах..... 52

## ОБЗОРЫ

*А. В. Алексева, К. Е. Моисеева,  
Ш. Д. Харбедея, Е. Н. Березкина, О. В. Симонова*

Профилактическая работа детских поликлиник как один из основных элементов охраны здоровья детского населения ..... 59

*Т. Л. Судова, М. С. Ширшикова*

Обучение в течение жизни: возможности и проблемы ..... 69

## ПЕРСОНАЛИИ

*А. П. Щербо*

Неистовая Вера (к 170-летию Веры Николаевны Фигнер)..... 83

## СОБЫТИЯ

*В. И. Гузева, И. В. Охрим, О. В. Гузева,  
В. В. Гузева, В. Р. Касумов, М. А. Разумовский,  
Ю. А. Еремкина, Е. А. Севрук*

90 лет кафедре неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Санкт-Петербургского педиатрического медицинского университета. В память о наших учителях ..... 95

## ИНФОРМАЦИЯ

Правила для авторов ..... 109

## HISTORY OF MEDICINE

*E. S. Maksimov, K. A. Pashkov*

To the history of domestic dentistry: reform of dental engineering in 1918–1921 ..... 52

## REVIEWS

*A. V. Alekseeva, K. E. Moiseeva,  
Sh. D. Harbedia, E. N. Berezkina, O. V. Simonova*

Preventive work in children's polyclinics being one of the main elements of protection of children's health ..... 59

*T. L. Sudova, M. S. Shirshikova*

Lifelong learning: opportunities and challenges ..... 69

## PERSONALITIES

*A. P. Shcherbo*

Frantic Vera (to the 170<sup>th</sup> anniversary of Vera Nikolaevna Figner) ..... 83

## EVENTS

*V. I. Guzeva, I. V. Okhrim, O. V. Guzeva,  
V. V. Guzeva, V. R. Kasumov, M. A. Razumovsky,  
Yu. A. Eremkina, E. A. Sevruk*

90 years of the department of neurology, neurosurgery and medical genetics Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. In memory of our teachers ..... 95

## INFORMATION

Rules for authors ..... 109

УДК 614.2

DOI: 10.56871/6139.2022.90.39.001

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ БОЛЬНЫМИ И ЗАБОЛЕВШИХ, И ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

© Дмитрий Олегович Иванов, Карина Евгеньевна Моисеева,  
Елена Николаевна Березкина, Ольга Игоревна Сергиенко,  
Анна Алексеевна Заступова

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

**Контактная информация:** Карина Евгеньевна Моисеева — д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: karina-moiseeva@yandex.ru

Поступила: 06.06.2022

Одобрена: 05.09.2022

Принята к печати: 30.09.2022

**РЕЗЮМЕ:** С целью оценки акушерского анамнеза матерей детей, родившихся больными и заболевших, было проведено сравнение этих женщин с матерями здоровых новорожденных. Для реализации данной цели было проведено анкетирование 973 матерей в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей и детских поликлиниках Санкт-Петербурга. Установлено, что матери больных новорожденных в среднем имели более поздний срок постановки на учет по беременности женской консультации, чем матери здоровых детей ( $9,94 \pm 0,04$  недели против  $8,62 \pm 0,04$  недели ( $t=23,40$ ;  $p<0,01$ )), при этом они достоверно реже вставали на учет до 6 недель беременности ( $t=3,44$ ;  $p<0,01$ ). У матерей больных детей было достоверно ниже среднее время продолжительности беременности ( $34,48 \pm 1,21$  недели против  $37,34 \pm 0,94$  недели ( $t=65,57$ ;  $p<0,01$ )). Оценка наличия у матери хронических заболеваний (патологических состояний), заболеваний, возникших во время беременности, и осложнений в родах показала, что у матерей, имевших детей, родившихся больными и заболевших, они наблюдались статистически значимо чаще, чем у матерей здоровых новорожденных ( $t=4,56$ ;  $t=4,92$  и  $t=3,04$  соответственно;  $p<0,01$ ). Кроме того, у матерей больных новорожденных чаще в структуре хронической патологии встречались болезни глаза и его придаточного аппарата (в 3,4 раза), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (в 3,1 раза) и болезни мочеполовой системы (в 2,3 раза). Сравнительная оценка частоты заболеваний (патологических состояний), возникших у матерей во время беременности в основной и контрольной группах, показала наличие статистически значимых различий по частоте встречаемости анемии (35,0% против 21,3% ( $t=2,51$ ;  $p<0,05$ ); гипертензии (15,3% против 2,2% ( $t=2,09$ ;  $p<0,05$ ); гестационного сахарного диабета (10,8% против 7,9% ( $t=2,08$ ;  $p<0,05$ )). В основной группе у матерей чаще встречались патология плода (в 6,3 раза), угроза прерывания беременности (в 4,9 раза), резус-конфликт (4,2 раза) и угроза преждевременных родов (в 3,0 раза).

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** новорожденные; акушерский анамнез матери; здоровые дети; новорожденные, родившиеся больными и заболевшие.

# COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE OBSTETRIC HISTORY OF MOTHERS OF BOTH CHILDREN BORN SICK AND ILL AND HEALTHY NEWBORNS

© *Dmitry O. Ivanov, Karina E. Moiseeva, Elena N. Berezkina, Olga I. Sergienko, Anna A. Zastupova*

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Russia, Saint-Petersburg, 194100

**Contact information:** Karina E. Moiseeva — MD PhD, Professor of the Department of Public Health and Health.  
E-mail: karina-moiseeva@yandex.ru

Received: 06.06.2022

Revised: 05.09.2022

Accepted: 30.09.2022

**ABSTRACT:** In order to assess the obstetric anamnesis of mothers of children born sick and ill, a comparison was made of these women's data with mothers of healthy newborns. To achieve this goal, a survey of 973 mothers was conducted in the departments of pathology of newborns and premature babies and some children's outpatients clinics in Saint-Petersburg. It was found that mothers of sick newborns, on average, had a later period of registration for pregnancy at the antenatal clinic than mothers having healthy children ( $9.94 \pm 0.04$  weeks versus  $8.62 \pm 0.04$  weeks ( $t=23.40$ ;  $p<0.01$ ), while the former were significantly less likely to register before 6 weeks of pregnancy ( $t=3.44$ ;  $p<0.01$ ). Mothers of sick children had a significantly lower average duration of pregnancy ( $34.48 \pm 1.21$  weeks vs.  $37.34 \pm 0.94$  weeks ( $t=65.57$ ;  $p<0.01$ )). An assessment of the presence of chronic diseases (pathological conditions) in the mother, diseases that occurred during pregnancy, and complications in the delivery process showed that in mothers having children who were born sick and fell ill they were observed statistically significantly more often than in mothers of healthy newborns ( $t=4.56$ ,  $t=4.92$  and  $t=3.04$ , respectively;  $p<0.01$ ). In addition, in the structure of chronic pathology, mothers of sick newborns more often had diseases of the eye and its adnexae (3.4 times), diseases of the endocrine system, feeding disorders and metabolic disorders (3.1 times) as well as diseases of the genitourinary system (in 2.3 times). A comparative assessment of the frequency of diseases (pathological conditions) that occurred in mothers during pregnancy in the main and control groups showed statistically significant differences in the incidence of anemia (35.0% vs. 21.3% ( $t=2.51$ ;  $p<0.05$ ); hypertension (15.3% vs. 2.2% ( $t=2.09$ ;  $p<0.05$ ); gestational diabetes mellitus (10.8% vs. 7.9% ( $t=2.08$ ;  $p<0.05$ )). In the main group, mothers were more likely to have fetal pathology (6.3 times), the threat of abortion (4.9 times), Rhesus conflict (4.2 times) and the threat of preterm birth (3.0 times).

**KEY WORDS:** newborns; mother's obstetric history; healthy children; newborns born sick and ill.

## ВВЕДЕНИЕ

Приоритет здоровья детей является одним из ведущих принципов отечественного здравоохранения [12]. В условиях низкой рождаемости особенно важной становится борьба за жизнь и благополучие каждого вновь рожденного ребенка [3]. В России ежегодно рождается около трети детей, имеющих те или иные отклонения в состоянии здоровья [7]. Для повышения эффективности оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовый период и новорожденным в Российской Федерации была внедрена трехуровневая система оказания акушерской и перинатальной помощи [5, 6, 13]. Это позволило

существенно снизить показатели материнской и младенческой смертности в нашей стране [1, 2, 16].

Исходя из особой значимости состояния здоровья детского населения для здоровья популяции в целом указом Президента России 2018–2027 годы в Российской Федерации объявлены «Десятилетием детства» [11]. В связи с чем как на федеральном, так и на региональном уровнях разрабатываются и внедряются в деятельность медицинских организаций значительное количество программ и проектов, направленных на укрепление и сохранение здоровья детей, начиная с рождения [14, 15]. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 января 2021 г. № 122-р «Об

утверждении плана основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, на период до 2027 года» были установлены основные направления реализации государственной политики, которые должны оказать существенное влияние на все сферы жизнедеятельности детей [10]. Учитывая неблагоприятные демографические условия последних лет, одним из основных направлений деятельности современной системы охраны материнства и детства должно стать повышение доступности и качества оказания медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшими [4, 8]. Соответственно, сравнительная оценка акушерского анамнеза матерей детей, родившихся больными и заболевших, с матерями здоровых детей, позволяющая выявить факторы риска рождения больного ребенка, является актуальной темой для исследования.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить особенности акушерского анамнеза матерей детей, родившихся больными и заболевших.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Сравнительная оценка акушерского анамнеза матерей больных новорожденных в сравнении с матерями здоровых детей проводилась на основании данных, полученных путем анкетирования матерей. По специально разработанным формам «Анкета матери новорожденного» было проведено анонимное анкетирование 973 матерей новорожденных, получавших медицинскую помощь в рамках ОМС, в медицинских организациях Санкт-Петербурга в 2019–2020 годах. Отбор матерей для участия в исследовании проводился случайным методом с соблюдением всех правил репрезентативности. Основную группу составили матери детей, родившихся больными и заболевших, дети которых проходили лечение в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПН) перинатального центра и детского стационара. В исследование были включены только матери, госпитализация детей которых осуществлялась в период новорожденности (0–28 дней). Контрольную группу составили матери здоровых детей (I и II группы здоровья), проходивших плановые профилактические медицинские осмотры в 1 месяц жизни в детских поликлинических отделениях (ДПО) городских поликлиник в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Феде-

рации от 10.08.2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» [9]. Как основную, так и контрольную группу составили матери, постоянно проживающие в Санкт-Петербурге.

Базами для настоящего исследования были выбраны ОПН перинатального центра ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации и СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 17 Святителя Николая Чудотворца». Для исследования здоровых новорожденных (группа сравнения) были отобраны две детские поликлиники (детских поликлинических отделения, ДПО), находящиеся в разных районах города: СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 27» Детское поликлиническое отделение (Адмиралтейский район Санкт-Петербурга) и СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 19» Детское поликлиническое отделение № 43 (Фрунзенский район Санкт-Петербурга).

**Порядок проведения анкетирования.** Матери самостоятельно заполняли анкеты перед выпиской из медицинской организации или в ходе прохождения ребенком профилактических медицинских осмотров в месяц жизни. Согласием на участие в исследовании служило заполнение анкеты. В связи с тем, что планировалось проведение выборочного исследования, был рассчитан минимальный необходимый объем репрезентативных выборок, который был рассчитан по формуле 1:

$$n_p = \frac{N \cdot t^2 \bar{p} (1 - \bar{p})}{N \cdot \Delta \bar{p}^2 + t^2 \bar{p} (1 - \bar{p})}, \quad (1)$$

где  $N$  — численность генеральной совокупности;  $\bar{p}$  — ориентировочная частота (доля), она неизвестна, поэтому берем 0,5;  $t$  — критическое значение критерия Стьюдента для заданной доверительной вероятности, берем минимальную вероятность для медико-биологических исследований — 95%, в этом случае  $t$  будет равно 1,96;  $\Delta \bar{p}$  — желаемая максимальная ошибка частоты, задаем максимальную ошибку — 5%. В качестве генеральной совокупности было взято количество выбывших пациентов ОПН перинатального центра и детского стационара (1294) и число новорожденных, поступивших под наблюдение ДПО (1513).

Проведенный расчет показал, что для получения репрезентативной выборки минимально необходимое число матерей, которых следовало проанкетировать в ОПН, составило 296 единиц, а в ДПО — 374 единицы.

В результате проведенного анкетирования было получено 495 заполненных анкетных форм из ОПН, среди которых была отобрана 481 заполненная анкетная форма (выбраковка 2,8%) и 511 форм из ДПО, из которых отобрали 492 анкеты (выбраковка 4,8%). Основная группа: в ОПН перинатального центра в исследовании участвовали 228 матерей (47,4%), в ОПН детского стационара — 253 матери (52,6%). Контрольная группа: в ДПО «Городская поликлиника № 27» в исследовании участвовали 234 матери (47,6%) и в ДПО № 43 — 258 матерей (52,4%). Репрезентативность данных выборок была проверена по методике профессора А.М. Меркова. В качестве генеральной совокупности было взято количество выбывших пациентов из ОПН (1294) и число новорожденных, поступивших под наблюдение ДПО (1513). Таким образом установлено, что ошибка в исследовании не будет превышать для основной группы 3,6% и для контрольной группы 3,7%, что допустимо.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно нормативно-правовой базе ранняя постановка на учет по беременности должна осуществляться до 12 недель. В среднем в основной группе женщины встали на учет по беременности в  $9,94 \pm 0,04$  недели, а в контрольной —  $8,62 \pm 0,04$  недели. Соответственно, матери больных новорожденных достоверно позже вставали на учет по беременности в женской консультации, чем матери здоровых детей ( $t=23,40$ ;  $p<0,01$ ). Несмотря на то что 95,0% матерей основной группы и 96,5% матерей контрольной группы встали на учет в женскую консультацию в установленные сроки, достоверно чаще до 6 недель вставали на учет матери здоровых новорожденных ( $t=3,44$ ;  $p<0,01$ ). Распределение матерей по времени постановки на учет по беременности представлено в таблице 1.

Среднее время продолжительности беременности в основной группе составило  $34,48 \pm 1,21$  недели, в контрольной группе оно было достоверно

Таблица 1

Распределение матерей по времени постановки на учет по беременности в основной и контрольной группах (в% к итогу)

Table 1

Distribution of mothers by time of registration for pregnancy in the main and control groups (in% of the total)

Количество недель / Number of weeks	Основная группа, % (абс.) / Main group, % (abs.)	Контрольная группа, % (абс.) / Control group, % (abs.)	t (p)
До 6 / Until 6	3,7 (18)	24,5 (121)	3,44 (<0,01)
С 6 до 10 / From 6 until 10	51,4 (247)	49,5 (244)	0,42 (>0,1)
С 10 до 14 / From 10 until 14	39,9 (192)	22,5 (111)	3,26 (<0,01)
С 14 до 18 / From 14 until 18	3,1 (15)	2,0 (10)	0,17 (>0,1)
С 18 до 22 / From 18 until 22	1,5 (7)	1,0 (5)	0,07 (>0,1)
С 22 и позднее / From 22 and later	0,4 (2)	0,5 (2)	0,01 (>0,1)
Итого / Total	100 (481)	100 (492)	—

Таблица 2

Распределение матерей по продолжительности беременности в основной и контрольной группах (в% к итогу)

Table 2

Distribution of mothers by duration of pregnancy in the main and control groups (in% of the total)

Продолжительность беременности (в неделях) / Duration of pregnancy (in weeks)	Основная группа, % (абс.) / Main group, % (abs.)	Контрольная группа, % (абс.) / Control group, % (abs.)	t (p)
До 28 / Until 28	7,7 (37)	0 (0)	1,73 (>0,1)
28–31	23,3 (112)	1,3 (6)	3,40 (<0,01)
32–36	17,3 (83)	15,6 (77)	0,10 (>0,1)
37–40	50,9 (245)	79,5 (391)	7,53 (<0,01)
С 41 и более / From 41 and over	0,8 (4)	3,5 (17)	0,39 (>0,1)
Итого / Total	100 (481)	100 (492)	—

выше —  $37,34 \pm 0,94$  недели ( $t=65,57$ ;  $p<0,01$ ). Исследование показало, что здоровые дети значительно чаще рождались позднее 28 недель беременности ( $t=4,69$ ;  $p<0,01$ ). Кроме того, родоразрешение в срок имели 79,5% матерей контрольной группы против 50,9% матерей основной группы ( $t=7,53$ ;  $p<0,01$ ), что является достоверным фактором рождения здорового ребенка. Распределение матерей по продолжительности беременности в основной и контрольной группах представлено в таблице 2.

Оценка наличия у матерей хронических заболеваний (патологических состояний), заболеваний, возникших во время беременности, и осложнений в родах показала (рис. 1), что у матерей, имевших детей, родившихся больными и заболевших, они наблюдались статистически значимо чаще, чем у матерей здоровых новорожденных ( $t=4,56$ ;  $t=4,92$  и  $t=3,04$  соответственно;  $p<0,01$ ).

Изучение частоты хронической патологии, имеющейся у матерей детей, родившихся больными и заболевших, показало, что наиболее часто у этих женщин встречались болезни органов дыхания, болезни мочеполовой системы и болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (10,7; 8,2 и 7,7 случаев на 100 женщин, закончивших беременность, соответственно). У матерей здоровых новорожденных наиболее часто наблюдались болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения и болезни системы кровообращения (8,6; 5,4 и 4,9 случаев на 100 женщин, закончивших беременность, соответственно). Проведенная сравнительная оценка хронической патологии у матерей новорожденных детей показала, что у матерей основной группы чаще, чем в контрольной группе, встречались болезни органов дыхания (в 1,2 раза), болезни кожи и подкожной клетчатки (в 1,4 раза), болезни мочеполовой системы (в 2,3 раза), болезни глаза и его придаточного аппарата (в 3,4 раза), болезни системы кровообращения (в 1,5 раз), а также болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (в 3,1 раза). Частота наиболее часто встречающихся форм хронических заболеваний у матерей представлена в таблице 3.

Как следует из таблицы 3, у матерей контрольной группы чаще, чем в основной группе, встречались только болезни органов пищеварения (в 3,4 раза). Однако статистически значимой разницы при сравнении частоты хронических заболеваний у матерей больных и здоровых новорожденных не установлено.

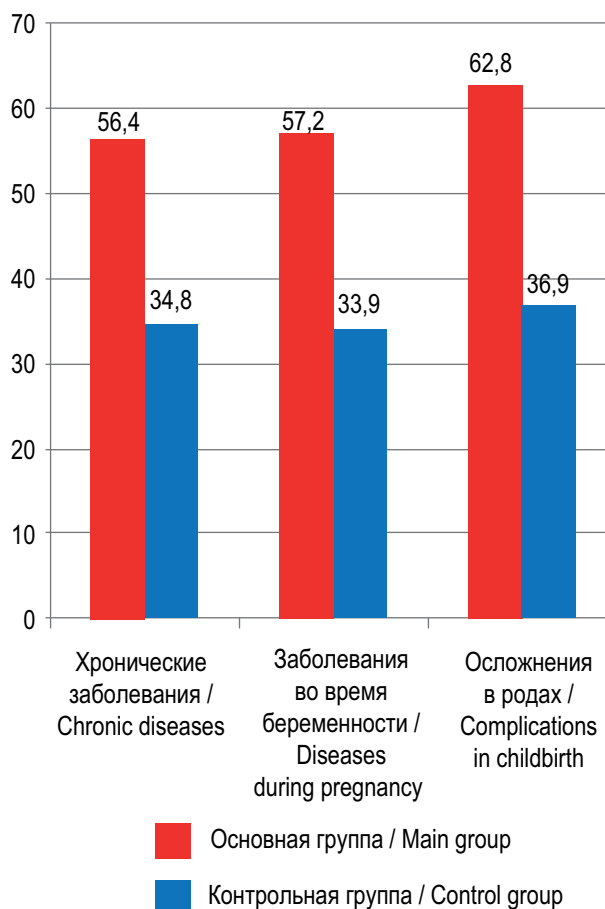


Рис. 1. Наличие у матерей хронических заболеваний, заболеваний (патологических состояний), возникших во время беременности, и осложнений в родах в основной и контрольной группах (в%)

Fig. 1. Presence of chronic diseases in mothers, diseases (pathological conditions) that occurred during pregnancy, and complications during childbirth in the main and control groups (in%)

Оценка частоты заболеваний (патологических состояний), возникших у матерей во время беременности, в основной и контрольной группах выявила, что у матерей детей, родившихся больными и заболевших, наиболее часто встречающимися формами были анемия, гипертензия и угроза прерывания беременности (35,0; 15,3 и 13,6 случаев на 100 женщин, закончивших беременность, соответственно). У матерей здоровых новорожденных чаще всего наблюдались анемия, гестационный сахарный диабет и болезни системы кровообращения (21,3; 7,9 и 7,7 случаев на 100 женщин, закончивших беременность, соответственно). Частота заболеваний (патологических состояний), возникших у матерей во время беременности, представлена в таблице 4.

Сравнительная оценка частоты заболеваний (патологических состояний), возникших

Таблица 3

Частота наиболее часто встречающихся форм хронических заболеваний у матерей в основной и контрольной группах (в% к числу женщин, закончивших беременность)

Table 3

The frequency of the most common forms of chronic diseases in mothers in the main and control groups (in% of the number of women who completed pregnancy)

Наименование классов болезней по МКБ-10 / Name of disease classes according to ICD-10	Основная группа, % (абс.) / Main group, % (abs.)	Контрольная группа, % (абс.) / Control group, % (abs.)	t (p)
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ / Endocrine, nutritional and metabolic diseases	7,7 (37)	2,5 (12)	0,80 (>0,1)
Болезни системы кровообращения / Diseases of the circulatory system	7,5 (36)	4,9 (24)	0,41 (>0,1)
Болезни органов дыхания / Diseases of the respiratory system	10,7 (51)	8,6 (42)	0,34 (>0,1)
Болезни органов пищеварения / Diseases of the digestive system	1,6 (8)	5,4 (27)	0,59 (>0,1)
Болезни кожи и подкожной клетчатки / Diseases of skin and subcutaneous tissue	3,1 (15)	2,2 (11)	0,14 (>0,1)
Болезни мочеполовой системы / Diseases of the genitourinary system	8,2 (39)	3,6 (18)	0,73 (>0,1)

Таблица 4

Частота заболеваний (патологических состояний), возникших у матерей во время беременности, в основной и контрольной группах (в% к числу женщин, закончивших беременность)

Table 4

Frequency of diseases (pathological conditions) that occurred in mothers during pregnancy in the main and control groups (in% of the number of women who completed pregnancy)

Наименование заболевания (патологического состояния) / Name of the disease (pathological condition)	Основная группа, % (абс.) / Main group, % (abs.)	Контрольная группа, % (абс.) / Control group, % (abs.)	t (p)
Анемия / Anemia	35,0 (168)	21,3 (105)	2,51 (<0,05)
Гипертензия / Hypertension	15,3 (74)	2,2 (11)	2,09 (<0,05)
Болезни эндокринной системы / Diseases of the endocrine system	9,8 (47)	4,1 (20)	0,90 (>0,1)
Гестационный сахарный диабет / Gestational diabetes mellitus	10,8 (52)	7,9 (39)	2,08 (<0,05)
Болезни мочеполовой системы / Diseases of the genitourinary system	6,2 (30)	6,5 (32)	0,05 (>0,1)
Болезни системы кровообращения / Diseases of the circulatory system	7,1 (34)	7,7 (38)	0,10 (>0,1)
Венозные осложнения / Venous complications	6,7 (32)	7,1 (35)	0,06 (>0,1)
Угроза прерывания беременности / Threat of abortion	13,6 (65)	2,8 (14)	1,72 (>0,1)
Угроза преждевременных родов / Threat of preterm birth	5,4 (26)	1,8 (9)	0,55 (>0,1)
Резус-конфликт / Rhesus conflict	2,5 (12)	0,6 (3)	0,26 (>0,1)
Патология плода / Fetal pathology	5,0 (24)	0,8 (4)	0,61 (>0,1)
Болезни органов дыхания (в том числе ОРЗ, ОРВИ) / Respiratory diseases (including acute respiratory infections, SARS)	8,1 (40)	4,0 (20)	0,65 (>0,1)
Прочие / Other	4,4 (21)	5,7 (28)	0,20 (>0,1)

у матерей во время беременности, в основной и контрольной группах показала наличие статистически значимых различий по частоте встречаемости анемии (35,0% против 21,3%

( $t=2,51$ ;  $p<0,05$ )); гипертензии (15,3% против 2,2% ( $t=2,09$ ;  $p<0,05$ )); гестационного сахарного диабета (10,8% против 7,9% ( $t=2,08$ ;  $p<0,05$ )).

Несмотря на то что у матерей детей, родившихся больными и заболевших, встречались чаще болезни эндокринной системы (в 2,4 раза), угроза прерывания беременности (в 4,9 раза) и преждевременных родов (в 3,0 раза), резус-конфликт (в 4,2 раза), патология плода (в 6,3 раза) и болезни органов дыхания (в 2,0 раза) статистически достоверная разница между частотой в основной и контрольной группах не установлена ( $>0,1$ ).

## ВЫВОДЫ

1. Матери больных новорожденных в среднем имели более поздний срок постановки на учет по беременности в женской консультации, чем матери здоровых детей ( $9,94 \pm 0,04$  недели против  $8,62 \pm 0,04$  недели ( $t=23,40$ ;  $p<0,01$ )), при этом они достоверно реже вставали на учет до 6 недель беременности ( $t=3,44$ ;  $p<0,01$ ). У матерей больных детей было достоверно ниже среднее время продолжительности беременности ( $34,48 \pm 1,21$  недели против  $37,34 \pm 0,94$  недели ( $t=65,57$ ;  $p<0,01$ )).

2. Оценка наличия у матери хронических заболеваний (патологических состояний), заболеваний, возникших во время беременности, и осложнений в родах показала, что у матерей, имевших детей, родившихся больными и заболевших, они наблюдались статистически значимо чаще, чем у матерей здоровых новорожденных ( $t=4,56$ ;  $t=4,92$  и  $t=3,04$  соответственно;  $p<0,01$ ). Кроме того, у матерей больных новорожденных чаще в структуре хронической патологии встречались болезни глаза и его придаточного аппарата (в 3,4 раза), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (в 3,1 раза) и болезни мочеполовой системы (в 2,3 раза).

3. Сравнительная оценка частоты заболеваний (патологических состояний), возникших у матерей во время беременности, в основной и контрольной группах показала наличие статистически значимых различий по частоте встречаемости анемии (35,0% против 21,3% ( $t=2,51$ ;  $p<0,05$ )); гипертонии (15,3% против 2,2% ( $t=2,09$ ;  $p<0,05$ )); гестационному сахарному диабету (10,8% против 7,9% ( $t=2,08$ ;  $p<0,05$ )).

4. В основной группе у матерей чаще встречались патология плода (в 6,3 раза), угроза прерывания беременности (в 4,9 раза), резус-конфликт (в 4,2 раза) и угроза преждевременных родов (в 3,0 раза).

Таким образом, проведенное исследование позволило установить особенности акушерского анамнеза у матерей больных детей: они в среднем имели более поздний срок постановки на учет по беременности в женской кон-

сультации, реже вставали на учет до 6 недель беременности, их средняя продолжительность беременности была ниже, у них более часто наблюдались хронические заболевания (патологические состояния) до и во время беременности, а также осложнения в родах.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Намазова-Баранова Л.С., Терлецкая Р.Н. Состояние здоровья детей в современной России. М.: ПедиатрЪ; 2020.
2. 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.
3. Иванов Д.О. Руководство по перинатологии. СПб.: Информ-Навигатор; 2015.
4. Иванов Д.О., Моисеева К.Е., Березкина Е.Н., Чумакова О.В. Сравнительная оценка медико-социальной характеристики семей, имеющих больных и здоровых новорожденных. Медицина и организация здравоохранения. 2022; 7(2): 4–12.
5. Кузнецова А.И., Бобошко И.Е., Жданова Л.А., Ким А.В. Особенности состояния здоровья новорожденных от женщин с компенсированным гестационным сахарным диабетом. Медицина и организация здравоохранения. 2021; 6(4): 24–32.
6. Моисеева К.Е., Шевцова К.Г., Березкина Е.Н., Харбедин Ш.Д. Анемия беременных как медико-социальная проблема. Бюллетень науки и практики. 2019; 5 (1): 103–10.
7. Моисеева К.Е. Состояние и пути совершенствования организации медицинской помощи новорожденным в организациях родовспоможения. Дис. ... д-ра мед. наук. СПб.; 2021.
8. Мурашко М.А., Панин А.И., Князюк Н.Ф. Качественно новая модель медицинской организации. Вестник Росздравнадзора. 2018; 6: 7–12.
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних». Доступен по: <https://base.garant.ru/71748018/?> (дата обращения: 04.03.2022).
10. Распоряжение Правительства РФ от 23 января 2021 г. № 122-р «Об утверждении плана основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, на период до 2027 г.». Доступен по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400150053/?> (дата обращения: 04.03.2022).
11. Указ Президента РФ от 29 мая 2017 г. № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства». Доступен по: <https://base.garant.ru/71684480/> (дата обращения: 04.03.2022).
12. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями). До-

ступен по: <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения: 04.03.2022).

13. Шевцова О.Г., Моисеева К.Е., Березкина Е.Н., Харбедия Ш.Д. Некоторые результаты оценки заболеваемости гестационным сахарным диабетом. Медицина и организация здравоохранения. 2019; 4 (1): 29–34.
14. Юрьев В.К., Пузырев В.Г., Глущенко В.А. и др. Экономика здравоохранения. Часть 2: учебно-методическое пособие. СПб.: ГПМУ; 2015.
15. Юрьев В.К., Харбедия Ш.Д., Моисеева К.Е. и др. Алгоритмы расчета деятельности медицинских организаций. Учебно-методическое пособие. СПб.; 2019.
16. Ivanov D.O., Moiseeva K.E., Shevtsova K.G. et al. Descriptive and analytical statistical of particular predictors of infant mortality. International Journal of Pharmaceutical Research. 2019; 1(11): 873–8.

## REFERENCES

1. Baranov A.A., Al'bitskiy V.Yu., Namazova-Baranova L.S., Terletskaya R.N. Sostoyaniye zdorov'ya detey v sovremennoy Rossii. [The state of health of children in modern Russia]. Moskva: Pediatr Publ.; 2020. (in Russian).
2. Ivanov D.O., Yur'yev V.K., Moiseyeva 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 health care organization. 2021; 6(3): 4–19. (in Russian).
3. Ivanov D.O. Ruководство po perinatologii. [Perinatology Guide]. Saint-Petersburg: Inform-Navigator Publ.; 2015. (in Russian).
4. Ivanov D.O., Moiseeva K.E., Berzskina E.N., Chumakova O.V. Sravnitel'naya otsenka mediko-sotsial'noy kharakteristiki semey, imeyushchikh bol'nykh i zdorovykh novorozhdennykh [Comparative assessment of medical and social characteristics of families with sick and healthy newborns]. Medicine and health care organization. 2022; 7(2): 4–12. (in Russian).
5. Kuznetsova A.I., Boboshko I.Ye., Zhdanova L.A., Kim A.V. Osobennosti sostoyaniya zdorov'ya novorozhdennykh ot zhenshchin s kompensirovannym gestatsionnym sakharnym diabetom. [Features of the health status of newborns from women with compensated gestational diabetes mellitus]. Meditsina i organizatsiya zdavookhraneniya. 2021; 6(4): 24–32. (in Russian).
6. Moiseyeva K.Ye., Shevtsova K.G., Berzskina Ye.N., Kharbediya Sh.D. Anemiya beremennykh kak mediko-sotsial'naya problema. [Anemia in pregnancy as a medical and social problem]. Byulleten' nauki i praktiki. 2019; 5(1): 103–110. (in Russian).
7. Moiseyeva K.Ye. Sostoyaniye i puti sovershenstvovaniya organizatsii meditsinskoy pomoshchi novorozhdennym v organizatsiyakh rodovspomozheniya. [The state and ways of improving the organization of medical care for newborns in obstetric organizations]. PhD thesis. Sankt-Peterburg; 2021. (in Russian).
8. Murashko M.A., Panin A.I., Knyazyuk N.F. Kachestvenno novaya model' meditsinskoy organizatsii. [Qualitatively new model of medical organization]. Vestnik Roszdravnadzora. 2018; 6: 7–12. (in Russian).
9. Prikaz Ministerstva zdavookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 10.08.2017 g. N 514n «O Poryadke provedeniya profilakticheskikh meditsinskikh osmotrov nesovershennoletnikh». [On the Procedure for Conducting Preventive Medical Examinations of Minors]. Available at: <https://base.garant.ru/71748018/> (accessed: 04.03.2022). (in Russian).
10. Rasporyazheniye Pravitel'stva RF ot 23 yanvarya 2021 g. N 122-r «Ob utverzhdenii plana osnovnykh meropriyatiy, provodimykh v ramkakh Desyatiletiya detstva, na period do 2027 g.». [On approval of the plan of main events held within the framework of the Decade of Childhood for the period up to 2027]. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400150053/> (accessed: 04.03.2022). (in Russian).
11. Ukaz Prezidenta RF ot 29 maya 2017 g. N 240 «Ob ob'yavlenii v Rossiyskoy Federatsii Desyatiletiya detstva». [On the announcement of the Decade of childhood in the Russian Federation]. Available at: <https://base.garant.ru/71684480/> (accessed: 04.03.2022). (in Russian).
12. Federal'nyy zakon ot 21 noyabrya 2011 g. N 323-FZ «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii» (s izmeneniyami i dopolneniyami). [On the basics of protecting the health of citizens in the Russian Federation]. Available at: <https://base.garant.ru/12191967/> (accessed: 04.03.2022). (in Russian).
13. Shevtsova O.G., Moiseyeva K.Ye., Berzskina Ye.N., Kharbediya SH.D. Nekotoryye rezul'taty otsenki zabolovayemosti gestatsionnym sakharnym diabetom. [Some results of the assessment of the incidence of gestational diabetes mellitus]. Medicine and health care organization. 2019; 4 (1): 29–34 (in Russian)
14. Yur'yev V.K., Puzyrev V.G., Glushchenko V.A. i dr. Ekonomika zdavookhraneniya. [Ekonomika Health]. Chast' 2: uchebno-metodicheskoye posobiye. Saint-Petersburg: GPMU Publ.; 2015. (in Russian).
15. Yur'yev V.K., Kharbediya Sh.D., Moiseyeva K.Ye. i dr. Algoritmy rascheta deyatel'nosti meditsinskikh organizatsiy. [Algorithms for calculating the activities of medical organizations]. Uchebno-metodicheskoye posobiye. Saint-Petersburg; 2019. (in Russian).
16. Ivanov D.O., Moiseeva K.E., Shevtsova K.G. i dr. Descriptive and analytical statistical of particular predictors of infant mortality. International Journal of Pharmaceutical Research. 2019; 1(11): 873–8.

УДК 614.88+614.257+616-082+331.215(217)+658.531.1+331.103.3  
DOI: 10.56871/1026.2022.93.11.002

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ

© Василий Иванович Орел, Андрей Вячеславович Ким, Любовь Викторовна Сочкова,  
Наталья Алексеевна Гурьева, Виктория Игоревна Смирнова,  
Любовь Леонидовна Шарафутдинова

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

**Контактная информация:** Любовь Леонидовна Шарафутдинова — к.м.н., доцент кафедры социальной педиатрии  
и организации здравоохранения ФП и ДПО. E-mail: sharafutdinova\_liubov@mail.ru

Поступила: 30.05.2022

Одобрена: 25.08.2022

Принята к печати: 30.09.2022

**РЕЗЮМЕ:** Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) — основа системы оказания медицинской помощи как этап первичного контакта системы здравоохранения и населения. Одним из основных элементов гарантии качества и доступности медицинской помощи является укомплектованность медицинских организаций первичного звена здравоохранения квалифицированными медицинскими кадрами. В рамках реформирования организации ПМСП для сохранения и пополнения кадровых ресурсов в медицинских организациях необходимо предусмотреть совершенствование оплаты труда путем разработки показателей и критериев эффективности и качества труда, в полной мере отражающих результаты индивидуальной трудовой деятельности медицинских работников, а система формирования заработной платы должна стать прозрачной и понятной для сотрудников. В статье представлены основные проблемы системы оплаты труда в медицинских организациях первичного звена здравоохранения, проведена оценка существующей системы оплаты труда и структуры заработной платы медицинских работников на примере медицинских организаций, оказывающих ПМСП в Санкт-Петербурге. В результате проведенного анкетирования врачей и медицинских сестер данных медицинских организаций было выявлено, что подавляющее большинство из них не знакомо со структурой своей заработной платы, не удовлетворены ее уровнем, не знакомы с показателями оценки результата своего труда, считают, что личные трудовые затраты превосходят уровень заработной платы, не уверены, что заработная плата начисляется понятно и прозрачно. В заключении авторами делается вывод, что для мотивации медицинских работников к качественному и эффективному выполнению своих трудовых обязанностей необходимо пересмотреть порядок оплаты труда, используя принципы нормирования труда.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** первичная медико-санитарная помощь; заработная плата; нормирование труда.

## ACTUAL PROBLEMS OF REMUNERATION OF LABOR IN MEDICAL ORGANIZATIONS PROVIDING PRIMARY HEALTH CARE

© Vasily I. Orel, Andrey V. Kim, Lyubov V. Sochkova, Natalia A. Guryeva,  
Victoria I. Smirnova, Lyubov L. Sharafutdinova

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

**Contact information:** Lyubov L. Sharafutdinova — PhD (Medicine), Associate Professor of the Department of Social Pediatrics and Health Organization of FP and DPO. E-mail: sharafutdinova\_liubov@mail.ru

Received: 30.05.2022

Revised: 25.08.2022

Accepted: 30.09.2022

**ABSTRACT:** Primary health care (PSMP) is the basis of the system of medical care, as a stage of primary contact between the health system and the population. One of the main constituent elements of ensuring quality and accessibility of medical care is staffing of primary health care organizations with qualified medical personnel. As part of the reform of the PHC organization, in order to preserve and replenish human resources in medical organizations, it is necessary to provide for the improvement of remuneration of labor by developing indicators and criteria for the effectiveness and quality of labor, that fully reflect the results of individual labor activity of medical workers, and the salary formation system should become transparent and understandable for employees. The article presents the main problems of the remuneration system in primary health care medical organizations, an assessment of the existing remuneration system and the salary structure of medical workers is carried out on the example of medical organizations providing primary health care in St. Petersburg. As a result of the analyses of the survey of doctors and nurses of these medical organizations, it was revealed that the vast majority of them are not familiar with the structure of their wages, are not satisfied with its amount, are not familiar with the indicators of evaluating the result of their work, believe that personal labor costs exceed the salary level, are not sure that wages are calculated clearly and transparently. In conclusion, the authors state that in order to motivate medical workers to perform their job duties efficiently and effectively, it is necessary to revise the remuneration system using the labor rationing system.

**KEY WORDS:** primary health care; wage; regulation of labor.

## ВВЕДЕНИЕ

Первичная медико-санитарная помощь является не только важнейшим сектором здравоохранения, но и неотъемлемой частью социально-экономического развития общества. Развитию ПМСП придается первостепенное значение, и она определена одним из приоритетов Национального проекта «Здравоохранение». На современном этапе реформирование здравоохранения направлено на усиление роли первичной медико-санитарной помощи. В соответствии со ст. 33 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», «Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-специалистами, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами)» [5, 15].

Обеспечение качественного оказания ПМСП обуславливается многими факторами, такими как нормативно-правовое регулирование, укомплектованность квалифицированными кадрами

и наличием с их стороны стойкой положительной мотивации повышения качества ПМСП, сохранения и укрепления здоровья пациентов, наличием современной материально-технической базы.

Оплата труда медицинских работников, по словам Президента Российской Федерации В.В. Путина, «должна быть справедливой, должна мотивировать людей к эффективной работе, и без эффективного решения вопросов в том числе и в этом сегменте, в первичном звене здравоохранения, мы, конечно, не решим один из главных вопросов здравоохранения в целом — это кадровый вопрос». Майскими указами Президента Российской Федерации 2012 года установлено обеспечение повышения заработной платы врачей до 200% от средней заработной платы в регионе, а среднего медицинского персонала — до 100% [13, 14, 19].

До 2012 года в трудовых договорах прописывалась четко установленная заработная плата для каждой конкретной врачебной и сестринской специальности и должности, и такой подход сформировал отрицательные тенденции, такие как отток молодых специалистов и ценных кадров, неудовлетворительное качество медицинской помощи населению (нет мотивации — нет качества), чрезмерное и необоснованное развитие платных услуг в государственных медицинских организациях, что привело к недовольству пациентов, увеличению числа жалоб и обращений, недофинансированию отрасли в целом [4, 12, 18].

На протяжении последних нескольких лет государством предпринят ряд мер для повышения мотивации медицинских работников и повышения престижа профессии. Одним из способов достижения этих целей стала реконструкция системы оплаты труда и внедрение эффективного контракта в бюджетную сферу. Мотивацию медицинских работников на достижение более высоких результатов в профессиональной деятельности, а также комплексное повышение качества услуг было решено осуществить при переходе работников сферы здравоохранения на эффективный контракт [2, 6, 7, 10].

Эффективный контракт представляет собой трудовой договор, в котором подробно описана схема расчета размера оплаты труда в зависимости от его эффективности. Внедрение системы эффективных контрактов в сферу здравоохранения позволило бы повысить престижность труда в бюджетных медицинских организациях, сохранить кадровый потенциал, привести размер оплаты труда в соответствие с качеством и объемом предоставляемых услуг. Эффективный контракт в здравоохранении предусматривает несколько видов выплат: ставка и должностной оклад, выплаты компенсационного характера (надбавки за стаж, условия работы и т.д.), стимулирующие выплаты (с учетом разработанной и рекомендованной системы критериев оценки каждого медицинского работника). Существенным недостатком в рекомендованном порядке определения стимулирующих выплат является отсутствие четких, однозначных принципов их формирования, наличие субъективного фактора, что вскрыло главную проблему при распределении выплат — проведение оценки коэффициента эффективности каждого работника [3, 4, 8].

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ системы оплаты труда в медицинских организациях первичного звена здравоохранения, оценить систему оплаты труда медицинских работников на примере медицинских организаций, оказывающих ПМСП в Санкт-Петербурге.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализирована структура расходной части фонда оплаты труда медицинских работников в нескольких медицинских организациях Санкт-Петербурга, оказывающих ПМСП, проведено анкетирование врачебного и сестрин-

ского персонала с целью оценки степени их удовлетворенности заработной платой, порядком ее формирования.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Фонд оплаты труда в медицинской организации распределяется на несколько составляющих: должностной оклад, компенсационные и стимулирующие выплаты. Величина должностных окладов регламентирована отраслевыми распоряжениями. Расчет должностных окладов медицинских работников производится на основе должностных окладов в соответствии со Схемой расчета: это сумма базового оклада и произведений базового оклада на повышающие коэффициенты к нему [7–9].

Повышающие коэффициенты к базовому окладу устанавливаются, исходя из стажа работы (коэффициент стажа работы), условий труда, типов, видов медицинских организаций и их структурных подразделений (коэффициент специфики работы), квалификации (коэффициент квалификации), масштаба и сложности руководства организацией (коэффициент масштаба управления) и должности, занимаемой в системе управления организацией (коэффициент уровня управления). Размеры повышающих коэффициентов для определения величины должностных окладов руководителей, специалистов и служащих организаций здравоохранения устанавливаются в соответствии со Схемой расчета [7].

На примере заработной платы сотрудников медицинских организаций, оказывающих ПМСП, проанализирована структура ее составляющих. С учетом достижения необходимого уровня целевых показателей заработной платы видно, что у врачей доля, приходящаяся на должностной оклад, составляет в среднем 37%, а у медицинских сестер — 51% (рис. 1).

Выплаты компенсационного характера и их величина устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, иными локальными нормативными актами медицинских организаций по согласованию с выборным органом первичной профсоюзной организации в пределах фонда оплаты труда и должны быть конкретизированы в трудовом договоре с работником (в дополнительном соглашении к трудовому договору). Это выплаты за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, за дополнительные трудозатраты работника, которые связаны с условиями труда, особенностями трудовой деятельности и характером отдельных видов труда, совмещении профессий (должностей),



работы за пределами нормальной продолжительности рабочего времени, в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни и другие. Соответственно, с учетом примерно равноценных компенсационных выплат (17 и 21% врачам и медицинским сестрам соответственно), доля и значимость стимулирующих выплат для достижения целевых значений заработной платы возрастает.

Осуществление выплат стимулирующего характера по результатам работы зависит от количества и качества труда работников, финансового состояния медицинской организации и прочих факторов, влияющих на сам факт и размер выплаты. Перечень, размеры и порядок осуществления выплаты стимулирующего характера устанавливаются коллективным договором, соглашениями и иными локальными нормативными актами в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и показателями и критериями оценки эффективности труда работников медицинских организаций, регламентированными отраслевыми распоряжениями. Все выплаты стимулирующего характера производятся в рамках фонда оплаты труда при возможности финансирования [16].

Разработанные Министерством здравоохранения Российской Федерации методические рекомендации, показатели и критерии оценки эффективности деятельности медицинских организаций и руководителей, такие как выполнение государственного заказа, доля посещений с профилактической целью, наличие обоснованных жалоб, отсутствие запущенных случаев онкопатологии и т.д., призваны установить механизмы зависимости уровня оплаты труда работников медицинских организаций от объема и качества предоставляемых услуг [11].

Оформляя переход на эффективный контракт в подведомственных медицинских организациях, региональный руководитель здравоохранения должен проделать ряд организационных этапов: организовать изучение нормативно-правовых актов, разработать региональные показатели эффективности для подведомственных организаций, а руководители медицинских организаций — разработать собственные критерии эффективности и внести изменения в Положение об оплате труда в медицинской организации [1, 7, 8, 11, 12].

Проведенный анализ нормативно-правовых актов как федеральных, так и региональных, показал, что четкие, унифицированные критерии начисления стимулирующих выплат отсутствуют. При попытке установить объективную оценку труда медицинских работников в медицинских организациях применялись критерии как объективного характера (количество часов, затраченных на выполнение какого-либо вида работ), так и критерии субъективного характера, как некая оценка руководителем качества оказания медицинской помощи каждым работником без установления четких критериев. Результаты таких попыток не привели к ожидаемому результату — улучшению качества медицинской помощи, сохранению кадров [1, 17].

Нами проведено анонимное анкетирование сотрудников (врачи и медицинские сестры) в нескольких медицинских организациях, расположенных в разных районах Санкт-Петербурга с целью оценки степени удовлетворенности заработной платой, знания и понимания ее формирования. Медицинским работникам был предложен опросный лист, содержащий вопросы общего характера (должность, стаж работы) и вопросы, непосредственно касающиеся заработной платы: своевременность ее получения, осведомленность о ее структуре, удовлетворенность ее уровнем, наличие (или отсутствие) критериев распределения стимулирующих выплат в медицинской организации их справедливость и т.д. На вопросы отвечали врачи и медицинские сестры со стажем работы до 3 лет (3,9 и 12,0% соответственно); со стажем 3–5 лет — 1,3% врачей и 4,8% медицинских сестер; имеющие стаж более 5 лет — 94,7% врачей и 83,2% медицинских сестер.

Проведенный опрос медицинских работников (304 врача, 250 медицинских сестер) ряда медицинских организаций Санкт-Петербурга, оказывающих ПМСП, показал, что 98,6% врачей и 98,1% медицинских сестер

получают заработную плату своевременно, 1,4% врачей и 1,9% медицинских сестер иногда с задержкой.

Уверены, что точно знают структуру своей заработной платы 1,4% врачей, не знакомы с ней 37,5% врачей и 42,3% медицинских сестер, узнают о составляющих заработной платы по расчетному листку 61,1% врачей и 57,7% медицинских сестер.

Уровень заработной платы полностью удовлетворяет только 12,5% врачей и 13,5% медицинских сестер; скорее удовлетворены ее уровнем 7,7% врачей и 10,8% медицинских сестер, полностью не удовлетворены уровнем заработной платы 42,3% врачей и 58,4% средних медицинских работников, скорее не удовлетворены — 37,5% врачей и 17,3% медицинских сестер.

В качестве причины неудовлетворенности уровнем заработной платы 61,1% врачей и 57,7% медицинских сестер назвали то, что личные трудозатраты превосходят уровень заработной платы. Затруднились оценить уровень своих трудозатрат 24,3% врачей и 22,5% медицинских сестер. Вместе с тем 14,6% врачей и 19,8% медицинских сестер считают, что их заработная плата полностью соответствует затратам труда каждого из них.

В полной мере знакомы с показателями оценки результата своего труда 8,3% врачей и 5,8% медицинских сестер; скорее знакомы — 19,5% врачей и 26,9% медицинских сестер, скорее незнакомы с показателями 31,9% врачей и 44,2% медицинских сестер; 40,3% врачей и 23,1% медицинских сестер не знают, по каким показателям происходит оценка результата их труда.

Считают, что им известны показатели оценки их труда в медицинской организации 8,3% врачей и 5,8% медицинских сестер. Полагают, что такие показатели есть, но они им неизвестны 51,4% врачей и 71,1% средних медицинских работников, ничего не знают о показателях оценки труда и их наличии в медицинской организации 40,3% врачей и 23,1% медицинских сестер.

Считают, что заработная плата в полной мере зависит от результатов их труда 11,1% врачей и 15,4% медицинских сестер; что скорее зависит — 18,1 и 17,3% врачей и медицинских сестер соответственно; полагают, что заработная плата не зависит от результата их труда 44,4% врачей и 32,7% медицинских сестер; уверены, что скорее не зависит — 26,4% врачей и 34,6% средних медицинских работников.

Уверены, что заработная плата начисляется понятно и прозрачно 8,3% врачей и 5,8% медицинских сестер; скорее прозрачно, понятно — 14,1 и 10,3% врачей и медицинских сестер соответственно; скорее не понятно и не прозрачно — 29,2% врачей и 32,7% медицинских сестер. Негативно оценивают уровень ясности и прозрачности начисления — 48,4% врачей и 51,2% медицинских сестер.

Показателем отсутствия информированности медицинских работников о составляющих фонда оплаты труда является незнание различий между компенсационными и стимулирующими выплатами: 65,9% врачей и 74,3% медицинских сестер подтвердили своими ответами неосведомленность в этом вопросе; 34,1% врачей и 25,7% медицинских сестер знакомы с различием этих выплат.

Результаты опроса свидетельствуют, что справедливость распределения стимулирующих выплат является актуальной и вызывает вопросы как среди врачей, так и средних медицинских работников. Скорее несправедливым распределение стимулирующих выплат считают 56,5% врачей и 41,9% медицинских сестер; полностью несправедливым — 25,2% врачей и 34,8% медицинских сестер; справедливым 6,9% врачей и 9,7% медицинских сестер; скорее справедливым — 11,4% врачей и 13,6% медицинских сестер.

Регулярно получают премиальные выплаты 30,6% врачей и 21,2% медицинских сестер, нерегулярно — 69,4% и 78,8% врачей и медицинских сестер соответственно. Считают, что выплата премии зависит от результата их труда 37,5% врачей и 48,1% медицинских сестер. Не увидели связи величины премии от результата своего труда 62,5% врачей и 51,9% медицинских сестер.

Проведенный анализ анкетирования показал, что как врачи, так и медицинские сестры медицинских организаций, оказывающих ПМСП, в большинстве своем не знакомы со структурой своей заработной платы, не удовлетворены ее уровнем, не знакомы с показателями оценки результата своего труда, считают, что личные трудозатраты превосходят уровень заработной платы, не уверены, что заработная плата начисляется понятно и прозрачно.

Следовательно, выработка четких критериев оценки труда каждого врача и медицинской сестры, объективность и прозрачность при начислении стимулирующих и премиальных выплат будет определяющей в мотивации работника на конечный результат — повышение эффективности труда, качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов.

## ВЫВОДЫ

В ходе проведенного исследования установлено, что в исследуемых медицинских организациях отсутствуют критерии распределения стимулирующих выплат. Стимулирующие выплаты должны быть установлены с учетом показателей эффективности деятельности организации в целом, структурного подразделения и работников.

Постоянные выплаты, формально классифицированные как стимулирующие, но реально не мотивирующие работников к качественному и эффективному выполнению трудовых обязанностей, должны быть отменены.

Определение трудовой нагрузки персонала, основанной на исследовании трудовых процессов и затрат рабочего времени сотрудников на выполнение разных работ, и затем нормирование их труда делает требования к объемам выполняемых работ прозрачными, обоснованными и понятными для медицинского персонала медицинских организаций.

Нормы труда должны отражаться в стандартных операционных процедурах, которые необходимо периодически пересматривать при изменении условий труда и являться базовыми документами системы стандартизации в медицинской организации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Власова О.В. Заработная плата как фактор мотивации медицинского персонала в системе повышения качества медицинских услуг. Азимут научных исследований: экономика и управление. 2020; 9 (1): 118–21.
2. Долженкова Ю.В., Полевая М.В., Руденко Г.Г. Новая система оплаты труда в бюджетном здравоохранении: анализ практики и проблемы внедрения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019; 27(4): 452–58.
3. Еникеев О.А., Еникеева С.А. Отдельные проблемы внедрения эффективного контракта в здравоохранении. Правовое государство: теория и практика. 2018; 2(52): 169–75.
4. Козлова А.И. К вопросу об оплате труда как механизма обеспечения эффективности системы здравоохранения. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016; 7: 37–42.
5. Красильников И.А., Орел В.И., Кузнецова Е.Ю. и др. Общественное здоровье и здравоохранение. СПб.: Петрополис; 2000.
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. Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 01.11.2005 г. № 1637 «Схема расчета должностных окладов руководителей, специалистов и служащих государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга». Доступен по: <https://base.garant.ru/7951402/> (дата обращения: 12.05.2022).
8. Приказ Минздрава России от 28 июня 2013 г. № 421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников». Доступен по: <https://base.garant.ru/70417648/> (дата обращения: 15.05.2022).
9. Распоряжение Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 26.08.2016 г. № 332-р «Об утверждении Положения о порядке оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга». Доступен по: <https://base.garant.ru/43413302/> (дата обращения 15.05.2022).
10. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. № 2190-р «Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы». Доступен по: <https://base.garant.ru/70269234/> (дата обращения 16.05.2022).
11. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения». Доступен по: <https://base.garant.ru/70292398/> (дата обращения 16.05.2022).
12. Слепцова, Е.В., Бадиленко А.В. Особенности оплаты труда в организациях системы здравоохранения. Экономика и бизнес: теория и практика. 2017; 12: 169–71.
13. Указ Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 г. № 597 «О мерах по реализации государственной социальной политики». Доступен по: <https://base.garant.ru/17064698/de40175ab12d04d68f792b5b742a18fc/> (дата обращения 28.04.2022).
14. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». Доступен по: <https://base.garant.ru/70170948/> (дата обращения 28.04.2022).
15. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». Доступен по: <https://base.garant.ru/12191967/#friends> (дата обращения 16.05.2022).
16. Федеральный закон Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ «Трудовой кодекс Российской Федерации».

- Федерации». Доступен по: <https://base.garant.ru/12125268/> (дата обращения 08.09.2022).
17. Чилилов А.М., Кадыров Ф.Н. Анализ изменений в системах оплаты труда работников здравоохранения. Вестник РЭУ им. Г.В. Плеханова. 2020; 17 (3): 61–72.
  18. Юрьев В.К., Соколова В.В. Основные причины неудовлетворенности родителей доступностью и качеством амбулаторно-поликлинической помощи детям. Педиатр. 2017; 8(6): 24–9. DOI: 10.17816/PED8624-29.
  19. Стенограмма рабочей встречи Президента России Владимира Путина с Председателем Правительства Дмитрием Медведевым от 9 октября 2019 года. Доступен по: [https://go.mail.ru/redirect?type=sr&redirect=eJzLKcKpsNLXzy5Kzc3JzNMtVPLUvNKynWLyhKLc5MATL181LLi\\_XNDM1NLRkYDM3MjMwNzAyNTBjypB95NsUq63EGB896svzRwDAZxnp&src=5e8ee98&via\\_page=1&user\\_type=31&oqid=c664129742d7c792](https://go.mail.ru/redirect?type=sr&redirect=eJzLKcKpsNLXzy5Kzc3JzNMtVPLUvNKynWLyhKLc5MATL181LLi_XNDM1NLRkYDM3MjMwNzAyNTBjypB95NsUq63EGB896svzRwDAZxnp&src=5e8ee98&via_page=1&user_type=31&oqid=c664129742d7c792) (дата обращения 30.04.2022).

## REFERENCES

1. Vlasova O.V. Zarabotnaya plata kak faktor motivacii medicinskogo personala v sisteme povysheniya kachestva medicinskih uslug. [Salary as a factor of motivation of medical personnel in the system of improving the quality of medical services]. Azimut nauchnyh issledovaniy: ekonomika i upravlenie. 2020; 9 (1): 118–21. (in Russian).
2. Dolzhenkova Yu.V., Polevaya M.V., Rudenko G.G. Novaya sistema oplaty truda v byudzhennom zdavoohranenii: analiz praktiki i problemy vnedreniya. [The new wage system in public health: analysis of practice and problems of implementation]. Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny. 2019; 27 (4): 452–8. (in Russian).
3. Enikeev O.A., Enikeeva S.A. Otdel'nye problemy vnedreniya effektivnogo kontrakta v zdavoohranenii. [Some problems of implementing an effective contract in healthcare]. Pravovoe gosudarstvo: teoriya i praktika. 2018; 2 (52): 169–75. (in Russian).
4. Kozlova A.I. K voprosu ob oplate truda kak mekhanizma obespecheniya effektivnosti sistemy zdavoohraneniya. [On the issue of remuneration as a mechanism for ensuring the effectiveness of the healthcare system]. Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko. 2016; 7: 37–42. (in Russian).
5. Krasil'nikov I.A., Orel V.I., Kuznetsova E.Yu. i dr. Obshchestvennoe zdorov'e i zdavoookhranenie. [Public health and healthcare]. Sankt-Peterburg: Petropolis Publ.; 2000. (in Russian).
6. Orel V.I., Kim A.V., Sereda V.M. i dr. Organizatsiya mediko-sotsial'noy raboty sredi detskogo naseleniya. [The organization of medical-social work among children]. Pediatrician. 2017; 8(6): 24–9. DOI: 10.17816/PED8624-29. (in Russian).
7. Postanovlenie Pravitel'stva Sankt-Peterburga ot 01.11.2005 g. № 1637 «Skhema rascheta dolzhnostnyh okladov rukovoditelej, specialistov i sluzhashchih gosudarstvennyh uchrezhdenij zdavoohraneniya Sankt-Peterburga». [Resolution of the Government of St. Petersburg from 01.11.2005 № 1637 “calculation of salaries of managers, professionals and employees in the public health institutions of St. Petersburg”]. Available at: <https://base.garant.ru/7951402/> (accessed: 12.05.2022). (in Russian).
8. Prikaz Minzdrava Rossii ot 28 iyunya 2013 g. № 421 «Ob utverzhdenii Metodicheskikh rekomendacij po razrabotke organami gosudarstvennoj vlasti sub'ektov Rossijskoj Federacii i organami mestnogo samoupravleniya pokazatelej effektivnosti deyatelnosti podvedomstvennyh gosudarstvennyh (municipal'nyh) uchrezhdenij, ih rukovoditelej i rabotnikov po vidam uchrezhdenij i osnovnym kategoriyam rabotnikov». [The order Ministry of health of Russia from June 28, 2013 # 421 “On approval of Methodical recommendations on the development of bodies of state power of constituent entities of the Russian Federation and bodies of local self-government of the performance indicators under the state (municipal) institutions, their managers and employees by type of institution and the main categories of employees”]. Available at: <https://base.garant.ru/70417648/> (accessed: 15.05.2022). (in Russian).
9. Rasporyazhenie Komiteta po zdavoohraneniyu Sankt-Peterburga ot 26.08.2016 g. № 332-r «Ob utverzhdenii Polozheniya o poryadke oplaty truda rabotnikov gosudarstvennyh uchrezhdenij zdavoohraneniya Sankt-Peterburga». [Order No. 332-r of the Health Care Committee of St. Petersburg dated 26.08.2016 “On approval of the Regulations on the Procedure for remuneration of employees of public health institutions of St. Petersburg”]. Available at: <https://base.garant.ru/43413302/> (accessed: 15.05.2022). (in Russian).
10. Rasporyazhenie Pravitel'stva Rossijskoj Federacii ot 26 noyabrya 2012 g. № 2190-r «Programma poetapnogo sovershenstvovaniya sistemy oplaty truda v gosudarstvennyh (municipal'nyh) uchrezhdeniyah na 2012–2018 gody». [The order of the Government of the Russian Federation of November 26, 2012 No. 2190-R “Program for the gradual improvement of the remuneration system in the state (municipal) institutions for 2012–2018”]. Available at: <https://base.garant.ru/70269234/> (accessed: 16.05.2022). (in Russian).
11. Rasporyazhenie Pravitel'stva Rossijskoj Federacii ot 28 dekabrya 2012 g. № 2599-r «Izmeneniya v otraslyah social'noj sfery, napravlennye na povyshenie effektivnosti zdavoohraneniya». [The government of the Russian Federation of December 28, 2012 No. 2599-R “Changes in the social sphere, aimed at improving the efficiency of health care”]. Available at: <https://base.garant.ru/70292398/> (accessed: 16.05.2022). (in Russian).
12. Slepцова E.V., Badilenko A.V. Osobennosti oplaty truda v organizatsiyah sistemy zdavoohraneniya.

- [Особенности оплаты труда в организациях системы здравоохранения]. *Ekonomika i biznes: teoriya i praktika*. 2017; 12: 169–71. (in Russian).
13. Ukaz Prezidenta Rossijskoj Federacii ot 07 maya 2012 g. № 597 «O merah po realizacii gosudarstvennoj social'noj politiki». [Decree of the President of the Russian Federation No. 597 dated May 07, 2012 “On measures to implement the State Social Policy”]. Available at: <https://base.garant.ru/17064698/de40175ab12d04d68f792b5b742a18fc/> (accessed: 28.04.2022). (in Russian).
  14. Ukaz Prezidenta Rossijskoj Federacii ot 07.05.2012 g. № 598 «O sovershenstvovanii gosudarstvennoj politiki v sfere zdravoohraneniya». [Decree of the President of the Russian Federation No. 598 dated 07.05.2012 “On improving state policy in the field of healthcare”]. Available at: <https://base.garant.ru/70170948/> (accessed: 28.04.2022). (in Russian).
  15. Federal'nyj zakon Rossijskoj Federacii ot 21 noyabrya 2011 g. № 323-FZ «Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan Rossijskoj Federacii». [Federal Law of the Russian Federation No. 323-FZ of November 21, 2011 “On the basics of health protection of Citizens of the Russian Federation”]. Available at: <https://base.garant.ru/12191967/#-friends> (accessed: 16.05.2022) (in Russian).
  16. Federal'nyj zakon Rossijskoj Federacii ot 30 dekabrya 2001 g. № 197-FZ «Trudovoj kodeks Rossijskoj Federacii». [Federal Law of the Russian Federation No. 197-FZ of December 30, 2001 “Labor Code of the Russian Federation”]. Available at: <https://base.garant.ru/12125268/> (accessed: 08.09.2022). (in Russian).
  17. Chililov A.M., Kadyrov F.N. Analiz izmenenij v sistemah oplaty truda rabotnikov zdravoohraneniya. [Analysis of changes in the remuneration systems of healthcare workers]. *Vestnik REU im. G.V. Plekhanova*. 2020; 17 (3): 61–72. (in Russian).
  18. Yuriev V.K., Sokolova V.V. Osnovnye prichiny neudovletvorennosti roditel'ev dostupnost'yu i kachestvom ambulatorno-poliklinicheskoy pomoshchi detyam. [Main causes of parents dissatisfaction by the accessibility and quality of ambulatory-polyclinic care for children]. *Pediatrician*. 2017; 8(6): 24–9. DOI: 10.17816/PED8624-29. (in Russian).
  19. Transcript of the working meeting between Russian President Vladimir Putin and Prime Minister Dmitry Medvedev dated October 9, 2019 Available at: [https://go.mail.ru/redirect?type=sr&redirect=eJzLKCKpsNLXzy5Kzc3JzNMmrKtVPLUvNKynWLyhKL-c5MATL181LLi\\_XNDM1NLRkYDM3MjMwN-zAyNTBjypB95NsUq63EGB896svzrRwDAZxnp&src=5e8ee98&via\\_page=1&user\\_type=31&oqid=c664129742d7c792](https://go.mail.ru/redirect?type=sr&redirect=eJzLKCKpsNLXzy5Kzc3JzNMmrKtVPLUvNKynWLyhKL-c5MATL181LLi_XNDM1NLRkYDM3MjMwN-zAyNTBjypB95NsUq63EGB896svzrRwDAZxnp&src=5e8ee98&via_page=1&user_type=31&oqid=c664129742d7c792) (accessed: 30.04.2022). (in Russian).

УДК 614.2

DOI: 10.56871/2725.2022.27.13.003

## ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

© *Вадим Кузьмич Юрьев<sup>1</sup>, Эльхан Абдуллаевич Сулейманов<sup>2</sup>,  
Казбек Султанович Межидов<sup>3</sup>, Карина Евгеньевна Моисеева<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Российская Федерация, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2

<sup>2</sup> Правительство Чеченской Республики. 364000, Российская Федерация, Чеченская Республика, г. Грозный, ул. Гаражная, д. 10

<sup>3</sup> Республиканская детская клиническая больница им. Е.П. Глинки. 364028, Российская Федерация, Чеченская Республика, г. Грозный, ул. имени И.И. Бисултанова, д. 101

**Контактная информация:** Вадим Кузьмич Юрьев — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: yuryev@inbox.ru

**РЕЗЮМЕ:** Одни из самых высоких в стране уровень рождаемости и удельный вес детей в возрастной структуре населения делают проблему здоровья детей особо актуальной для Чеченской Республики. С целью изучения первичной заболеваемости детей в Чеченской Республике в 2015–2020 годах были проанализированы официальные статистические отчеты и публикации Федеральной службы государственной статистики, годовые формы федерального статистического наблюдения (ф. № 12) по Чеченской Республике, а также статистические сборники ЦНИИОиИЗ Минздрава России. Анализ динамики первичной заболеваемости детей показал, что в республике наблюдается четко выраженная тенденция снижения показателя, который с 2015 по 2019 год снизился более чем в 1,7 раза. Сравнение уровня первичной заболеваемости детского населения Чеченской Республики со средними показателями по стране в целом позволило установить, что в течение всего периода наблюдения заболеваемость детей Чеченской Республики была в разы ниже, чем в среднем по стране, и с каждым годом эта разница возрастала. Столь низкие показатели первичной заболеваемости детей в значительной мере связаны с низкой доступностью медицинской помощи, обусловленной нехваткой врачебных кадров. Пандемия COVID-19 привела к снижению обращаемости детского населения в медицинские организации и, естественно, к снижению первичной заболеваемости детей, которая в 2020 году, по сравнению с 2019 годом сократилась в 1,35 раза.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** первичная заболеваемость; дети; Чеченская Республика; динамика заболеваемости; структура заболеваемости; COVID-19.

## FEATURES OF THE PRIMARY INCIDENCE OF DISEASES OF THE CHILD POPULATION OF THE CHECHEN REPUBLIC

© *Vadim K. Yuriev<sup>1</sup>, Elkhan A. Suleymanov<sup>2</sup>, Kazbek S. Mezhidov<sup>3</sup>, Karina E. Moiseeva<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

<sup>2</sup> The Government of the Chechen Republic. Garage str., 10. Grozny, Chechen Republic, Russia, 364000

<sup>3</sup> Republican Children's Clinical Hospital named after E.P. Glinka. Str. named after I.I. Bisultanova, 101. Grozny, Chechen Republic, Russia, 364028

**Contact information:** Vadim K. Yuryev — PhD (Medicine), Professor, Head of the Department of Public Health and Healthcare. E-mail: yuryev@inbox.ru

**ABSTRACT:** One of the highest birth rates in the country and the proportion of children in the age structure of the population makes the issue of children's health particularly relevant for the Chechen Republic. In order to study the primary incidence of diseases of children in the Chechen Republic in 2015–2020, official statistical reports and publications of the Federal State Statistics Service, annual forms of federal statistical observation (form No. 12) for the Chechen Republic, as well as statistical collections of TsNIOiZ of the Ministry of Health of Russia were analyzed. An analysis of the dynamics of primary morbidity in children showed a clearly defined downward trend in the indicator, which decreased by more than 1.7 times from 2015 to 2019. Comparison of the level of primary morbidity in the children's population of the Chechen Republic with the average indicators for the country as a whole made it possible to state that during the entire observation period the incidence of children's diseases in the Chechen Republic was several times lower compared to the national average, and this difference tends to increase every year. Such low rates of primary morbidity in children are largely due to the low availability of medical care due to insufficiency of medical personnel. The COVID-19 pandemic has led to a certain decrease of appeal of the child population to medical organizations and, eventually, to decrease in the primary incidence of children, which in 2020 was reported to decrease by 1.35 times compared to 2019.

**KEY WORDS:** primary morbidity; children; Chechen Republic; incidence dynamics; incidence structure; COVID-19

## ВВЕДЕНИЕ

Без эффективной системы управления здравоохранением невозможно в полной мере обеспечить население доступной и качественной медицинской помощью [7, 8, 20]. Существенным компонентом процесса управления здравоохранением является систематический сбор и углубленный анализ статистической информации о состоянии здоровья населения, важной составляющей которого является заболеваемость [9, 21]. При этом наиболее объективную картину дает оценка и анализ заболеваемости как по стране в целом, так и по отдельным регионам, возрастным и социальным группам.

Дети — особая группа населения, сохранение и укрепление здоровья которой является важнейшим приоритетом государственной политики и рассматривается в качестве гарантии достижения успеха в социальном и экономическом развитии страны [1, 6, 10]. Степень заботы государства о детях указывает на уровень цивилизованности общества. У нас в стране приоритет здоровья детей считается одним из ведущих принципов охраны здоровья населения, имеет обширную законодательную базу и формирует политику Российской Федерации на преодоление демографического кризиса [11, 17–19].

Чеченская Республика (ЧР) входит в состав Северо-Кавказского федерального округа и является частью Северо-Кавказского экономического района. По данным Госкомстата ЧР на 01.01.2021 г. в республике проживало 1 508 294 человек. Чеченская Республика имеет ряд особенностей, характеризующих демо-

графическую ситуацию, а именно — высокий удельный вес жителей, проживающих в сельской местности (64%), и один из самых высоких в стране уровень рождаемости. Естественно, что высокая рождаемость отражается на возрастной структуре населения и ведет к росту удельного веса детей, который составляет около 35%, что значительно превышает средние цифры по стране. Высокий удельный вес детей в возрастной структуре жителей делает проблему здоровья детского населения особо актуальной для республики.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить и установить особенности первичной заболеваемости детей, проживающих в Чеченской Республике.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ходе настоящего исследования были проанализированы официальные статистические отчеты и публикации Федеральной службы государственной статистики, годовые формы федерального статистического наблюдения «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» (ф. № 12) по Чеченской Республике, а также сборники «Заболеваемость детского населения России (0–14 лет) с диагнозом, установленным впервые в жизни» [2–5] и «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. 1 часть. Медицинские кадры» федерального государственного бюджетного

учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» [12–15] Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2015–2020 годы. Статистическая обработка результатов и анализ данных проведены с использованием компьютерной программы Microsoft Office Excel и программного пакета для статистического анализа, разработанного компанией StatSoft, Statistica 10.0.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что уровень первичной заболеваемости детского населения 0–14 лет Чеченской Республики в последнем предковидном 2019 году составлял 318,8 на 1000 детей. В структуре заболеваемости со значительным отрывом преобладали болезни органов дыхания, на долю которых приходилось 61,7% всех первичных заболеваний, на втором месте с удельным весом 6,1% находились болезни глаза и его придаточного аппарата, на третьем — болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (5,9%), на четвертом — болезни уха и сосцевидного отростка (4,7%). Удельный вес прочих заболеваний составлял 21,6% (рис. 1).

Анализ динамики первичной заболеваемости детского населения 0–14 лет в период с 2015 по 2019 год продемонстрировал, что в целом по стране этот показатель существенно не менялся и за это время сократился всего на 2,9% (рис. 2). В отличие от среднереспубликанских показателей, в Чеченской Республике наблюдалась четко выраженная тенденция снижения уровня первичной заболеваемости, которая с 2015 по 2019 год сократилась более чем в 1,7 раза.

При этом снижение показателя отмечалось по всем основным классам болезней (табл. 1). Наиболее значимое снижение (более чем на 50%) было по классам: болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (на 62,7%); болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (на 58,7%); болезни кожи и подкожной клетчатки (на 54,1%); некоторые инфекционные и паразитарные болезни (52,8%); травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (50,7%). В меньшей степени снижение первичной заболеваемости отмечалось среди болезней нервной системы (на 8,9%) и болезней уха и сосцевидного отростка (на 13,9%).

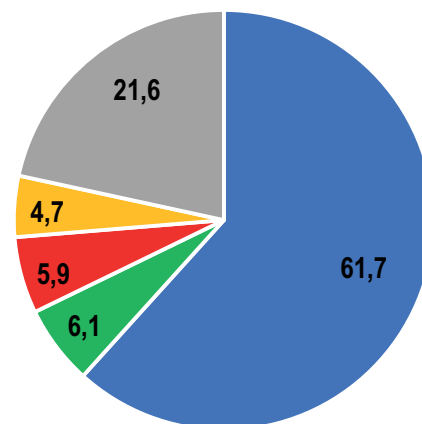


Рис. 1. Структура первичной заболеваемости детского населения 0–14 лет Чеченской Республики в 2019 году (в%)

Fig. 1. The structure of primary morbidity among children aged 0–14 in the Chechen Republic in 2019 (in%)

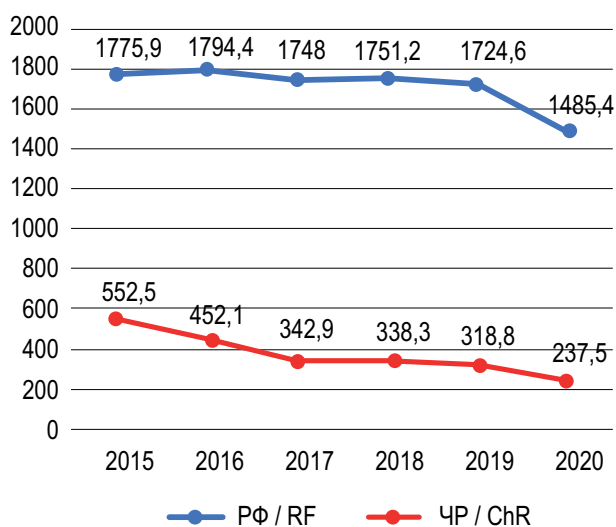


Рис. 2. Динамика первичной заболеваемости детского населения 0–14 лет Чеченской Республики и Российской Федерации в целом (на 1000 детского населения)

Fig. 2. Dynamics of primary morbidity among children aged 0–14 in the Chechen Republic and the Russian Federation as a whole (per 1000 children)

Сравнение уровня первичной заболеваемости детского населения 0–14 лет Чеченской Республики со средними показателями по РФ в целом позволило установить, что в течение всего периода наблюдения заболеваемость детей Чеченской Республики была в разы ниже,

Таблица 1

Динамика роста/снижения первичной заболеваемости отдельными классами болезней детского населения 0–14 лет Чеченской Республики (на 1000 детского населения) в период с 2015 по 2019 гг. и с 2019 по 2020 гг. (в%)

Table 1

Dynamics of growth/ decrease in the primary incidence of certain classes of diseases in the children's population 0–14 years old in the Chechen Republic (per 1000 children's population) in the period of 2015 to 2019 and of 2019 to 2020 (%)

Класс болезней по МКБ-10 / Class of disease according to ICD-10	Годы / Years					
	2015	2019	Динамика / Dynamics	2019	2020	Динамика / Dynamics
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни / Certain infectious and parasitic diseases	17,8	8,4	–52,8	8,4	8,3	–1,2
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм / Blood and blood-forming organs' diseases and specific disorders involving the immune mechanism	45,1	18,6	–58,7	18,6	16,8	–9,7
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нару- шения обмена веществ / Endocrine, nutritional and metabolic diseases	5,9	2,2	–62,7	2,2	0,8	–63,6
Болезни нервной системы / Diseases of the nervous system	12,4	11,3	–8,9	11,3	19,4	+71,7
Болезни глаза и его придаточного аппарата / Diseases of the eye and its adnexae	37,8	19,5	–48,4	19,5	2,3	–88,2
Болезни уха и сосцевидного отростка / Diseases of the ear and mastoid process	17,3	14,9	–13,9	14,9	13,8	–7,4
Болезни органов дыхания / Diseases of the respiratory system	321,6	196,6	–38,9	196,6	140,7	–28,4
Болезни органов пищеварения / Diseases of the digestive system	20,2	10,7	–47,0	10,7	1,6	–85,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки / Diseases of the skin and subcutaneous tissue	13,5	6,2	–54,1	6,2	6,0	–3,2
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани / Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	5,2	2,6	–50,0	2,6	2,4	–7,7
Болезни мочеполовой системы / Diseases of the genitourinary system	13,7	7,3	–46,7	7,3	5,6	–23,3
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздей- ствия внешних причин / Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	22,7	11,2	–50,7	11,2	13,1	+17,0

чем в среднем по стране, и с каждым годом эта разница возрастала: в 2015 году первичная заболеваемость детского населения Чеченской Республики была ниже в 3,2 раза, в 2016 году — в 4,0 раза, в 2017 году — в 5,1 раза, в 2018 году — в 5,2 раза, в 2019 году — в 5,4 раза, в 2020 году — в 6,3 раза (рис. 2). Причем более низкие показатели первичной заболеваемости в Чеченской Республике наблюдались по всем классам заболеваний, за исключением III класса «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм», заболеваемость которым в Чеченской Республике была несколько выше (табл. 2). Наиболее значимые различия в показателях первичной заболеваемости в

2019 году отмечались по классу «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (в 11,0 раз), «Болезни кожи и подкожной клетчатки» (в 10,9 раза), «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» (в 9,6 раза) и «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» (в 8,2 раза).

Столь значимые различия в первичной заболеваемости детей Чеченской Республики со средними по стране вряд ли можно объяснить реально лучшим состоянием здоровья детей и, скорее всего, связаны с меньшей доступностью первичной медико-санитарной помощи. Так, в 2020 году обеспеченность Чеченской Республики всеми врачами-педиатрами была

Таблица 2

Первичная заболеваемость отдельными классами болезней детского населения 0–14 лет Чеченской Республики и РФ в целом (на 1000 детского населения) и разница показателей (разы)

Table 2

Primary incidence of certain class diseases in the children's population of 0–14 years of age in the Chechen Republic and the Russian Federation as a whole (per 1000 children's population) and difference in indicators (times)

Класс болезней по МКБ-10 / Disease class according to ICD-10	Регион / Region	Годы / Years					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни / Certain infectious and parasitic diseases	ЧР / ChR	17,8	19,2	16,7	8,8	8,4	8,3
	РФ / RF	72,8	71,8	69,8	69,5	69,1	50,9
	ЧР/РФ / ChR/RF	-4,1	-3,7	-4,2	-7,9	-8,2	-6,1
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм / Blood and blood-forming organs' diseases and specific disorders involving the immune mechanism	ЧР / ChR	45,1	39,9	25,4	22,8	18,6	16,8
	РФ / RF	14,0	13,8	12,3	11,9	11,0	9,0
	ЧР/РФ / ChR/RF	+3,2	+2,9	+2,1	+1,9	+1,7	+1,9
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ / Endocrine, nutritional and metabolic diseases	ЧР / ChR	5,9	6,2	3,4	2,7	2,2	0,8
	РФ / RF	14,9	15,7	15,0	15,3	11,8	9,4
	ЧР/РФ / ChR/RF	-2,5	-2,5	-4,4	-5,7	-5,4	-11,7
Болезни нервной системы / Diseases of the nervous system	ЧР / ChR	12,4	18,7	11,1	13,0	11,3	19,4
	РФ / RF	37,6	37,3	35,3	35,1	34,2	28,7
	ЧР/РФ / ChR/RF	-3,0	-2,0	-3,2	-2,7	-3,0	-1,5
Болезни глаза и его придаточного аппарата / Diseases of the eye and its adnexae	ЧР / ChR	37,8	39,0	21,4	21,6	19,5	2,3
	РФ / RF	59,1	59,7	57,0	57,1	53,0	39,0
	ЧР/РФ / ChR/RF	-1,6	-1,5	-2,7	-2,7	-2,7	-17,0
Болезни уха и сосцевидного отростка / Diseases of the ear and mastoid process	ЧР / ChR	17,3	28,4	18,0	19,6	14,9	13,8
	РФ / RF	49,8	49,6	47,3	46,9	45,4	35,4
	ЧР/РФ / ChR/RF	-2,9	-1,8	-2,6	-2,4	-3,1	-2,6
Болезни органов дыхания / Diseases of the respiratory system	ЧР / ChR	321,6	207,9	189,3	199,9	196,6	140,7
	РФ / RF	1157,6	1187,0	1168,3	1173,8	1160,1	1018,6
	ЧР/РФ / ChR/RF	-3,6	-5,7	-6,2	-5,9	-5,9	-7,2
Болезни органов пищеварения / Diseases of the digestive system	ЧР / ChR	20,2	24,1	11,0	12,2	10,7	1,6
	РФ / RF	72,3	71,3	65,2	64,7	59,7	46,7
	ЧР/РФ / ChR/RF	-3,6	-3,0	-5,9	-5,3	-5,6	-29,2
Болезни кожи и подкожной клетчатки / Diseases of the skin and subcutaneous tissue	ЧР / ChR	13,5	14,6	8,1	6,9	6,2	6,0
	РФ / RF	76,4	72,1	69,3	66,9	67,3	56,3
	ЧР/РФ / ChR/RF	-5,7	-4,9	-8,6	-9,7	-10,9	-9,4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани / Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	ЧР / ChR	5,2	6,8	3,1	3,1	2,6	2,4
	РФ / RF	33,2	32,0	31,6	32,0	31,1	23,3
	ЧР/РФ / ChR/RF	-6,4	-4,7	-10,2	-10,3	-11,0	-9,7
Болезни мочеполовой системы / Diseases of the genitourinary system	ЧР / ChR	13,7	12,5	7,3	8,3	7,3	5,6
	РФ / RF	28,3	27,6	26,2	25,8	25,5	21,4
	ЧР/РФ / ChR/RF	-2,1	-2,2	-2,8	-3,1	-3,5	-3,8
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин / Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	ЧР / ChR	22,7	19,0	9,5	9,3	11,2	13,1
	РФ / RF	104,3	105,2	103,3	106,4	107,9	93,3
	ЧР/РФ / ChR/RF	-4,6	-5,5	-10,9	-11,4	-9,6	-7,1

ниже среднероссийского показателя в 2,4 раза (16,39 против 6,75 на 10 000 детского населения), врачами-педиатрами участковыми в 1,8 раза (9,46 против 5,31 на 10 000 детского

населения), врачами-стоматологами детскими в 1,8 раза (1,49 против 0,84 на 10 000 детского населения). В республике работал всего один врач общей практики. Проблема обеспечен-

ности врачами особо остро стоит в сельской местности. Несмотря на то что 64% населения республики составляют сельские жители, среди всех врачей в сельской местности работают лишь 25,8% врачей.

В 2020 году страна в полной мере столкнулась с пандемией COVID-19. Помимо влияния на здоровье, пандемия оказала негативное влияние на все сферы жизни населения — экономическое положение, качество жизни, образование, отдых, работа и т.д. С целью предотвращения распространения инфекции органами власти и управления был принят ряд ограничительных мер. В Чеченской Республике был издан Указ главы Чеченской Республики от 27 марта 2020 года № 66 «О неотложных мерах по предотвращению распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) на территории Чеченской Республики» [16].

Все это сказалось на обращаемости населения, включая детей, в медицинские организации. Так, в среднем по стране первичная заболеваемость детей сократилась с 1724,6 до 1485,4‰ (в 1,17 раза), темп снижения первичной заболеваемости детей в Чеченской Республике был еще выше — она сократилась с 318,8 до 237,5‰ (в 1,35 раза).

Оценка влияния пандемии COVID-19 на динамику первичной заболеваемости детского населения Чеченской Республики отдельными классами болезней показала неоднозначную картину (табл. 1). Так, в период с 2019 по 2020 год заболеваемость большинством классов болезней сократилась, однако такими классами, как «Болезни нервной системы» и «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин», наоборот, выросла (на 71,7 и 17,0% соответственно). При этом наибольшие темпы снижения отмечались по классу «Болезни глаза и его придаточного аппарата» (–88,2%), «Болезни органов пищеварения» (–85,0%) и «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» (–63,6%).

Таким образом, пандемия COVID-19 привела к снижению обращаемости детского населения в медицинские организации, что связано как с введенными ограничительными мерами, так и с психологическими проблемами населения (желание сократить число контактов, боязнь заразить ребенка и т.д.). При этом наиболее высокие темпы снижения обращаемости были по тем заболеваниям, которые не требуют оказания неотложной медицинской помощи.

## ВЫВОДЫ

1. Проблема здоровья детского населения особо актуальна для Чеченской Республики — региона с высокой рождаемостью и высоким удельным весом детей в возрастной структуре населения.

2. Уровень первичной заболеваемости детей Чеченской Республики в разы ниже, чем в среднем по стране.

3. На протяжении последних лет отмечается четко выраженная тенденция снижения первичной заболеваемости детского населения.

4. Пандемия COVID-19 привела к сокращению обращаемости детей в медицинские организации и, как следствие, снижению первичной заболеваемости детского населения, при этом темп снижения в Чеченской Республике был выше, чем по стране в целом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Намазова-Баранова Л.С., Терлецкая Р.Н. Состояние здоровья детей в современной России. М.: ПедиатрЪ; 2020.
2. Заболеваемость детского населения России (0–14 лет) в 2015 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. М.: ЦНИИО и ИЗ; 2016.
3. Заболеваемость детского населения России (0–14 лет) в 2016 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. М.: ЦНИИО и ИЗ; 2017.
4. Заболеваемость детского населения России (0–14 лет) в 2018 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. М.: ЦНИИО и ИЗ; 2019.
5. Заболеваемость детского населения России (0–14 лет) в 2020 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. М.: ЦНИИО и ИЗ; 2021.
6. Иванов Д.О., Моисеева К.Е., Юрьев В.К. и др. Результаты исследования некоторых показателей качества и доступности медицинской помощи детям на региональном уровне. Медицина и организация здравоохранения. 2021; 6(4): 4–23.
7. Моисеева К.Е. Динамика и прогноз отдельных показателей доступности медицинской помощи новорожденным в Северо-Западном федеральном округе. Медицина и организация здравоохранения. 2020; 5(1): 8–28.
8. Мурашко М.А., Фисенко В.С., Рогинко Н.И. Оценка организации медицинской помощи женщинам и детям в Вологодской области. Управление качеством в здравоохранении. 2014; 2: 8–12.
9. Орел В.И., Беженар С.И., Булдакова Т.И. и др. Научно-практический вектор проблем первичной медико-социальной помощи в условиях мегаполиса. Медицина и организация здравоохранения. 2018; 3(2): 63–7.

10. Орел В.И., Ким А.В., Середа В.М. и др. Организация медико-социальной работы среди детского населения. *Педиатр.* 2018; 9(1): 54–60. DOI: 10.17816/PED9154-60.
11. Распоряжение Правительства РФ от 23 января 2021 года № 122-р «Об утверждении плана основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, на период до 2027 г.». Доступен по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400150053/?> (дата обращения: 06.06.2022).
12. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. 1 часть. Медицинские кадры. М.: ЦНИИО и ИЗ; 2016.
13. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. 1 часть. Медицинские кадры. М.: ЦНИИО и ИЗ; 2017.
14. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. 1 часть. Медицинские кадры. М.: ЦНИИО и ИЗ; 2019.
15. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. 1 часть. Медицинские кадры. М.: ЦНИИО и ИЗ; 2021.
16. Указ главы Чеченской Республики от 27 марта 2020 года № 66 «О неотложных мерах по предотвращению распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) на территории Чеченской Республики». Доступен по: <https://ipbd.ru/doc/2000202003310004/> (дата обращения: 06.06.2022).
17. Указ Президента РФ от 29 мая 2017 года № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства». Доступен по: <https://base.garant.ru/71684480/> (дата обращения: 06.06.2022).
18. Федеральный закон от 21.11.2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Доступен по: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025> (дата обращения 06.06.2022).
19. Федеральный закон № 326 от 29 ноября 2010 года «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Доступен по: <https://base.garant.ru/12180688/> (дата обращения 06.06.2022).
20. Юрьев В.К., Пузырев В.Г., Глушенко В.А. и др. Экономика здравоохранения. Часть 2: учебно-методическое пособие. СПб.: ГПМУ; 2015.
21. Юрьев В.К., Харбедия Ш.Д., Моисеева К.Е. и др. Алгоритмы расчета деятельности медицинских организаций. Учебно-методическое пособие. СПб.; 2019.
- in 2015 with a diagnosis established for the first time in life]. Moskva: TSNIIO i IZ Publ.; 2016. (in Russian).
3. Zboleveyemost' detskogo naseleniya Rossii (0–14 let) v 2016 godu s diagnozom, ustanovlennym v pervyye v zhizni. [The incidence of the child population of Russia (0–14 years) in 2015 with a diagnosis established for the first time in life]. Moskva: TSNIIO i IZ Publ.; 2017. (in Russian).
4. Zboleveyemost' detskogo naseleniya Rossii (0–14 let) v 2018 godu s diagnozom, ustanovlennym v pervyye v zhizni. [The incidence of the child population of Russia (0–14 years) in 2015 with a diagnosis established for the first time in life]. Moskva: TSNIIO i IZ Publ.; 2019. (in Russian).
5. Zboleveyemost' detskogo naseleniya Rossii (0–14 let) v 2020 godu s diagnozom, ustanovlennym v pervyye v zhizni. [The incidence of the child population of Russia (0–14 years) in 2015 with a diagnosis established for the first time in life]. Moskva: TSNIIO i IZ Publ.; 2021. (in Russian).
6. Ivanov D.O., Moiseyeva K.Ye., Yur'yev V.K. i dr. Rezul'taty issledovaniya nekotorykh pokazateley kachestva i dostupnosti meditsinskoj pomoshchi detyam na regional'nom urovne. [The results of the study of some indicators of the quality and accessibility of medical care for children at the regional level]. *Meditsina i organizatsiya zdavookhraneniya.* 2021; 6(4): 4–23. (in Russian).
7. Moiseyeva K.Ye. Dinamika i prognoz otdel'nykh pokazateley dostupnosti meditsinskoj pomoshchi novorozhdennym v Severo-Zapadnom federal'nom okruge. [Dynamics and forecast of individual indicators of the availability of medical care for newborns in the North-Western Federal District]. *Medicine and healthcare organization.* 2020; 5(1): 8–28. (in Russian).
8. Murashko M.A., Fisenko V.S., Roginko N.I. Otsenka organizatsii meditsinskoj pomoshchi zhenshchinam i detyam v Vologodskoy oblasti. [Assessment of the organization of medical care for women and children in the Vologda region]. *Upravleniye kachestvom v zdavookhraneni.* 2014; 2: 8–12. (in Russian).
9. Orel V.I., Bezhenar S.I., Buldakova T.I. i dr. Nauchno-prakticheskiy vektor problem pervichnoy mediko-sotsial'noy pomoshchi v usloviyakh megapolisa. [Scientific and practical vector problems of primary health and social care in the city]. *Medicine and health care organization.* 2018; 3(2): 63–7. (in Russian).
10. Orel V.I., Kim A.V., Sereda V.M. i dr. Organizatsiya mediko-sotsial'noy raboty sredi detskogo naseleniya. [The organization of medical-social work among children]. *Pediatrician.* 2017; 8(6): 24–9. DOI: 10.17816/PED8624-29. (in Russian).
11. Rasporyazheniye Pravitel'stva RF ot 23 yanvarya 2021 goda № 122-r «Ob utverzhdenii plana osnovnykh meropriyatiy, provodimykh v ramkakh Desyatiletiya detstva, na period do 2027 g.». [On approval of the plan of main events held within the framework of

## REFERENCES

1. Baranov A.A., Al'bitskiy V.Yu., Namazova-Baranova L.S., Terletskaaya R.N. Sostoyaniye zdorov'ya detey v sovremennoy Rossii. [The state of health of children in modern Russia]. Moskva: *Pediatr*; 2020. (in Russian).
2. Zboleveyemost' detskogo naseleniya Rossii (0–14 let) v 2015 godu s diagnozom, ustanovlennym v pervyye v zhizni. [The incidence of the child population of Russia (0–14 years)

- the Decade of Childhood for the period up to 2027]. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400150053/?> (accessed: 06.06.2022). (in Russian).
12. Resursy i deyatel'nost' meditsinskikh organizatsiy zdavookhraneniya. [Resources and activities of medical healthcare organizations]. 1 chast'. Meditsinskiye kadry. Moskva: TSNIIO i IZ Publ.; 2016. (in Russian).
  13. Resursy i deyatel'nost' meditsinskikh organizatsiy zdavookhraneniya. [Resources and activities of medical healthcare organizations]. 1 chast'. Meditsinskiye kadry. Moskva: TSNIIO i IZ Publ.; 2017. (in Russian).
  14. Resursy i deyatel'nost' meditsinskikh organizatsiy zdavookhraneniya. [Resources and activities of medical healthcare organizations]. 1 chast'. Meditsinskiye kadry. Moskva: TSNIIO i IZ Publ.; 2019. (in Russian).
  15. Resursy i deyatel'nost' meditsinskikh organizatsiy zdavookhraneniya. [Resources and activities of medical healthcare organizations]. 1 chast'. Meditsinskiye kadry. Moskva: TSNIIO i IZ Publ.; 2021. (in Russian).
  16. Ukaz glavy Chechenskoj Respubliki ot 27 marta 2020 goda № 66 «O neotlozhnykh merakh po predotvrashcheniyu rasprostraneniya novoy koronavirusnoj infektsii (COVID-2019) na territorii Chechenskoj Respubliki». [Decree of the Head of the Chechen Republic No. 66 dated March 27, 2020 "On urgent measures to prevent the spread of a new coronavirus infection (COVID-2019) on the territory of the Chechen Republic"]. Available at: <https://ipbd.ru/doc/2000202003310004/> (accessed: 06.06.2022). (in Russian).
  17. Ukaz Prezidenta RF ot 29 maya 2017 goda № 240 «Ob ob'yavlenii v Rossiyskoj Federatsii Desyatiletija detstva». [On the announcement of the Decade of childhood in the Russian Federation]. Available at: <https://base.garant.ru/71684480/> (accessed: 06.06.2022). (in Russian).
  18. Federal'nyy zakon ot 21.11.2011 goda № 323 «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoj Federatsii». [On the Fundamentals of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation]. Available at: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025> (accessed: 06.06.2022). (in Russian).
  19. Federal'nyy zakon № 326 ot 29 noyabrya 2010 goda «Ob obyazatel'nom meditsinskom strakhovanii v Rossiyskoj Federatsii». [On Compulsory Medical Insurance in the Russian Federation]. Available at: <https://base.garant.ru/12180688/> (accessed: 06.06.2022). (in Russian).
  20. Yur'yev V.K., Puzyrev V.G., Glushchenko V.A. i dr. Ekonomika zdavookhraneniya. [Ekonomika Health]. Chast' 2: uchebno-metodicheskoye posobiye. Sankt-Peterburg: GPMU Publ.; 2015. (in Russian).
  21. Yur'yev V.K., Kharbediya Sh.D., Moiseyeva K.Ye. i dr. Algoritmy rascheta deyatel'nosti meditsinskikh organizatsiy. [Algorithms for calculating the activities of medical organizations]. Uchebno-metodicheskoye posobiye. Sankt-Peterburg; 2019. (in Russian).

УДК 616.1/8-084-071.2+614..23+331.451+331.471+613.95+796.01  
DOI: 10.56871/1486.2022.22.85.004

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ: АНАЛИЗ НОРМАТИВНОЙ БАЗЫ, ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ

© Людмила Алексеевна Жданова<sup>1</sup>, Ирина Евгеньевна Бобошко<sup>1</sup>,  
Анастасия Владимировна Шишова<sup>1</sup>, Андрей Вячеславович Ким<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ивановская государственная медицинская академия. 153012, Российская Федерация, Ивановская область, г. Иваново, Шереметьевский проспект, д. 8

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Российская Федерация, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2

**Контактная информация:** Ирина Евгеньевна Бобошко — д.м.н., профессор кафедры поликлинической педиатрии.  
E-mail: i.boboshko@mail.ru

Поступила: 12.05.2022

Одобрена: 25.08.2022

Принята к печати: 30.09.2022

**РЕЗЮМЕ:** В статье приводится обзор нормативно-правовой базы организации работы детской поликлиники и обозначаются основные проблемы оптимального взаимодействия ее структурных подразделений. Ключевыми направлениями реализации концепции приоритета первичной профилактики, направленной на повышение функциональных ресурсов детского организма, являются формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) и широкое внедрение здоровьесберегающих технологий, прежде всего, в образовательных организациях. При этом необходим переход от популяционных и групповых мер профилактики к персонализированным рекомендациям, предусматривающим реализацию индивидуального подхода. Низкая эффективность профилактической работы с детьми обусловлена дефицитом времени приема при посещении пациентами врача-педиатра участкового с профилактической целью и отсутствием алгоритма взаимодействия педиатров, работающих в разных подразделениях детской поликлиники, в формировании здоровья детей. Кроме того, проблемы связаны и с низкой активностью медицинского персонала в формировании ЗОЖ; недостаточно проработанным распределением функциональных обязанностей между медицинскими работниками и педагогами в охране здоровья обучающихся. Во многом это определяет недостаточное внимание врача образовательной организации к оценке индивидуальных особенностей развития и отсутствие у педиатра навыка формирования и назначения персонализированных программ медико-социального сопровождения детей. Предложены пути решения обозначенных проблем путем оптимизации деятельности педиатров, работающих на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи детям, улучшения ресурсной базы и обновления нормативно-методических документов, регламентирующих профилактическую работу с детьми.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** детская поликлиника; профилактическая работа; профилактические осмотры; индивидуальные программы оздоровления.

## ORGANIZATION OF PREVENTIVE WORK OF THE INFANT HEALTH CENTRE: ANALYSIS OF THE REGULATIONS, WAYS OF SOLVING THE PROBLEMS

© Lyudmila A. Zhdanova<sup>1</sup>, Irina E. Boboshko<sup>1</sup>, Anastasiya V. Shishova<sup>1</sup>, Andrey V. Kim<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ivanovo State Medical Academy. Sheremetevsky prospect, 8. Ivanovo, Russia, 153012

<sup>2</sup> Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

**Contact information:** Irina E. Boboshko — MD, Professor of the Department of Polyclinic Pediatrics. E-mail: i.boboshko@mail.ru

Received: 12.05.2022

Revised: 25.08.2022

Accepted: 30.09.2022

**ABSTRACT:** The article provides an overview of the regulatory framework for organizing the work of an infant health center and identifies the main problems of the functioning of its departments. The priority trends for the implementation of the concept of the priority of primary prevention, aimed at increasing the functional resources of the child's body, are the formation of a healthy lifestyle and introduction of health-saving technologies, primarily in educational organizations. At the same time, it is necessary to upgrade from group preventive measures to personalized medicine, which provides an individual approach to treatment and preventive measures. The low efficiency of prophylactic work with children because of shortness of time of the district pediatrician when visiting patients for preventive purposes; lack of an algorithm for the interaction of pediatricians from various departments of the infant health centre in the sphere of improving children's health. In addition, the problems are associated with low activity of medical staff in the formation of a healthy lifestyle; improper sharing of responsibilities among medical workers and teachers in protecting the students' health. These facts determine the nosocentric orientation of doctor of the educational organization, insufficient identification of individual developmental characteristics during preventive examinations, lack of skill of developing personalized programs of medical and social support. The ways of solving of some identified problems are proposed. It is necessary to optimize activities of pediatricians in infant health centres, improve the resource base and update the regulatory and methodological documents governing preventive work with children of different ages.

**KEY WORDS:** infant health centre; preventive work; preventive examinations; individual wellness programs.

## ВВЕДЕНИЕ

Одним из ведущих направлений совершенствования детского здравоохранения в последние годы является оптимизация системы диспансеризации. В связи с этим особую актуальность приобретает комплекс мер первичной профилактики, направленной на повышение функциональных ресурсов детского организма. В реализации данной концепции приоритетны два направления: первое предполагает формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) и должно быть важным компонентом деятельности специалистов всех структурных подразделений детской поликлиники, второе направлено на широкое внедрение здоровьесберегающих технологий, прежде всего в образовательных организациях. При этом предусматривается переход от популяционных и групповых мер профилактики к персонализированной медицине, когда для каждого ребенка реализуется индивидуальный подход не только к лечению, но и к оздоровлению. Все вышеизложенное определяет необходимость оптимизации работы амбулаторного этапа медицинской помощи. При этом ключевое значение имеет совершенствование структуры детской поликлиники, создание центров здоровья и организация школ здоровья как для детей, так и для родителей.

## АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы структура детской поликлиники претерпела изменения и, согласно действующей нормативной базе, предусматри-

вает два основных отделения: профилактическое и консультативно-диагностическое [6, 9]. В профилактическое отделение входит кабинет здорового ребенка (КЗР), отделение медико-социальной помощи (ОМСП), центр здоровья для детей; отделение организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях. Консультативно-диагностическое отделение включает кабинет врача-педиатра участкового, кабинеты врачей-специалистов, функциональной диагностики, медицинской реабилитации, отделение неотложной медицинской помощи. Судя по структуре, на участкового педиатра возлагается, прежде всего, деятельность по выявлению и лечению заболеваний у детей. Что касается профилактической работы, то, согласно рекомендуемым нормативам, время одного посещения пациентом врача-педиатра участкового с профилактической целью составляет 10 минут [3]. За это время нужно провести комплексную оценку здоровья и, выявив особенности развития, дать дифференцированные рекомендации по оздоровлению ребенка. В реальной жизни сделать это крайне затруднительно, что и является одним из факторов, определяющих низкую эффективность профилактической работы с детьми.

Повысить качество данного направления работы возможно, используя потенциал педиатров, которые должны (в соответствии с рекомендуемыми штатами) работать во всех подразделениях профилактического отделения детской поликлиники. Это детские врачи, работающие в образовательных организациях:

в школах (1 ставка на 1000 детей), в дошкольных образовательных организациях (1 ставка на 400 детей); педиатры, включенные в штат (из расчета на 10 тыс. детского населения) в кабинет либо отделение здорового ребенка, — 2 ставки, центра здоровья — 0,4 ставки, ОМСП — 2 ставки. Следовательно, медицинского персонала, который должен заниматься профилактической работой, довольно много, однако алгоритм взаимодействия этих специалистов в профилактической работе в нормативных документах отсутствует, функциональные обязанности не конкретизированы, вследствие чего их потенциал используется недостаточно либо неэффективно. Следовательно, существует ресурс повышения эффективности их деятельности, что особенно актуально при подборе рекомендаций по оздоровлению и индивидуализации профилактических мероприятий по результатам медицинских осмотров. Такая индивидуализация и конкретизация рекомендаций крайне востребована родителями и позволяет повысить их удовлетворенность качеством медицинского обслуживания. Это диктует необходимость дополнения нормативной базы конкретизацией функциональных обязанностей педиатров разных подразделений детской поликлиники, что позволит снизить нагрузку на участковую службу в проведении профилактической работы и повысить ее эффективность.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследования был анализ качества профилактической работы детской поликлиники, обзор существующей на сегодняшний день нормативной базы, регламентирующей данный раздел деятельности, систематизация существующих проблем и предложение путей их решения.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Деятельность специалистов детских поликлиник в системе антенатальной профилактики, в том числе по повышению информированности беременных о факторах риска для здоровья будущего ребенка, регламентирована законодательством РФ, приказами субъектов РФ, а также правовыми актами органов местного самоуправления, а для ее эффективной организации существуют различные методические рекомендации и информационные письма. В новых условиях основной концепцией работы КЗР, по нашему мнению, должно быть

создание службы раннего стимулирования развития детей, начиная с антенатального этапа, за счет качественного проведения родовых патронажей и санитарно-просветительской работы с родителями, обеспечивая оптимальную реализацию онтогенетического потенциала и снижения риска нарушений здоровья и развития ребенка. Повышению эффективности этой работы на антенатальном этапе может способствовать создание на базе КЗР «Школ для родителей».

Исследования образа жизни беременных выявляют высокую распространенность его нарушений, которые являются управляемыми факторами риска перинатальной патологии, а, следовательно, корректируемыми. Было проанкетировано 436 беременных женщин, вставших на учет в женских консультациях города. Авторская анкета для них состояла из трех блоков, включающих вопросы оценки образа жизни, уровня информированности о факторах риска для здоровья будущего ребенка, а также уровня удовлетворенности информацией, получаемой от специалистов акушерско-терапевтически-педиатрического комплекса (АТПК).

Была проведена статистическая обработка анкет и поставлен организационный эксперимент в условиях женской консультации. Анонимное анкетирование беременных показало их недостаточную медицинскую активность (78,6%), наличие вредных привычек до беременности (80,5%) и во время нее (18,9%), стрессовых ситуаций (100%) и неконструктивные варианты поведения в них (87,3%), а также низкую информированность о влиянии различных перинатальных факторов на рост и развитие их будущих детей. С мнением, что здоровье будущего ребенка формируется в том числе под влиянием образа жизни будущих родителей, не согласились более половины (57,4%) беременных, причем лишь (43,7%) женщин оценивали свое здоровье как хорошее.

Более трети (33,6%) респондентов не смогли назвать основные факторы, которые могут негативно повлиять на их здоровье. Большинство беременных (90,5%) заявили, что, для того чтобы меньше болеть, им необходима информация о борьбе со стрессами, об адекватной физической нагрузке (75,6%) и рациональном питании (63%,4), грамотном приеме медикаментов (58,3%), и борьбе с вредными привычками (56%,7). Причем 75,5% беременных хотели бы получать рекомендации из специально разработанных памяток после консультации специалистов, а 70,6% считают необходимым проведение обучающих программ

по укреплению своего здоровья и здоровья их будущих детей в медицинских школах при государственных учреждениях здравоохранения.

Внедрение в работу КЗР дородовых занятий с беременными в системе антенатальной охраны здоровья детей способствует значительному повышению качества мероприятий по антенатальной профилактике, за счет повышения информированности пациенток о факторах риска для здоровья будущего ребенка, удовлетворенности ее содержанием, что позволяет снизить частоту нарушений образа жизни беременных. Эмоциональные реакции женщин, проявляющиеся чувством тревоги, страха блокируют у плода положительный эмоциональный резонанс, что ведет к замедлению его роста и развития, а также к формированию перинатальной патологии. В связи с этим необходима стабилизация «психологически комфортных» отношений в диаде «мать–дитя» для предупреждения нарушений развития. Дородовое воздействие позволяет активно формировать здоровье детей, начиная с антенатального этапа. А составленные памятки избавляют медицинского работника от необходимости поиска достоверной информации для подготовки рекомендаций и исключают их дублирование, обеспечивая грамотное и своевременное консультирование будущих родителей по вопросам формирования здоровья ребенка на антенатальном этапе.

Очевидна необходимость преемственности деятельности по стимуляции развития ребенка от антенатального к постнатальным этапам. Именно поэтому требуется создание образовательных программ как для родителей, так и для детей разного возраста, которые могут реализоваться медицинским персоналом КЗР. В школе для беременных, еще до рождения ребенка, врачом-педиатром КЗР начинается формирование у родителей навыков ЗОЖ, которые позволяют им оптимизировать психическое и физическое развитие будущего ребенка. На этом этапе целесообразно обсуждать изменения в организме беременной и развитие плода, влияние питания и режима, стресса беременной на развитие будущего ребенка, организовать обучение навыкам ухода за новорожденным, школа может включать также занятия с использованием дородовой педагогики. Нами разработана обучающая программа «Школы будущих мам» с внедрением элементов дородовой педагогики с учетом наиболее частой направленности факторов риска на возникновение перинатального поражения центральной нервной системы. Это позволит оптимизировать профилактическое консультирование беременных путем закреп-

ления тематики рекомендаций для пациентов с учетом профессиональной компетенции специалистов детской поликлиники.

Нами разработаны и внедрены предложения по дополнению нормативной правовой базы, определяющей деятельность медицинских работников женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник по организации мероприятий по антенатальной охране здоровья будущего ребенка методическими материалами, направленными на совершенствование и документальное сопровождение этой работы. Разработан «Листок профилактического консультирования пациента», включающий комплекс памяток, соответствующих действующим клиническим рекомендациям и стандартам оказания медицинской помощи беременным. Разработаны методические рекомендации по дополнению программ до- и последипломного образования специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник. Разработаны методические рекомендации «Медико-организационные подходы к профилактическому консультированию беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей».

После рождения ребенка программа групповых занятий становится направленной на стимуляцию нервно-психического развития, прежде всего, развития речи и моторики, подготовку к поступлению в дошкольную и школьную образовательные организации. Рекомендации по данным вопросам традиционно входят в тематику памяток, находящихся в КЗР. Важными являются и занятия, касающиеся особенностей воспитания часто болеющих детей и детей, имеющих последствия перинатальных повреждений центральной нервной системы. Нами создана обучающая программа «Школы молодых родителей», направленная на профилактику пограничных нарушений психического здоровья и педагогическую реабилитацию пациентов с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы. Занятия по данной тематике может проводить не только педиатр КЗР, но и клинический психолог ОМСП.

Особую проблему для педиатра составляет разработка персонализированных программ медико-социального сопровождения детей в разные эпикризные сроки. Оптимизации индивидуального консультирования детей раннего возраста с учетом возрастных особенностей развития можно добиться путем создания модулей стандартных рекомендаций с учетом возраста ребенка, его конституциональных

возможностей. Эти рекомендации должны выдаваться родителям поэтапно в конкретный эпикризный срок осмотра ребенка, возможно, в электронной версии. Примером такого подхода может быть автоматизированная дифференцированная программа, созданная с использованием конституционального подхода [1].

Она включает рекомендации по организации режима дня, питания, закаливания, физического воспитания, гармонизации семейных отношений и профилактике нарушений здоровья, учитывающих сильные и слабые стороны каждого типа и конституциональную предрасположенность детей к определенным заболеваниям. Это позволяет педиатру быстро и четко составить программу оздоровления для каждого ребенка, опираясь на тип его психосоматической конституции, подбирать оптимальный вариант стимуляции развития ребенка как в условиях образовательного учреждения, так и в семье в русле его конституционального потенциала. Доказано, что подобный подход способствует не только сохранению высокого уровня здоровья, но и успешной самореализации ребенка в различных сферах учебной и общественной жизни.

Еще одно относительно новое подразделение детской поликлиники — ОМСП, задачи которого были определены еще в 1999 году и рассчитаны на работу не только медицинского персонала, но и других специалистов [4]. Тогда для этого отделения были поставлены задачи: выявление факторов риска, оказание медико-психологической помощи, укрепление репродуктивного здоровья, формирование потребности в ЗОЖ, оказание социально-правовой помощи. Однако нагрузка на персонал отделения не была регламентирована, и лишь недавно она была представлена в очередном нормативном документе Минздрава России [6]. К сожалению, до сих пор нет конкретизации групп социального риска, алгоритма их выделения и порядка сопровождения. До настоящего времени нет алгоритма взаимодействия персонала внутри отделения и со специалистами других подразделений детской поликлиники, в том числе с участковым педиатром.

Закономерен вопрос, чем должен заниматься педиатр этого отделения? С учетом его профессиональных компетенций — это оценка состояния здоровья, диагностика его нарушений и назначение индивидуальных оздоровительных и/или лечебных мероприятий. При этом тщательное выявление психологических и социальных факторов риска (с привлечением к диагностике клинического психолога, входящего в штат

отделения) имеет большое значение для работы педиатра ОМСП. Оно дает возможность осуществлять психосоматический подход при консультировании детей с функциональными нарушениями и хроническими заболеваниями, детей-инвалидов, имеющих нарушения социальной адаптации, а также более качественно осуществлять поддержку семей медико-социального риска. Для повышения эффективности взаимодействия специалистов в формировании здоровья ребенка целесообразно проведение в ОМСП консилиумов, в ходе которых формируется индивидуальная программа сопровождения пациента. Для облегчения этой работы также целесообразно использовать модульный подход, предполагающий создание программ оздоровления и коррекции с использованием стандартных модулей рекомендаций по конкретным нозологическим группам.

Действующая нормативная база отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях предусматривает работу медицинского персонала на базе дошкольных учреждений и школ и регламентирует порядок работы этого отделения [5]. За последние десятилетия рекомендуемая нагрузка на врача и медицинскую сестру этого отделения снизилась вдвое. Однако в подавляющем большинстве регионов сохраняется значительный кадровый дефицит медицинских работников в данных отделениях, что неблагоприятно сказывается на эффективности профилактической работы.

Согласно закону об образовании, организацию охраны здоровья обучающихся осуществляют, прежде всего, образовательные учреждения, а органы здравоохранения организуют оказание им первичной медико-санитарной помощи [7], что диктует необходимость медико-педагогического взаимодействия медицинских и педагогических работников в охране здоровья обучающихся, которое законодательно не закреплено. В частности, недостаточно проработано распределение функциональных обязанностей между медицинскими работниками и педагогами в охране здоровья обучающихся, не утвержден необходимый документооборот, обеспечивающий эффективное взаимодействие между ними. Недостаточно конкретизирован и алгоритм взаимодействия школьных врачей с педиатрами других отделений.

На сегодняшний день перспективы развития отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях остаются неясными. С одной стороны, Приказ Минздрава России от 7 марта

2018 г. № 92н сохраняет его в структуре детской поликлиники и прописывает «Стандарт оснащения отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях», предусматривающий рабочее место врача и медицинской сестры с персональным компьютером и выходом в информационно-коммуникационную сеть Интернет. С другой стороны, там не указана должность врача-педиатра и медицинской сестры этого отделения. В настоящее время существует профессиональный стандарт специалиста по оказанию медицинской помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях, согласно которому подготовка этих специалистов предполагает получение ими высшего образования (бакалавра) по направлению подготовки «Сестринское дело» и дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) по вопросам оказания первичной медико-санитарной помощи обучающимся. Согласно профессиональному стандарту, среди трудовых функций бакалавра предусмотрена работа по организации и проведению профилактических осмотров и скрининговых обследований обучающихся. Необходимые умения включают возможность разрабатывать индивидуальный план оздоровительных мероприятий обучающегося с учетом результатов профилактических осмотров и формировать группы повышенного медико-социального риска здоровью для оптимальной организации обучения, оказания медицинской помощи, в том числе коррекции нарушений физического и психического развития. Возможно, в перспективе они заменят и врача, и медицинскую сестру в школе.

Ряд вузов уже начал подготовку этих специалистов. Однако их число невелико, они еще не закончили обучение и не пришли в школу. При этом важно, независимо от того, кто в недалеком будущем будет работать в образовательных организациях, сохранить основную концепцию современной школьной медицины, первостепенной задачей которой является максимальная интеграция каждого ребенка в образовательный процесс с учетом всех его индивидуальных особенностей развития.

В настоящее время, несмотря на приоритет профилактической работы, деятельность врача школы имеет нозоцентрическую направленность, и, участвуя в проведении профилактических осмотров, он в большей степени ориентирован на выявление симптомов заболеваний, недостаточно оценивая особенности развития ребенка. В ходе научных исследований дока-

зана высокая частота отклонений от нормы физического, интеллектуального развития, физической подготовленности обучающихся, при профилактических осмотрах эти нарушения выявляются далеко не всегда, а, следовательно, не учитываются при составлении рекомендаций.

Особенно это касается оценки психического развития школьников. Вместе с тем недостаточная межведомственная интеграция медицинских работников и педагогов не позволяет учитывать при оценке здоровья детей особенности их адаптации к школе, а также индивидуальные психологические характеристики, которые выявляет школьный психолог. Издержки межведомственного взаимодействия приводят к низкой информированности родителей и педагогов о состоянии здоровья учащихся по результатам профилактических осмотров и о рекомендованных оздоровительных мероприятиях [8].

Согласно проведенному нами опросу, 100 родителей школьников, находящихся на диспансерном учете по поводу хронического заболевания не менее 5 лет, 61% родителей ни разу не получали информацию о состоянии здоровья ребенка по результатам проведенного профилактического осмотра, 33% респондентов знакомились с этой информацией лишь 1–2 раза за весь период обучения ребенка. Выдаваемые рекомендации зачастую носили формальный характер и в 64% случаев касались предложения обратиться к врачам-специалистам. Лишь 22% полученных рекомендаций носили профилактическую направленность (по питанию, закаливанию), в остальных случаях родителей информировали о факте проведения медицинского осмотра или вакцинации. Это свидетельствует о формальности проведения осмотров и, следовательно, об их низкой эффективности.

Для решения данной проблемы на федеральном уровне необходима унифицированная организационная форма для разработки единой стратегии сопровождения каждого ребенка, особенно в переломные периоды его обучения, основанной на объединении информации о здоровье ребенка от всех членов школьной команды: врача и медицинской сестры, учителя, психолога, учителя физкультуры.

Серьезная проблема для педиатров, работающих на базе образовательных рекомендаций, связана с созданием индивидуальных комплексных программ медико-педагогического сопровождения ребенка в семье и образовательной организации [2]. Решение данной проблемы

мы видим в создании условий для их моделирования с учетом особенностей развития ребенка. Именно поэтому необходимо создание базы модулей рекомендаций при наиболее частых нарушениях физического и нервно-психического развития, которые, как пазл, могут складываться в индивидуальные программы оздоровления. Нами созданы модули по сопровождению детей с последствиями перинатального поражения ЦНС, головной болью напряжения, воспалительных заболеваний верхних отделов ЖКТ, с нарушениями осанки, остроты зрения, при аутоагрессивном поведении.

Таким образом, необходимо улучшение ресурсной базы и обновление нормативно-методических документов, регламентирующих профилактическую работу с детьми разного возраста, которые обеспечат реальное внутриведомственное и межведомственное взаимодействие в сфере охраны здоровья детей.

Очевидно, что обоснование здоровьесберегающей деятельности строится на общих данных о состоянии здоровья ребенка, его социального окружения, учебной перегрузки, и только системное представление о проблемах ребенка дает возможность разработать комплексную систему охраны его здоровья. Говоря об организации оздоровления детей, совершенно очевидно, что нужна технологичная, легко воспроизводимая система, базирующаяся на принципах первичной профилактики и ориентированная на повышение «запаса прочности» детского организма, особенно в процессе социальных перемен в жизни ребенка.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бобошко И.Е. Дифференцированный подход к медико-социальному сопровождению детей разных конституциональных типов в учреждениях здравоохранения и образования. Вестник Ивановской медицинской академии. 2010; 15(3): 35–40. Доступен по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71825984/> (дата обращения 28.10.2021).
2. Жданова Л.А., Шишова А.В., Бобошко И.Е. и др. Научные исследования в области формирования здоровья детей в различных микросоциальных условиях: история и перспективы. Вестник Ивановской медицинской академии. 2016; 21(3): 5–13.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2015 г. № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и вра-

ча — акушера-гинеколога». Доступен по: <https://base.garant.ru/71169514/> (дата обращения 28.10.2021).

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 мая 1999 г. № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста». Доступен по: <https://base.garant.ru/4175902/> (дата обращения 28.10.2021).
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях». Доступен по: <https://base.garant.ru/70571454/> (дата обращения 28.10.2021).
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 марта 2018 г. № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям». Доступен по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71825984/> (дата обращения 28.10.2021).
7. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ. Доступен по: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_140174/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/) (дата обращения 28.10.2021).
8. Шишова А.В., Жданова Л.А. Показатели физического, интеллектуального развития и социальной адаптации первоклассников как основа индивидуализации их медико-педагогического сопровождения. В кн.: Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы. М.: 2019; 154–73.
9. Шишова А.В., Жданова Л.А. Проблемы организации профилактических осмотров в образовательных учреждениях и пути их оптимизации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009; 5: 43–6.

## REFERENCES

1. Boboshko I.E. Differencirovannyj podhod k mediko-social'nomu soprovozhde-niju detej raznyh konstitucional'nyh tipov v uchrezhdenijah zdravooxranenija i obraz-zovanija. [Differentiated approach to medical and social support of children of different constitutional types in health care and education institutions]. Vestnik Ivanovskoj medicinskoj akademii. 2010; 15(3): 35–40. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71825984/> (accessed 28.10.2021).
2. Zhdanova L.A., Shishova A.V., Boboshko I.E. i dr. Nauchnye issledovanija v oblasti formirovanija zdorov'ja detej v razlichnyh mikrosocial'nyh uslovijah: istorija i perspektivy. [Scientific research in the field of formation of children's health in various microsocial conditions: history and prospects]. Vestnik Ivanovskoj medicinskoj akademii. 2016; 21(3): 5–13.
3. Prikaz Ministerstva zdravooxranenija RF ot 2 ijunja 2015 g. № 290n «Ob utver-zhdenii tipovyh otraslevykh norm vremeni na vypolnenie rabot, svjazannyh s poseshhe-

- niem odnim pacientom vracha-pediatra uchastkovogo, vracha-terapevta uchastkovogo, vracha obshhej praktiki (semejnogo vracha), vracha-nevrologa, vracha-otorinolaringologa, vracha-oftal'mologa i vracha-akushera-ginekologa». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of June 2, 2015 N 290n "On the approval of standard industry norms for the performance of work related to a visit by one patient to a district pediatrician, district physician, general practitioner (family doctor), neurologist, otorhinolaryngologist, ophthalmologist and obstetrician-gynecologist"]. Available at: <https://base.garant.ru/71169514/> (accessed 28.10.2021).
4. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya RF ot 5 maja 1999 g. № 154 «O sovershenst-vovanii medicinskoj pomoshhi detjam podrostkovogo vozrasta». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of May 5, 1999 N 154 "On the improvement of medical care for adolescent children"]. Available at: <https://base.garant.ru/4175902/> (accessed 28.10.2021).
  5. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya RF ot 5 nojabrja 2013 g. № 822n «Ob ut-verzhenii Porjadka okazaniya medicinskoj pomoshhi nesovershennoletnim, v tom chisle v period obuchenija i vospitanija v obrazovatel'nyh organizacijah». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of November 5, 2013 No. 822n "On approval of the procedure for providing medical care to minors, including during the period of training and education in educational organizations"]. Available at: <https://base.garant.ru/70571454/> (accessed 28.10.2021).
  6. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya RF ot 7 marta 2018 g. № 92n «Ob utver-zhdenii Polozhenija ob organizacii okazaniya pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi detjam». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of March 7, 2018 N 92n "On approval of the Regulations on the organization of the provision of primary health care to children"]. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71825984/> (accessed 28.10.2021).
  7. Federal'nyj zakon «Ob obrazovanii v Rossijskoj Federacii» ot 29.12.2012 g. № 273-FZ. [Federal Law "On Education in the Russian Federation" of December 29, 2012 N 273-FZ]. Available at: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_140174/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/) (accessed 28.10.2021).
  8. Shishova A.V., Zhdanova L.A. Pokazateli fizicheskogo, intellektual'nogo razvi-tija i social'noj adaptacii pervoklassnikov ka osnova individualizacii ih mediko-pedagogicheskogo soprovozhdenija. [Indicators of physical, intellectual development and social adaptation of first-graders as the basis for individualization of their medical and pedagogical support]. In: Zdorov'e molodezhi: novye vyzovy i perspek-tivy. M.: 2019; 154–73.
  9. Shishova A.V., Zhdanova L.A. Problemy organizacii profilakticheskikh osmot-rov v obrazovatel'nyh uchrezhdenijah i puti ih optimizacii. [Problems of organizing preventive examinations in educational institutions and ways to optimize them]. Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny. 2009; 5: 43–6.

УДК 616.13-004.6:614.88  
DOI: 10.56871/5075.2022.48.94.005

## ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

© Артур Юрьевич Апресян

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова. 195067, Российская Федерация, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47

**Контактная информация:** Артур Юрьевич Апресян — к.м.н., доцент, заместитель главного врача по хирургии.  
E-mail: secretar\_spb@mail.ru

Поступила: 16.05.2022

Одобрена: 25.08.2022

Принята к печати: 30.09.2022

**РЕЗЮМЕ:** Пациентам с заболеваниями периферических артерий не уделяется достаточного внимания на этапе первичной медико-санитарной помощи. Динамический контроль их состояния зачастую инициируется уже после состоявшейся сосудистой катастрофы. На этапе профилактических мероприятий, когда вероятность избежать осложнений максимальна, многие больные остаются вне поля зрения профильных специалистов. В целях выявления дефектов доступности и качества медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий на амбулаторном этапе в 2020 году в Санкт-Петербурге опрошено 540 больных атеросклерозом периферических артерий в двух многопрофильных стационарах. Квотная выборка учитывала региональный половозрастной состав контингента больных (67% мужчин, 33% женщин, средний возраст  $66,3 \pm 4$  года), включены пациенты с анамнезом заболевания не менее 5 лет, что усилило объективность результатов исследования. Данные статистически обработаны с расчетом экстенсивных и интенсивных коэффициентов, средних величин. Исходные данные имели нормальное распределение. Выявлены дефекты оказания амбулаторной медицинской помощи пациентам: охват диспансерным наблюдением крайне низкий (8,9%), половина пациентов, не наблюдающихся регулярно у врача, страдают заболеванием более десяти лет, 57,1% респондентов никогда не привлекались к прохождению профилактических медицинских осмотров. Пациентам трудно записаться к врачу (27,7%), получить помощь профильного специалиста — сердечно-сосудистого хирурга (25,5%), приходится длительно ожидать медицинскую помощь (16,0%), ежемесячно оплачивать лекарственные средства для лечения (92,7%). В 33,4% случаев пациентам непонятна информация, которую им предоставляет врач в поликлинике. Выявленные особенности фактического предоставления медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий должны быть учтены при корректировке и разработке комплексных программ, направленных на повышение качества и доступности медицинской помощи, в том числе при разработке порядка ее предоставления пациентам этой группы.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** болезни периферических артерий; атеросклероз; первичная медико-санитарная помощь; социологический опрос.

## PATIENTS ASSESSMENT OF PRIMARY HEALTH CARE MEASURES IN CASE OF DISEASES OF PERIPHERAL ARTERIES

© Artur Yu. Apresyan

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. Piskarevskij pr., 47. Saint-Petersburg, Russia, 195067

**Contact information:** Artur Yu. Apresyan — MD, PhD, Associate Professor, Deputy Chief Physician for Surgery.  
E-mail: secretar\_spb@mail.ru

Received: 16.05.2022

Revised: 25.08.2022

Accepted: 30.09.2022

**ABSTRACT:** Patients with peripheral artery diseases are not given proper attention at the stage of providing primary health care. Dynamic monitoring of their condition is often initiated only after a vascular catastrophe has taken place. At the stage of preventive measures taken, when the probability of avoiding complications is maximum, many patients lack specialized care. To reveal defects in the availability and quality of medical care provided for patients with peripheral artery diseases at the outpatient stage, 540 patients with atherosclerosis of peripheral arteries in 2 multidisciplinary hospitals were interviewed in St. Petersburg in 2020. The quota samples took into account the regional gender and age composition of the patients (67% men, 33% women, average age  $66.3 \pm 4$  years), included patients with a medical history of at least 5 years, which strengthened the objectivity of the results of the study. The data were statistically processed with the calculation of extensive and intensive coefficients, average values. The initial data had a standard distribution. Defects in the provision of outpatient medical care to patients were revealed: the coverage of dispensary observation is extremely low (8.9%), half of patients who are not regularly examined by a doctor have been suffering from the disease for more than ten years, 57.1% of respondents have never been involved in the course of preventive medical examinations. It is difficult for patients to make an appointment with a doctor (27.7%), consulted by a particular specialist — a cardiovascular surgeon (25.5%), have to wait a long time for medical care (16.0%), pay monthly for medicines for treatment (92.7%). In 33.4% of cases, patients have certain difficulty to cope with the information provided to them by a doctor in a polyclinic. The revealed features of the actual provision of medical care to patients with peripheral artery diseases should be taken into account when adjusting and developing comprehensive programs aimed at improving the quality and accessibility of medical care, including the order of its provision to the patients of this group.

**KEY WORDS:** diseases of peripheral arteries; atherosclerosis; primary health care; sociological survey.

## ВВЕДЕНИЕ

Первичная медико-санитарная помощь является основополагающей составляющей процесса оказания медицинской помощи населению. Именно на этом этапе пациентам, страдающим хроническими заболеваниями, проводится динамический контроль состояния их здоровья, должна оказываться плановая медицинская помощь, не допускающая развития осложнений, в том числе путем своевременного их направления для получения специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи [2, 4, 6, 9].

Основное внимание при проведении профилактических мероприятий, в том числе в рамках вторичной и третичной профилактики, следует уделять заболеваниям, являющимся основными причинами смерти, что позволяет обеспечивать эффективность функционирования системы здравоохранения [12]. К таким заболеваниям, прежде всего, относятся заболевания системы кровообращения, которые в общей структуре причин смертности населения в Российской Федерации составили в 2020 году 43,9% [3].

В ряду заболеваний системы кровообращения выделяются заболевания периферических артерий, их целесообразно рассматривать как патологию, своевременное оказание профилак-

тической медицинской помощи при которой позволяет свести к минимуму возникновение состояний, угрожающих жизни больных, их последующей инвалидизации, и, тем самым, снизить нагрузку на систему здравоохранения, обусловленную необходимостью оказания дорогостоящей экстренной медицинской помощи [7, 10].

Вместе с тем рядом авторов отмечается, что больным с заболеваниями периферических артерий не уделяется достаточного внимания на этапе первичной медико-санитарной помощи, что выражается, прежде всего, в отсутствии должного проактивного наблюдения. Динамический контроль состояния их здоровья зачастую инициируется уже только после состоявшейся сосудистой катастрофы — острого коронарного синдрома, нарушения мозгового кровообращения, окклюзии магистрального сосуда [5, 11, 13]. На этапе профилактических мероприятий, предотвращения возможных рисков и диспансерного наблюдения, когда вероятность избежать осложнений путем оказания своевременной медицинской помощи максимальна, многие больные остаются вне поля зрения профильных специалистов. Анализ данных в динамике о пациентах с заболеваниями периферических артерий [1] показал двукратный рост числа пациентов дневного стационара с облитерирующим атеросклерозом и трехкратный

рост числа пациентов с диабетическими ангиопатиями, при этом существенного снижения госпитализированной заболеваемости в аналогичный период не было выявлено, что свидетельствует об охвате дневными стационарами и больницами разных контингентов больных: в дневном стационаре лечатся те, кто находится на диспансерном наблюдении, а в стационары попадают пациенты, ранее не наблюдавшиеся у врача. Это требует особого внимания к качеству и доступности медицинской помощи, оказываемой пациентам данной группы в целях своевременного выявления и устранения их дефектов, корректировки для наиболее эффективного взаимодействия пациентов с заболеваниями периферических артерий с системой здравоохранения.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Путем опроса пациентов с заболеваниями периферических артерий выявить дефекты доступности и качества оказываемой им медицинской помощи на амбулаторном этапе ее предоставления.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2020 году в Санкт-Петербурге по специально разработанной анкете проведен опрос пациентов с атеросклерозом периферических артерий, нацеленный на выявление препятствий в получении ими доступной медицинской помощи на амбулаторном этапе. Опрошено 540 пациентов в двух многопрофильных стационарах. Квотная выборка сформирована с учетом регионального половозрастного состава контингента больных (67% мужчин, 33% женщин, средний возраст  $66,3 \pm 4$  года). В исследование включены пациенты, имеющие длительный анамнез заболевания (не менее пяти лет), неоднократно обращавшиеся за медицинской помощью в медицинские организации различного уровня. Это позволило считать, что результаты исследования, построенные на анализе особенностей получения медицинской помощи включенными в выборку пациентами, являются объективными и репрезентативными.

Наибольшую долю всех пациентов с заболеваниями периферических артерий (основной диагноз) составили больные с атеросклерозом артерий нижних конечностей — 78,2%, с атеросклерозом иных периферических сосудов — 9,2%, с аневризмой брюшной аорты — 5,4%, с острым тромбозом артерий нижних конечностей — в 1,8%.

Среди пациентов, включенных в исследование, 16,4% имели установленную группу инвалидности, это почти каждый десятый пациент с атеросклерозом артерий конечностей (9,3% среди всех пациентов с этим диагнозом) и каждый пятый пациент с атеросклерозом иных сосудов (20,0% среди всех пациентов с этим диагнозом).

Данные статистически обработаны с расчетом экстенсивных и интенсивных коэффициентов. Исходные данные имели нормальное распределение.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование подтвердило, что заболевания периферических артерий — это длительно развивающееся патологическое состояние. Большая часть пациентов (46,5%) наблюдались по поводу этого заболевания более 10 лет и неоднократно обращались за медицинской помощью. Лечение в стационаре не проходили по поводу своего заболевания 64,2% пациентов, тогда как 35,8% больных ранее были госпитализированы по этому поводу, а практически каждый десятый пациент (11,3%) получал лечение в условиях стационара неоднократно. Большинство пациентов, принявших участие в исследовании (73,2%), ранее получали хирургическое лечение по поводу заболевания периферических артерий, а у 8,9% оно запланировано в рамках текущей госпитализации.

Результаты опроса выявили серьезные дефекты организации диспансерного наблюдения пациентов с заболеваниями периферических артерий: несмотря на длительность развития патологического состояния, оказалось, что только 8,9% из них находятся под динамическим наблюдением. При этом единые подходы к проведению диспансерного наблюдения пациентов этой группы отсутствуют: 23,5% из числа взятых на диспансерное наблюдение проходят осмотры у врача-кардиолога, 74,6% — у врача-хирурга и еще 1,9% пациентов — у врачей иных специальностей, в том числе сердечно-сосудистого хирурга.

На фоне выявленного низкого охвата пациентов с заболеваниями периферических артерий диспансерным наблюдением установлено, что медицинские организации не стремятся проводить активной работы с этими пациентами. В 57,1% случаях пациенты указали, что их никогда не приглашали в поликлинику для прохождения профилактических мероприятий, еще 7,1% отметили, что такие приглашения бывают, но они крайне редкие. Только 7,1% пациентов отметили, что регулярно приглаша-

ются для осмотра врачом. Остальные 28,7% затруднились с ответом.

Важно отметить, что позиция по необходимости активного регулярного осмотра пациента не зависит от специальности врача, консультирующего больного. Отметим, что никогда не получали приглашение на профилактический осмотр 60,0% пациентов, наблюдающихся у врача-кардиолога, 48,8% — из числа регулярно осматриваемых врачом-хирургом и 66,6% из числа посещающих врача-терапевта.

Пассивная позиция медицинских организаций по привлечению пациентов к динамическому наблюдению, к сожалению, сопровождается неудовлетворительной их мотивированностью к необходимости его прохождения. Только 41,1% респондентов указали, что считают необходимым регулярно посещать врача. При этом «регулярность» посещения медицинской организации оценивается пациентами по-разному. Из числа пациентов, указавших, что посещают врача регулярно, 8,2% выполняют такие посещения 1 раз в полгода и еще 15,0% — ежегодно. В иных случаях пациенты «регулярно» посещают врача с частотой 1 раз в несколько лет — 52,6% пациентов. Еще 24,2% затруднились ответить на этот вопрос.

Оценка пациентами своих потребностей в медицинской помощи показала, что наиболее востребованным для них являются рекомен-

дации, полученные от врача по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» — 50,0% пациентов считают это важным и хотели бы обращаться к врачам этого профиля для получения по поводу своего заболевания медицинской помощи должного качества. Однако пациенты отмечают, что в медицинских организациях первичного звена таких специалистов найти очень сложно. К врачу-хирургу для консультаций считают целесообразным обращаться 20,4% пациентов, к врачу-терапевту — 11,0%, к врачу-кардиологу — 9,3% пациентов, к врачам иных специальностей — 9,3%.

Отсутствие должного внимания со стороны медицинских организаций, наблюдающих пациентов с заболеваниями периферических артерий в амбулаторных условиях, препятствия, с которыми сталкиваются пациенты при получении медицинской помощи, формируют условия для их неудовлетворенности организацией медицинской помощи. В среднем по пятибалльной системе пациенты оценили работу амбулаторных медицинских организаций только на  $3,7 \pm 0,4$  балла.

Среди причин неудовлетворенности организацией работы медицинских организаций, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь, среди пациентов на первое место ставятся ограничения доступности профильной медицинской помощи (рис. 1).

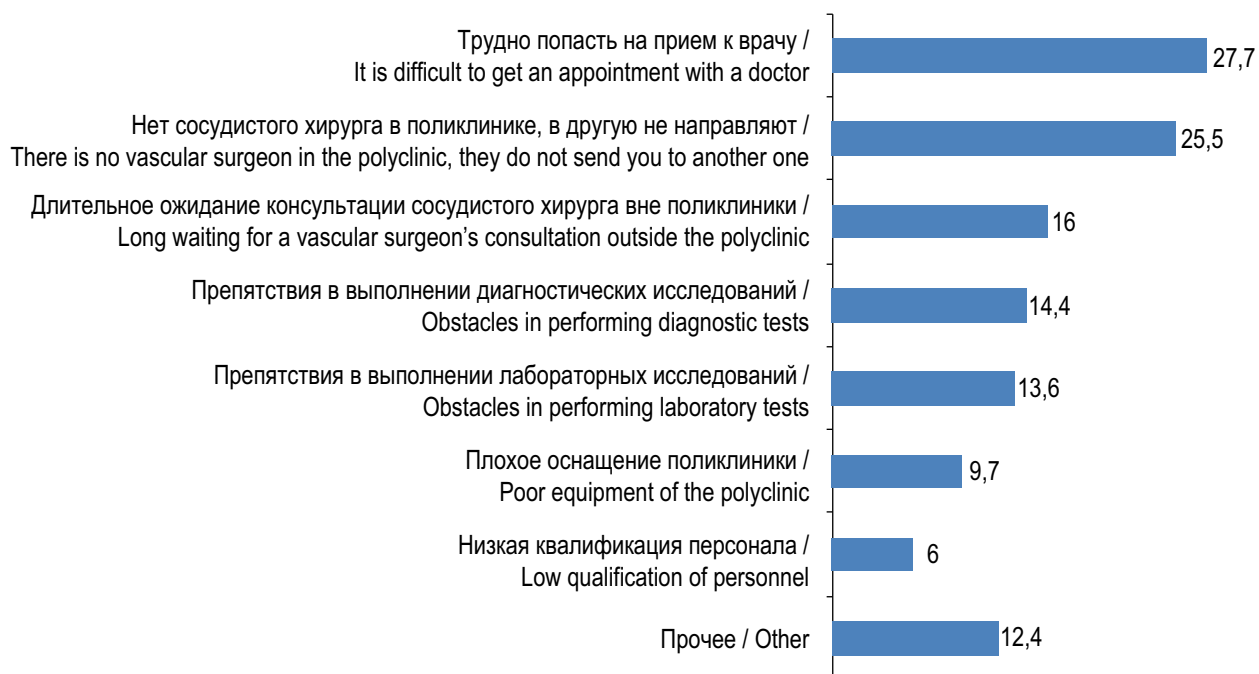


Рис. 1. Причины неудовлетворенности работой поликлиники пациентов с заболеваниями периферических артерий (на 100 опрошенных)

Fig. 1. Reasons for patients with peripheral artery diseases dissatisfaction with the work of the polyclinic (per 100 respondents)

С частотой 27,7 на 100 опрошенных пациенты указали, что им трудно попасть на прием к врачу по поводу своего заболевания. В каждом четвертом случае, с частотой 25,5 на 100 опрошенных, они посетовали, что в поликлиниках отсутствует врач по специальности «сердечно-сосудистая хирургия», а получить направление на консультацию в другую медицинскую организацию крайне сложно. При этом даже при наличии направления попасть на прием к такому врачу крайне затруднительно ввиду длительных сроков ожидания медицинской помощи. С частотой 46,0 на 100 опрошенных пациенты указали на длительные сроки ожидания консультации сосудистого хирурга в медицинских организациях по направлению лечащего врача поликлиники по месту жительства (консультативно-диагностические центры, амбулаторно-консультативные отделения стационаров).

Среди иных причин неудовлетворенности работой поликлиники пациенты отметили: препятствия в выполнении диагностических и лабораторных исследований — 14,4 и 13,6 на 100 опрошенных соответственно, плохое оснащение поликлиники — 9,7 на 100 опрошенных, низкая квалификация врачей-специалистов — 6,0 на 100 опрошенных. Прочие причины указывались с частотой 12,4 на 100 опрошенных пациентов.

Наряду с выявленными ограничениями доступности медицинской помощи, обусловленными отсутствием в медицинских организациях первичного звена профильных специалистов, пациентами с заболеваниями периферических артерий отмечаются также препятствия, сформированные ограничениями экономической доступности медицинской помощи. Так, на постоянной основе 68,4% пациентов вынуждены принимать лекарственные средства для терапии и профилактики осложнений своего заболевания. Однако отсутствие своевременного контроля выполнения назначенных схем лечения в настоящее время не позволяет в полной мере систематизировать подходы к лекарственному обеспечению таких больных, в том числе ввиду отсутствия полного учета объема оказанных им медицинских услуг. Это не позволяет систематизировать вопросы лекарственного обеспечения пациентов с заболеваниями периферических артерий, сформировать блоки терапии для включения в программы бесплатного обеспечения ими пациентов, что вынуждает их нести существенные затраты личных денежных средств для лечения своего заболевания.

Только 7,3% пациентов с заболеваниями периферических артерий получают требуемые им

лекарственные средства бесплатно. Остальные 92,7% вынуждены тратить ежемесячно личные денежные средства на их приобретение, в том числе 32,7% из них тратят ежемесячно до 1 тыс. рублей, 38,2% — от 1 до 10 тыс. рублей, и 21,8% — свыше 10 тыс. рублей.

Наряду с прочим результаты опроса выявили ограничения информационной доступности медицинской помощи для пациентов. Только 56,1% всех пациентов указали, что они удовлетворены разъяснениями врача по особенностям течения их заболевания. Треть всех пациентов (33,4%) указали, что для них остается непонятной информация, которую предоставляет им врач в поликлинике. При этом стоит подчеркнуть, что в 48,3% случаях непонятной оказалась информация для пациентов, регулярно посещающих врача. Еще 10,5% больных отметили, что вообще никакой информации по характеру развития заболевания врач им не разъяснял.

При этом, несмотря на то что наиболее значимым для профилактики осложнений при заболеваниях периферических артерий, а также для недопущения ухудшения состояния здоровья является ведение образа жизни, исключая влияние неблагоприятных факторов, пациенты не владеют в достаточной степени этой информацией. Только 66,7% пациентов считают, что в полной мере ознакомлены с такой информацией лечащим врачом. Наряду с этим 8,7% указали, что такой информации им предоставлено не было, а еще 24,6% отметили, что информация была предоставлена, однако она оказалась им неясной.

Проведенный анализ показал низкую осведомленность пациентов о неблагоприятных факторах, влияющих на состояние их здоровья ввиду наличия заболевания периферических артерий (рис. 2).

Крайне незначительное число пациентов оказалось проинформировано о факторах, играющих ведущую роль в развитии патологического процесса развития их заболевания. Наиболее важным в развитии заболеваний в соответствии с Национальными рекомендациями являются сосудистые осложнения сахарного диабета [13]. Однако среди неблагоприятных факторов развития заболевания пациенты указали сахарный диабет только с частотой 8,8 на 100 опрошенных. Неосознание этого влечет за собой отсутствие контроля возможного развития состояний, сопровождающихся повышением уровня глюкозы в крови, в том числе при наличии отягощенной наследственности по этому заболеванию. Не обращено также

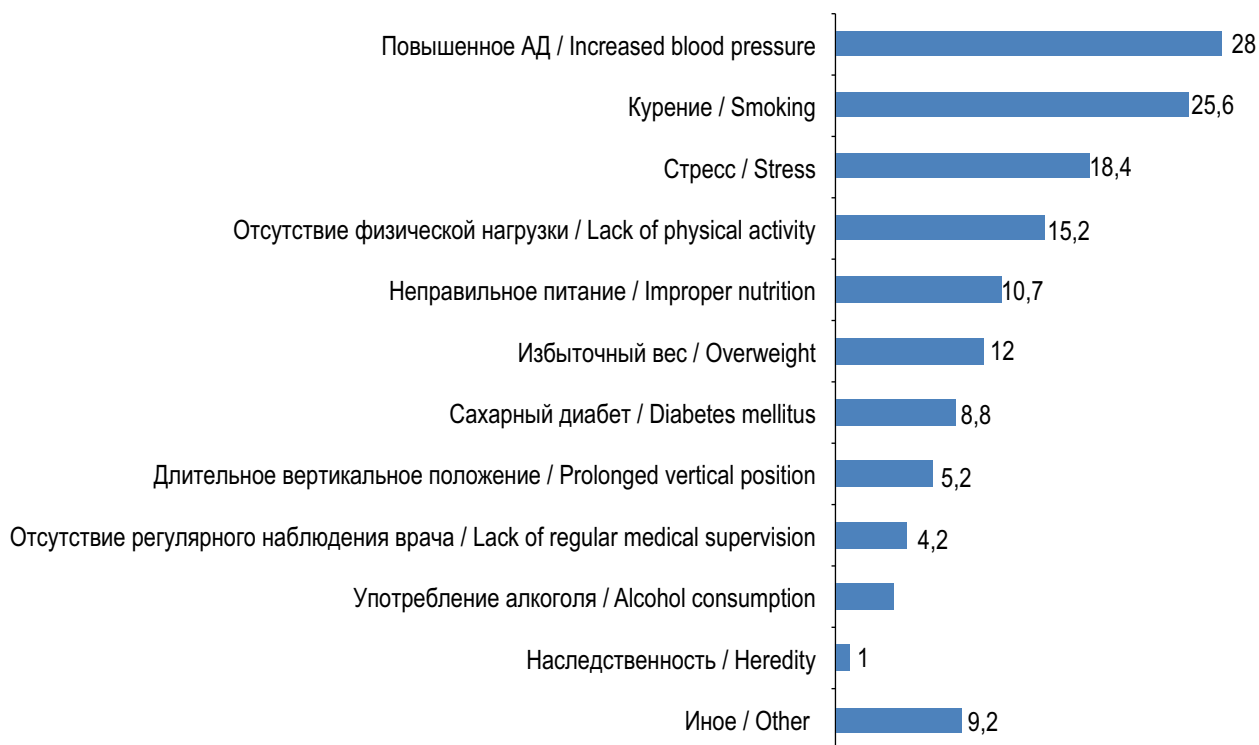


Рис. 2. Осведомленность пациентов о неблагоприятных факторах развития заболеваний периферических артерий (на 100 опрошенных)

Fig. 2. Awareness of patients about adverse factors in the development of peripheral artery diseases (per 100 respondents)

достаточного внимания пациентов и на такой фактор, как неблагоприятные условия труда, сопровождающиеся вынужденным вертикальным положением. В качестве негативного такой фактор пациенты указали с частотой только 7,0 на 100 опрошенных.

Среди прочих неблагоприятных с точки зрения пациентов факторов ими отмечены: отсутствие регулярного наблюдения врача — 5,2 на 100 опрошенных пациентов, употребление алкоголя — 4,2 на 100 опрошенных. Наследственные факторы развития заболевания указаны пациентами с частотой 1 на 100 опрошенных.

Отсутствие в большинстве случаев динамического наблюдения пациентов с заболеваниями периферических артерий не позволяет своевременно корректировать их лечение, что может приводить к неуправляемому развитию заболевания, его осложнению. При этом, как выше указывалось, в ряде случаев доступность медицинской помощи может быть ограничена. В этой связи в рамках исследования пациентам было предложено оценить эффективность проведения диагностических и лечебных мероприятий при их заболевании.

На первом месте в качестве наиболее эффективной меры пациентами, как при амбулаторном, так и при стационарном лечении, была

указана «консультация сосудистого хирурга», рекомендации этого специалиста пациенты считают наиболее значимыми. На это указали пациенты при получении лечения в амбулаторных условиях с частотой 37,5 на 100 опрошенных, а при лечении в условиях стационара — с частотой 50,0 на 100 опрошенных.

Корректное назначение лекарственных препаратов пациентами также указано среди эффективных способов лечения. Так считают пациенты с частотой 43,9 на 100 опрошенных при получении медицинской помощи в поликлинике и с частотой 50,0 на 100 опрошенных — при получении медицинской помощи в стационаре.

Среди диагностических исследований наиболее высокую оценку получило ультразвуковое исследование сосудов, частота пациентов, давших высокую оценку этому методу лечения, в амбулаторно-поликлинических условиях составила 37,5 на 100 опрошенных, а при лечении в условиях стационара — 13,0 на 100 опрошенных.

Пациенты, получившие стационарную медицинскую помощь, очень высоко оценили эффективность оперативного вмешательства — частота их удовлетворительных ответов по этому вопросу составила 90,7 на 100 опрошенных. Частота ответа на аналогичный вопрос при проведении оперативного вмешательства

в амбулаторных условиях составила только 18,8 на 100 опрошенных.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование путем ретроспективного анализа особенностей оказания первичной, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи пациентам, проходящим лечение в стационаре по поводу заболеваний периферических артерий, позволило установить следующее:

- в условиях отсутствия конкретизированного порядка оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий охват их диспансерным наблюдением крайне низкий и составляет только 8,9%; при этом около половины пациентов, не взятых под диспансерное наблюдение, страдают указанным заболеванием уже в течение десяти лет;
- только 57,1% пациентов, длительно страдающих заболеваниями периферических артерий, никогда не привлекались амбулаторными медицинскими организациями для прохождения профилактических осмотров, направленных на предупреждение развития осложнений заболевания, контроль проводимых лечебных мероприятий, что приводит к отсутствию регулярного наблюдения за пациентами этой группы;
- пациенты с заболеваниями периферических артерий сталкиваются с ограничениями доступности медицинской помощи на амбулаторном этапе ее предоставления: трудно записаться на прием к врачу (27,7% случаев), отсутствие возможности получения медицинской помощи у профильного специалиста по сосудистой хирургии (25,5%), длительные сроки ожидания медицинской помощи (16,0%), вынуждены ежемесячно оплачивать лекарственные средства для лечения (92,7%);
- выявлена неудовлетворительная информированность пациентов с заболеваниями периферических артерий о неблагоприятных факторах развития заболевания и осложнений, при этом в 33,4% случаях пациентам остается непонятной информация, которую им предоставляет врач в поликлинике, а в 10,5% такая информация лечащим врачом не предоставлялась;
- для пациентов с заболеваниями периферических артерий крайне востребован-

ным является получение медицинской помощи профильным специалистом — сосудистым хирургом, на эффективность оказания такой медицинской помощи указали 37,5% пациентов при лечении на амбулаторном этапе и 50,0% пациентов при лечении на этапе получения специализированной медицинской помощи.

Выявленные неудовлетворительные показатели качества ведения пациентов с заболеваниями периферических артерий в рамках диспансерного наблюдения на амбулаторном этапе оказания им медицинской помощи и дефекты доступности предоставления им медицинской помощи не способствуют своевременному ее предоставлению, а также отражаются на принципах преемственности ее оказания на последующих этапах. Это должно быть учтено при корректировке и разработке комплексных программ, направленных на повышение качества и доступности медицинской помощи пациентам данной группы, в том числе при разработке отсутствующего в настоящее время порядка ее предоставления.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлева Е.П., Бабушкина Ю.В., Лобанова Д.А., Баркан Т.А. Анализ базы зарегистрированных заболеваний периферических артерий в Екатеринбурге. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2016; 60(6): 288–92. Доступен по: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2016-60-6-288-292> (дата обращения: 15.04.2022).
2. Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Дроздова Л.Ю. Качество диспансерного наблюдения взрослого населения с артериальной гипертензией врачом-терапевтом участковым. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021; 20(1): 26. Доступен по: <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2021-4332> (дата обращения: 15.04.2022).
3. Российский статистический ежегодник. 2021: Стат. сб. М.: Росстат; 2021.
4. Зубко А.В., Руднев С.Г., Сабгайда Т.П. Мнение терапевтов государственных и частных медицинских организаций о выявлении сосудистых заболеваний хирургического профиля. *Менеджер здравоохранения*. 2017; 10: 31–40.
5. Калинина Р.Е., Абросимова В.Н., ред. Ишемические болезни в практике семейного врача. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
6. Кайли А.Е. Диагностика и лечение заболеваний периферических сосудов. Возможности городских поликлиник. *Хирург*. 2012; 3: 62–70.
7. Лончакова И.Ю., Макаров С.А., Артамонова Г.В., Барбараш Л.С. Организационные аспекты лечения больных с облитерирующим атеросклерозом сосудов

- нижних конечностей на амбулаторном этапе. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2015; 21(3): 38–42.
8. Национальные рекомендации по диагностике и лечению заболеваний артерий нижних конечностей. М.; 2019.
  9. Насонова С.Н., Лаптева А.Е., Жиров И.В. Удаленный мониторинг пациентов с сердечной недостаточностью в реальной клинической практике. *Кардиология*. 2021; 61(8): 76–86. Доступен по: <http://dx.doi.org/10.18087/cardio.2021.8.n1683> (дата обращения: 15.04.2022).
  10. Оганов Р.Г. Сосудистая коморбидность: общие подходы к профилактике и лечению. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2015; 11(1): 4–7.
  11. Сапелкин С.В., Харазов А.Ф. Современные позиции в консервативной терапии пациентов с заболеваниями периферических артерий. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2013; 4: 68–73.
  12. Шляхто Е.В., Баранова Е.И. Основные направления снижения сердечно-сосудистой смертности: что можно изменить уже сегодня? *Российский кардиологический журнал*. 2020; 25(7): 3983. Доступен по: <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-3983> (дата обращения: 15.04.2022).
  13. Фаттахов В.В. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей в практике поликлинического хирурга. *Практическая медицина*. 2010; 41: 126–30.
5. Kalinin R.E., Abrosimov V.N., eds. *Ishemicheskie bolezni v praktike semejnogo vracha*. [Ischemic diseases in the practice of a family doctor]. Moskva: GEOTAR-Media Publ.; 2016. (in Russian).
  6. Kaili A.E. *Diagnostika i lechenie zabolevanij perifericheskikh sosudov*. [Diagnosis and treatment of peripheral vascular diseases]. *Vozmozhnosti gorodskih poliklinik. Hirurg*. 2012; 3: 62–70. (in Russian).
  7. Lonchakova I.Yu., Makarov S.A., Artamonova G.V., Barbarash L.S. *Organizacionnye aspekty lechenija bol'nyh s obliterirujushhim aterosklerozom sosudov nizhnih konechnostej na ambulatornom jetape*. [Organizational aspects of treatment of patients with obliterating atherosclerosis of the vessels of the lower extremities at the outpatient stage]. *Angiologija i sosudistaja hirurgija*. 2015; 21(3): 38–42. (in Russian).
  8. *Nacional'nye rekomendacii po diagnostike i lecheniju zabolevanij arterij nizhnih konechnostej*. [National guidelines for the diagnosis and treatment of diseases of the arteries of the lower extremities]. Moskva; 2019. (in Russian).
  9. Nasonova S.N., Lapteva A.E., Zhiron I.V. *Udalennyj monitoring pacientov s serdečnoj nedostatočnost'ju v real'noj kliničeskoj praktike*. [Remote monitoring of patients with heart failure in real clinical practice]. *Kardiologija*. 2021; 61(8): 76–86. Available at: <http://dx.doi.org/10.18087/cardio.2021.8.n1683> (accessed: 15.04.2022). (in Russian).
  10. Oganov R.G. *Sosudistaja komorbidnost': obshhie podhody k profilaktike i lecheniju*. [Vascular comorbidity: general approaches to prevention and treatment]. *Racional'naja farmakoterapija v kardiologii*. 2015; 11(1): 4–7. (in Russian).
  11. Sapelkin S.V., Kharazov A.F. *Sovremennye pozicii v konservativnoj terapii pacientov s zabolevanijami perifericheskikh arterij*. [Modern positions in conservative therapy of patients with peripheral artery diseases]. *Hirurgija. Zhurnal im. N.I. Pirogova*. 2013; 4: 68–73. (in Russian).
  12. Shlyakhto E.V., Baranova E.I. *Osnovnye napravlenija snizhenija serdečno-sosudistoj smertnosti: čto možno izmenit' uzhe segodnja?* [The main directions of reducing cardiovascular mortality: what can be changed today?]. *Rossijskij kardiologičeskij zhurnal*. 2020; 25(7): 3983. Available at: <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-3983> (accessed: 15.04.2022). (in Russian).
  13. Fattakhov V.V. *Obliterirujushhij ateroskleroz nizhnih konechnostej v praktike polikliničeskogo hirurga*. [Obliterating atherosclerosis of the lower extremities in the practice of a polyclinic surgeon]. *Praktičeskaja medicina*. 2010; 41: 126–30. (in Russian).

## REFERENCES

1. Burleva E.P., Babushkina Yu.V., Lobanova D.A., Barkan T.A. *Analiz bazy zaregistrovannyh zabolevanij perifericheskikh arterij v Ekaterinburge*. [Analysis of the database of registered peripheral artery diseases in Yekaterinburg]. *Zdravoohranenie Rossijskoj Federacii*. 2016; 60(6): 288–292. Available at: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2016-60-6-288-292> (accessed: 15.04.2022). (in Russian).
2. Drapkina O.M., Shepel R.N., Drozdova L.Yu. *Kachestvo dispansernogo nabljudenija vzroslogo naselenija s arterial'noj gipertoniej vrachom-terapevtom uchastkovym*. [The quality of dispensary observation of the adult population with arterial hypertension by a district therapist]. *Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika*. 2021; 20(1): 26. Available at: <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2021-4332> (accessed: 15.04.2022). (in Russian).
3. *Rossijskij statističeskij edgegodnik*. [Russian Statistical Yearbook]. 2021: Stat. sat. Moskva: Rosstat Publ.; 2021. (in Russian).
4. Zubko A.V., Rudnev S.G., Sabgaida T.P. *Mnenie terapevtov gosudarstvennyh i častnyh medicinskih organizacij o vyjavlenii sosudistyh zabolevanij hirurgičeskogo profilja*. [The role of therapists of public and private

УДК 614.7:614.79  
DOI: 10.56871/4623.2022.98.11.006

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В УСЛОВИЯХ АНТРОПОТЕХНОГЕННОГО ПРЕССИНГА

© Ильнур Нилович Халфиев<sup>1</sup>, Виктор Геннадьевич Пузырев<sup>2</sup>,  
Миляуша Шамилевна Музаффарова<sup>3</sup>, Лилия Владимировна Григорьева<sup>4</sup>,  
Ирина Дмитриевна Ситдикова<sup>2, 5</sup>, Марина Владимировна Колпакова<sup>5</sup>,  
Ольга Викторовна Шарапова<sup>6</sup>, Марина Константиновна Иванова<sup>7</sup>,  
Дмитрий Владимирович Павлов<sup>7, 8</sup>, Дмитрий Викторович Ченцов<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики. 420021, Российская Федерация, Республика Татарстан, г. Казань, Сары Садыковой ул., 16

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Российская Федерация, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2

<sup>3</sup> Казанский государственный медицинский университет. 420012, Российская Федерация, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49

<sup>4</sup> Стоматологическая поликлиника № 9. 191028, Российская Федерация, Санкт-Петербург, Чайковского ул., д. 27, лит. А

<sup>5</sup> Набережночелнинский государственный педагогический университет. 423806, Российская Федерация, Республика Татарстан, г. Набережные Челны, Низаметдинова ул., д. 28

<sup>6</sup> Городская клиническая больница им. В.В. Виноградова Департамента здравоохранения города Москвы. 117292, Российская Федерация, Москва, Вавилова ул., д. 61

<sup>7</sup> Ижевская государственная медицинская академия. 426034, Российская Федерация, Республика Удмуртия, г. Ижевск, Коммунаров ул., д. 281

<sup>8</sup> Клиника «Кругозор». 426057, Российская Федерация, Республика Удмуртия, г. Ижевск, К. Маркса ул., д. 218

**Контактная информация:** Ирина Дмитриевна Ситдикова — д.м.н., профессор кафедры общей гигиены.  
E-mail: sar1002@mail.ru.

Поступила: 29.04.2022

Одобрена: 25.08.2022

Принята к печати: 30.09.2022

**РЕЗЮМЕ:** Значительные выбросы веществ, происходящие в результате различных видов техногенеза, вызвали такие глобальные проблемы, как изменение климата, парниковый эффект, кислотные дожди и образование озоновых дыр, решение которых стало основной задачей мировой общественности. Целью исследования является анализ показателей распространенности заболеваний среди основных групп населения и заболеваемости злокачественными новообразованиями с учетом воздействия сельскохозяйственного техногенеза (с/х). В соответствии с целью были определены 7 субъектов, расположенных в Поволжском регионе Российской Федерации, где доминирующим направлением является сельскохозяйственная деятельность. В ходе исследования было выявлено, что на данных субъектах выбросы сельскохозяйственных предприятий преобладают над остальными. В первую очередь это предприятия по переработке и производству зерновых культур; предприятия по предоставлению услуг, связанных с производством сельскохозяйственных культур; разведение сельскохозяйственных птиц, ремонт сельхозтехники и т.п. Был проведен анализ распространенности

болезней и злокачественных новообразований (ЗНО) в период с 2010 по 2017 гг. по данным госстатотчетности на 100 тыс. населения. В ходе анализа было выявлено, что распространенность болезней и злокачественные новообразования на исследуемых территориях находятся на высоких уровнях и имеют тенденции к увеличению. На основе полученных данных были даны рекомендации по минимизации влияния сельскохозяйственного техногенеза на загрязнение окружающей среды.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** загрязнение окружающей среды; сельскохозяйственный техногенез; распространенность болезней; заболеваемость злокачественными новообразованиями.

## DYNAMICS OF INDICATORS OF MALIGNANT NEOPLASMS UNDER THE CONDITIONS OF ANTHROPOTECHNOGENIC PRESSING

© *Ilmur N. Khalfiyev<sup>1</sup>, Viktor G. Puzyrev<sup>2</sup>, Milyausha Sh. Muzaffarova<sup>3</sup>, Lilia V. Grigorieva<sup>4</sup>, Irina D. Sitdikova<sup>2, 5</sup>, Marina V. Kolpakova<sup>5</sup>, Marina K. Ivanova<sup>7</sup>, Olga V. Sharapova<sup>6</sup>, Dmitry V. Pavlov<sup>7, 8</sup>, Dmitry V. Chencov<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Republican Center for Public Health and Medical Prevention. Sary Sadykova str., 16. Kazan, Republic of Tatarstan, Russia, 420021

<sup>2</sup> Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

<sup>3</sup> Kazan State Medical University. Butlerova str. 49. Kazan, Republic of Tatarstan, Russia, 420012

<sup>4</sup> Dental clinic N 9. Tchaikovsky str., 27, lit. a. Saint-Petersburg, Russia, 191028

<sup>5</sup> Naberezhnye Chelny State Pedagogical University. Nizametdinova str., 28. Naberezhnye Chelny, Republic of Tatarstan, Russia, 423806

<sup>6</sup> City Clinical Hospital. V.V. Vinogradov of the Department of Health of the city of Moscow. Vavilov str., 61. Moscow, Russia, 117292

<sup>7</sup> Izhevsk State Medical Academy. Kommunarov str., 28. Izhevsk, Republic of Udmurtia, Russia, 1426034

<sup>8</sup> Clinic "Krugozor". K. Marksa str., 218. Izhevsk, Republic of Udmurtia, Russia, 426057

**Contact information:** Irina D. Sitdikova — PhD (Medicine), Professor of the Department of General Hygiene.

E-mail: sarl002@mail.ru

**Received:** 29.04.2022

**Revised:** 25.08.2022

**Accepted:** 30.09.2022

**ABSTRACT:** Significant emissions of substances resulting from various types of technogenesis have caused such global problems as climate change, the greenhouse effect, acid rain and the formation of ozone holes, solution of which has become the main task of the world community. The aim of the study is to analyze the prevalence of diseases among the main population groups and the incidence of malignant neoplasms, taking into account the impact of agricultural technogenesis (agriculture). To achieve this goal, 7 subjects where the dominant direction is proved to be agricultural activity, located in the northwestern region of the Russian Federation were chosen. The study revealed that in these subjects, emissions from agricultural enterprises prevail. First of all, these are enterprises for processing and production of grain crops; enterprises providing services related to the production of agricultural crops; breeding of agricultural birds, activities for repairment of agricultural machinery, etc. An analysis of the prevalence of diseases and malignant neoplasms (MN) for the period from 2010 to 2017. was made taking into account the state statistics reports per 100 thousand people. The analysis revealed that the prevalence of diseases and malignant neoplasms in the study areas is at high levels and tends to increase. Based on the data obtained, recommendations were given to minimize the impact of agricultural technogenesis on environmental pollution.

**KEY WORDS:** environmental pollution; agricultural technogenesis; prevalence of diseases; incidence of malignant neoplasms.

## ВВЕДЕНИЕ

Использование природных ресурсов и создание различной промышленной инфраструктуры получило название техногенеза [9]. В современном мире развитие техногенеза неизбежно, будь то промышленный техногенез или сельскохозяйственный [6].

Безусловно, развитие промышленных предприятий, современных способов обработки пахотных земель изменили облик нашей планеты. В одних случаях данные изменения делают жизнь человека более удобной. В других случаях многие из преобразований приводят к загрязнению окружающей среды, истощению природных ресурсов [1, 7]. К сожалению, в настоящее время изменения второго типа являются преобладающими [6]. Вопрос безопасности жизнедеятельности в условиях техногенеза является важнейшей проблемой человечества [10, 15]. Антагонизм между техногенезом и обществом возрастает быстрыми темпами [21].

Значительные выбросы веществ, происходящие в результате различных видов техногенеза, вызвали такие глобальные проблемы, как изменение климата, парниковый эффект, кислотные дожди и образование озоновых дыр, решение которых стало основной задачей мировой общечеловеческой [3].

В первую очередь, в результате сельскохозяйственного техногенеза происходит загрязнение почвы. В результате сельскохозяйственного освоения почв трансформируется почвенный покров местности. Снижение лесистости, распашка почвы усиливает процесс степного почвообразования, что в свою очередь приводит к изменению морфологических свойств почвы. По утверждению некоторых исследований, содержание гумуса, биологическая активность в пахотном слое почв, вовлеченных в сельскохозяйственный оборот, значительно ниже в сравнении с целинными аналогами [17]. При этом надо отметить, что резкое снижение запасов гумуса происходит уже в первые 3–4 года сельскохозяйственного пользования. Данный процесс вследствие нарушения экологического равновесия может привести к деградации почвенного покрова [19, 20].

Большого внимания также заслуживает проблема техногенного загрязнения окружающей среды тяжелыми металлами и получения экологически безопасной продукции [20].

Кроме почвенного покрова, существует риск загрязнения водных объектов и атмосферного воздуха. В результате таких загрязнений повы-

шается риск опосредованного воздействия техногенных загрязнителей на состояние здоровья людей, проживающих на данных территориях [2, 5, 8].

Сельскохозяйственный техногенез является основным загрязнителем окружающей среды пестицидами, нитратами и продуктами животноводческого хозяйства, кроме этого существует еще много видов загрязнения [18].

Особо заслуживает внимания проблема развития злокачественных новообразований (ЗНО) в условиях сельскохозяйственного техногенеза, высок риск развития таких ЗНО, как ЗН носоглотки и ЗН плаценты, пищевода среди женщин; среди мужчин — ЗН щитовидной железы, поджелудочной железы [4, 15, 16].

Из вышеизложенного следует, что проблема сельскохозяйственного техногенеза является актуальной для современного общества и в условиях существующих техногенных нагрузок является одной из важнейших, требующих решения [4, 14].

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ показателей распространенности заболеваний среди основных групп населения и заболеваемости злокачественными новообразованиями с учетом воздействия факторов сельскохозяйственного техногенеза.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью была выбрана территория сельскохозяйственного техногенеза, расположенная в центральной части Российской Федерации. На данной территории функционируют предприятия по переработке и производству зерновых культур; предприятия по предоставлению услуг, связанных с производством сельскохозяйственных культур; разведение сельскохозяйственных птиц, ремонт сельхозтехники и т.п. Однако данная территория сельскохозяйственного техногенеза неоднородна, имеются достоверные различия по показателям аэрогенных выбросов (тонн/год). По данному показателю территория была поделена внутри на 7 участков-территорий. Каждая территория была закодирована числовым указателем от 1 до 7.

Использованы данные формы госстатотчетности: форма 7 «Сведения о злокачественных новообразованиях» приказа № 479 от 30.08.2019 г. Росстата [11], форма 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслу-

живания медицинской организации» приказа № 932 от 20.12.2021 г. Росстата [12]. Избран период наблюдения 2010–2020 гг. с расчетом на 100 тысяч населения.

С целью выявления вида техногенеза и оценки факторов риска для здоровья населения использовались данные Ростехнадзора с полным перечнем предприятий — основных источников загрязнения атмосферы, с указанием выбросов в тоннах/год.

Применены методы параметрической статистики. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Statistica 6.0, значимым считали уровень  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

При анализе основных источников загрязнения атмосферы было проведено ранжирование предприятий по иерархии в зависимости от количества выбросов загрязнителей в атмосферу. На каждой из исследуемых территорий сельскохозяйственный техногенез входил в 10 превалирующих предприятий по выбросам в атмосферу загрязняющих веществ (рис. 1). Как известно, сельскохозяйственный техногенез является основным загрязнителем окружающей среды пестицидами, нитратами и продуктами животноводческого хозяйства [18]. Данные вещества оказывают негативное влияние на здоровье людей как непосредственно, так и опосредованно через загрязнение продуктов питания и источников водоснабжения.

Как видно на рисунке 1, по вертикали расположены столбцы, относящиеся к определенной территории сельскохозяйственного техногенеза. Максимальные показатели выбросов соответствуют региону под номером 7 — 163,042 тонн/год. Минимальное значение (1,674 тонн/год) — территория № 2. Однако необходимо отметить, что данный показатель является минимальным лишь при относительном сравнении. Даже такие значения выбросов могут пагубно отразиться на состоянии окружающей среды и на здоровье людей.

В результате анализа распространенности заболеваний среди основных групп населения в рассматриваемых субъектах сельскохозяйственного техногенеза с 2010 по 2017 гг. была выявлена тенденция к повышению распространенности заболеваний на протяжении исследуемого периода (рис. 2).

Как видно из рисунка 2, на многих территориях за исследуемый период наблюдается увеличение распространенности заболеваний. К данным регионам относятся 1, 2, 4, 7.

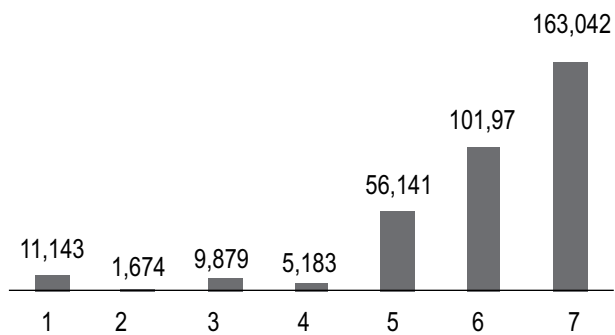


Рис. 1. Выбросы в результате деятельности сельскохозяйственного техногенеза (тонн/год). 1–7 — территории сельскохозяйственного техногенеза

Fig. 1. Emissions from agricultural technogenesis (tonnes/year). 1–7 — territories of agricultural technogenesis

При этом, если в некоторых регионах рост заболеваемости был незначительным, например, 1-й и 7-й регионы — с 1329 случаев до 1370,2 в 1-м регионе и с 1311,5 до 1366,7 случаев в 7-м регионе, то во 2-м и в 4-м регионах разница составила 211 и 66,8 случаев соответственно.

В регионе под номером 5 наблюдается тенденция к снижению распространенности заболеваний, однако, исходя из рисунка видно, что показатели заболеваемости в данном регионе были изначально на высоких уровнях относительно других территорий.

Положительная тенденция наблюдается в регионе № 6. Здесь в 2010 г. распространенность заболеваемости составила 1123,9 случаев. На протяжении 7 лет данная распространенность имела зигзагообразный характер: до 2012 г. идет тенденция к снижению заболеваемости, а с 2013 по 2014 гг. наблюдается рост. Однако с 2015 по 2017 гг. идет устойчивое снижение показателей распространенности заболеваемости среди населения.

Соответственно представленным данным, прирост распространенности заболеваний в изучаемых субъектах составил: 1-й субъект — 3,1%; 2-й — 17,6%; 3-й — 0,39%; 4-й — 6,8%; 5-й — 12,5%; 6-й — 8,8%; 7-й — 4,2%.

При анализе общей картины распространенности заболеваемости среди основных групп населения на 7 территориях сельскохозяйственного техногенеза по усредненным показателям за 2010 и 2017 гг. получились следующие результаты: в 2010 г. усредненный показатель составил  $1264,9 \pm 271,8$  на 100 тыс. населения, а в 2017 г. —  $1271,06 \pm 216,4$  на 100 тыс. населения. Следовательно, независимо от наличия некоторых различий в регионах, в целом наблюдается динамика к увеличению распространенности заболеваемости.

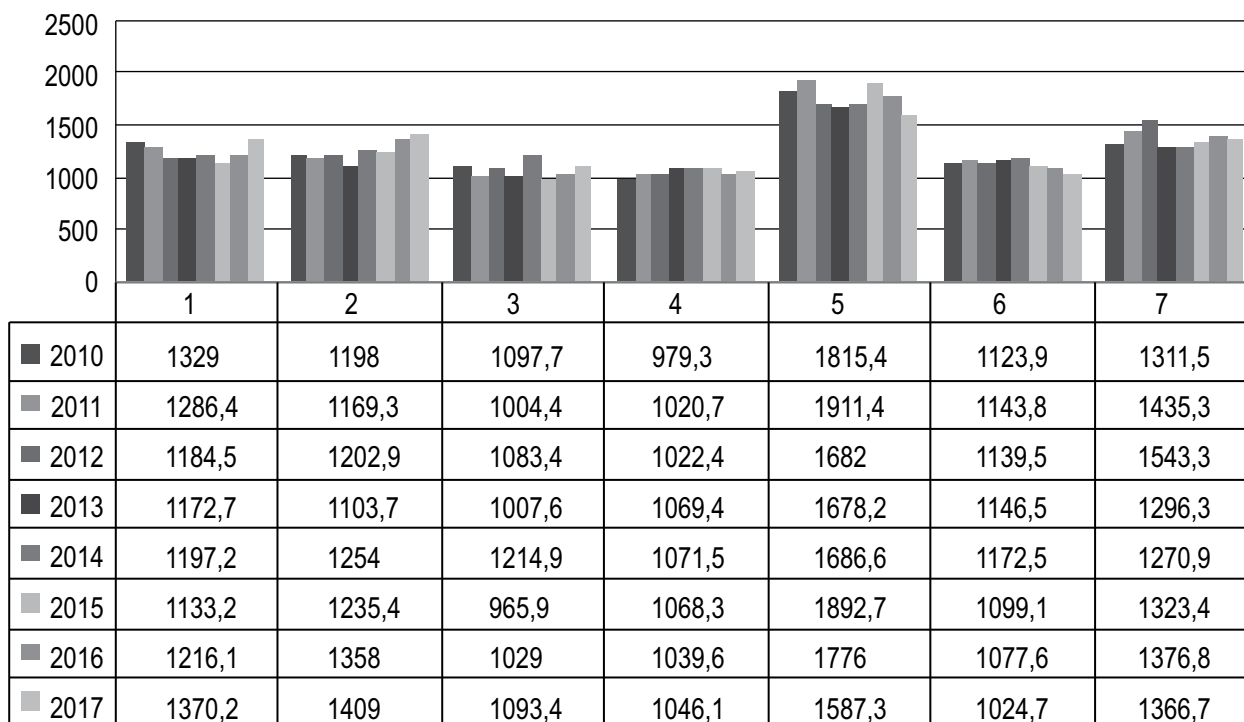


Рис. 2. Распространенность заболеваний на 100 тыс. населения

Fig. 2. Prevalence of diseases per 100,000 population

Статистический анализ достоверности различий распространенности заболеваемости в субъектах выявил, что показатели имеют статистически достоверные различия  $p < 0,05$ . Однако между данными 1-го и 2-го субъектов, а также 3-го и 4-го достоверных различий выявлено не было, уровень достоверности составил 0,91 и 0,46, соответственно. Незначительные различия в уровнях техногенных нагрузок данных регионов способствуют формированию показателей различного уровня распространенности заболеваний, имеющих недостоверные различия.

Заболеваемость ЗНО за данный период изучения представлена на рисунке 3. За исследуемый период заболеваемость ЗНО имеет тенденцию к увеличению.

На некоторых территориях наблюдаются наиболее высокие показатели заболеваемости ЗНО — территории № 3, 5, 6, 2. Возвращаясь к предыдущей диаграмме (распространенность заболеваемости, рис. 2), необходимо отметить, что территория № 6 также имела высокие показатели по данному параметру.

Как видно на рисунке 3, заболеваемость ЗНО за исследуемый период схематично можно разделить на два периода: до 2014 г. и после. В период с 2010 по 2013 гг. наблюдается тенденция к увеличению показателей. В 2014 г. в преобладающей части территорий фиксируются наиболее высокие показатели заболеваемости ЗНО. В по-

следующие годы прослеживается снижение показателей, однако снижения до уровня периода 2010–2013 гг. не зафиксировалось.

Сравнивая усредненные показатели за исследуемый период, была выявлена тенденция к повышению заболеваемости ЗНО: в 2010 г. средние показатели составили  $346,08 \pm 69,09$  случаев, а в 2017 г. —  $395,01 \pm 54,07$  случаев.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на основе проанализированных данных можно сделать вывод, что сельскохозяйственный техногенез вносит значительный вклад в развитие различных нозологий, в том числе и в распространенность злокачественных новообразований.

Учитывая, что техногенное влияние способно оказывать не только прямое воздействие, но и опосредованное, путем прямого влияния на природную среду, существует возможность распространения его на соседние территории. Иными словами, техногенные нагрузки в результате сельскохозяйственного техногенеза на рассмотренных нами территориях могут иметь последствия и на близлежащих территориях.

Из вышеизложенного следует, что данный вопрос должен решаться на государственном уровне. В первую очередь, необходимо уделить внимание технологическим процессам по

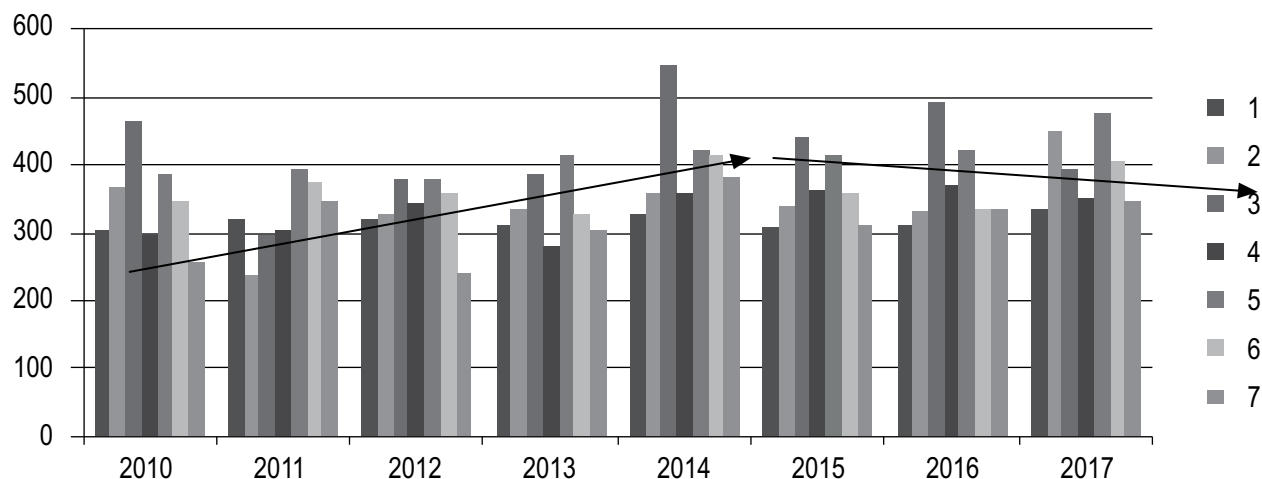


Рис. 3. Заболеваемость злокачественными новообразованиями на 100 тыс. населения

Fig. 3. Incidence of malignant neoplasms per 100,000 population

переработке и производству муки из зерновых культур, так как именно подобные предприятия оказывают наибольшую техногенную нагрузку, согласно нашему исследованию.

Большой вклад в загрязнение окружающей среды вносят пестициды, нитраты и продукты животноводческого хозяйства. Данные вещества определяются в почве и воде. Как известно, они оказывают на организм общее токсическое и канцерогенное воздействие, поэтому необходимо постоянно контролировать содержание данных веществ в водоемках и продуктах питания, а также рассмотреть возможность использования менее агрессивных пестицидов по отношению к человеческому организму.

Комплексное решение данной проблемы способно снизить реальные антропогенные нагрузки в условиях сельскохозяйственного типа техногенеза.

Учитывая комплексный характер воздействия факторов сельскохозяйственного техногенеза, планируется проведение оценки канцерогенного риска на основе «Руководства по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду» Р 2.1.10.1920-04 с целью выявления приоритетных загрязнителей и формирования паспорта территорий [13].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Айкимбаева Д.К., Ситдикова И.Д., Мешков А.В. и др. Изучение медико-биологических показателей в условиях современного типа техногенеза. Международный журнал фармации и технологий. 2016; 8(4): 24439–46.
2. Алидади Х., Таваколи С.С., Офтаде Б.З.Г. и др. Оценка риска для здоровья от воздействия мышьяка и токсичных тяжелых металлов в питьевой воде на северо-востоке Ирана. Здоровье окружающей среды и профилактическая медицина. 2019; 24(1): 59.
3. Жарников В.Б., Ван А.В. Роль техногенеза в глобальном изменении климата. Интерэкспо Гео-Сибирь. 2010; 3(2): 144–8.
4. Иванова М.К. Сельскохозяйственный техногенез как причина злокачественных новообразований. Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. 2021; 1: 29–30.
5. Камалетдинова А.А., Ситдикова И.Д., Шулаев А.В. и др. Оценка экологического риска онкогенеза. Журнал междисциплинарной науки и техники. 2019; 10(5): 12–4.
6. Лаврусевич А.А. Основные черты техногенеза. Вестник МГСУ. 2010; 4: 175–81.
7. Мамедов В.А., Саламов А.М., Халилова Х.Х. Записки Горного института. 2019; 239: 603–10.
8. Мешков А.В. Факторы риска как основа профилактического направления. В кн.: Республиканская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы профилактической медицины и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения». Казань; 2015: 130–2.
9. Осипов В.И. Техногенез и современные задачи наук о земле. Глобальные экологические проблемы. 2016; 3: 4–12.
10. Отчет о ходе работы в рамках Европейского процесса «Окружающая среда и здоровье». Рабочий документ. Европейский региональный комитет, 66-я сессия. Всемирная организация здравоохранения. Копенгаген; 2016.
11. Приказ Росстата от 30.08.2019 г. № 479 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения с указаниями по ее заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья». Доступен по: <https://>

- legalacts.ru/doc/prikaz-rosstata-ot-30082019-n-479-obutverzhdenii-formy/ (дата обращения 25.03.2022).
- Приказ Росстата от 20.12.2021 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://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=411754> (дата обращения 25.03.2022).
  - Р 2.1.10.1920-04 «Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду». М.: Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России; 2004: 143.
  - Ситдикова И.Д., Иванова М.К. Гигиеническая оценка и управление факторами риска канцерогенной и мутагенной опасности в условиях современного техногенеза. *Здоровье населения и среда обитания*. 2013; 4(241): 11–2.
  - Ситдикова И.Д., Иванова М.К. Онкологическая заболеваемость в условиях сельскохозяйственного техногенеза. *Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения*. 2008; 3(1): 256–7.
  - Ситдикова И.Д., Иванова М.К., Иванова Т.В., Малеев М.В. Территории техногенеза — сравнительный анализ канцерогенной опасности. *Практическая медицина*. 2015; 4-2(89): 128–30.
  - Сорокина О.А. Агрогенная трансформация серых лесных почв. Красноярск: Изд-во КрасГАУ; 2008.
  - Халфиев И.Н., Никифорова Л.А., Музаффарова М.Ш., Саттарова Д.Г. Оценка факторов риска окружающей среды с позиции сельскохозяйственного техногенеза. *Научные исследования молодых ученых. Сборник статей XI Международной научно-практической конференции*. Пенза; 2021: 278–80.
  - Черкасов Е.А., Саматов Б.К., Цаповская О.Н. Динамика содержания тяжелых металлов в почвах Ульяновской области. *Агрохимический вестник*. 2016; 1: 12–4.
  - Шугалей Л.С. Устойчивость почв лесостепи и Южной Тайги средней Сибири к экзогенным воздействиям. *Вестник КрасГАУ*; 2009: 66–77.
  - Environment and health in the WHO European Region: progress, challenges and lessons learned. Working paper: Regional Committee for Europe, 65th session. World Health Organization. Vilnius; 2015.
  - Alidadi Kh., Tavakoli S.S., Oftade B.Z.G. i dr. Otsenka riska dlya zdorov'ya ot vozdeystviya mysh'yaka i toksichnykh tyazhelykh metallov v pit'yevoy vode na severo-vostoke Irana. [Health risk assessment from exposure to arsenic and toxic heavy metals in drinking water in the North-East of Iran]. *Zdorov'e okruzhayushchey sredy i profilakticheskaya meditsina*. 2019; 24(1): 59. (in Russian).
  - Zharnikov V.B., Van A.V. Rol' tekhnogeneza v global'nom izmenenii klimata. [The role of technogenesis in global climate change]. *Interespo Geo-Sibir'*. 2010; 3(2): 144–8. (in Russian).
  - Ivanova M.K. Sel'skokhozyaystvennyy tekhnogenez kak prichina zlokachestvennykh novoobrazovaniy. [Agricultural technogenesis as a cause of malignant neoplasms]. *Zdorov'e, demografiya, ekologiya finno-ugorskikh narodov*. 2021; 1: 29–30. (in Russian).
  - Kamaletdinova A.A., Sitdikova I.D., Shulaev A.V. i dr. Otsenka ekologicheskogo riska onkogeneza. [Assessment of the ecological risk of oncogenesis]. *Zhurnal mezhdistsiplinarnoy nauki i tekhniki*. 2019; 10(5): 12. (in Russian).
  - Lavrusevich A.A. Osnovnye cherty tekhnogeneza. [Main features of technogenesis]. *Vestnik MGSU*. 2010; 4: 175–181. (in Russian).
  - Mamedov V.A., Salamov A.M., Khalilova Kh.Kh. Issledovanie vliyaniya antropogennykh faktorov na izmenenie geoekologiskogo sostoyaniya oz. Khodzhasan Azerbaydzhana. [Investigation of the influence of anthropogenic factors on the change of the geoecological state of the lake. Khojagan of Azerbaijan]. *Zapiski Gornogo instituta*. 2019; 239: 603–10. (in Russian).
  - Meshkov A.V. Faktory riska kak osnova profilakticheskogo napravleniya. [Risk factors as the basis of preventive direction]. In: *Respublikanskaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya «Aktual'nye voprosy profilakticheskoy meditsiny i obespecheniya sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya»*. Kazan'; 2015: 130–2. (in Russian).
  - Osipov V.I. Tekhnogenez i sovremennye zadachi nauk o zemle. [Technogenesis and modern problems of earth sciences]. *Global'nye ekologicheskie problemy*. 2016; 3: 4–12. (in Russian).
  - Otchet o khode raboty v ramkakh Evropeyskogo protsessa «Okruzhayushchaya sre-da i zdorov'e». Rabochiy dokument. Evropeyskiy regional'nyy komitet, 66-ya sessiya. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya. [Progress report on the European Environment and Health Process. Working paper. European Regional Committee, 66<sup>th</sup> session. World Health Organization]. *Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya*. Kopengagen; 2016. (in Russian).
  - Приказ Росстата от 30.08.2019 г. № 479 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по ее заполнению для организационного комитета по охране здоровья Российской Федерации». Доступен по: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-rosstata-ot-30082019-n-479-obutverzhdenii-formy/> (дата обращения 25.03.2022).

## REFERENCES

- Aykimbaeva D.K., Sitdikova I.D., Meshkov A.V. i dr. Izuchenie mediko-biologicheskikh pokazateley v usloviyakh sovremennoy tipa tekhnogeneza. [The study of medical and biological indicators in the conditions of the modern type of technogenesis]. *Mezhdunarodnyy zhurnal farmatsii i tekhnologii*. 2016; 8(4): 24439–46. (in Russian).

- okhrany zdorov'ya». [On approval of the form of federal statistical observation with instructions on its completion for the organization by the Ministry of Health of the Russian Federation of federal statistical observation in the field of health protection]. Available at: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-rosstata-ot-30082019-n-479-ob-utverzhdenii-formy/> (accessed: 25.03.2022). (in Russian).
12. Prikaz Rosstata ot 20.12.2021 g. № 932 «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 federal statistical observation forms 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 protection]. Available at: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=411754> (accessed: 25.03.2022). (in Russian).
  13. R 2.1.10.1920-04 «Rukovodstvo po otsenke riska dlya zdorov'ya naseleniya pri vozdeystvii khimicheskikh veshchestv, zagryaznyayushchikh okruzhayushchuyu sredu». [Guidelines for assessing the risk to public health from exposure to chemicals that pollute the environment]. Moskva: Federal'nyy tsentr gossanepidnadzora Minzdrava Rossii; 2004: 143. (in Russian).
  14. Sitdikova I.D., Ivanova M.K. Gigienicheskaya otsenka i upravlenie faktorami riska kantserogennoy i mutagennoy opasnosti v usloviyakh sovremennogo tekhnogeneza. [Hygienic assessment and management of risk factors of carcinogenic and mutagenic hazards in the conditions of modern technogenesis]. *Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya*. 2013; 4(241): 11–2. (in Russian).
  15. Sitdikova I.D., Ivanova M.K. Onkologicheskaya zaboлеваemost' v usloviyakh sel'-skokhozyaystvennogo tekhnogeneza. [Oncological morbidity in conditions of agricultural technogenesis]. *Zdorov'e — osnova chelovecheskogo potentsiala: problemy i puti ikh resheniya*. 2008; 3(1): 256–7. (in Russian).
  16. Sitdikova I.D., Ivanova M.K., Ivanova T.V., Maleev M.V. Territorii tekhnogeneza — sravnitel'nyy analiz kantserogennoy opasnosti. [Territories of technogenesis — comparative analysis of carcinogenic danger]. *Prakticheskaya meditsina*. 2015; 4-2(89): 128–30. (in Russian).
  17. Sorokina O.A. Agrogenaya transformatsiya serykh lesnykh pochv. [Agrogenic transformation of gray forest soils]. Krasnoyarsk: Izd-vo KrasGAU; 2008. (in Russian).
  18. Khalfiev I.N., Nikiforova L.A., Muzaffarova M.Sh., Sattarova D.G. Otsenka faktorov riska okruzhayushchey sredy s pozitsii sel'skokhozyaystvennogo tekhnogeneza [Assessment of environmental risk factors from the perspective of agricultural technogenesis]. *Sbornik statey XI Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii*. Penza. 2021: 278–80. (in Russian).
  19. Cherkasov E.A., Samatov B.K., Tsapovskaya O.N. Dinamika sodержaniya tyazhelykh metallov v pochvakh Ul'yanskoys oblasti. [Dynamics of the content of heavy metals in the soils of the Ulyanovsk region]. *Agrokhimicheskiy vestnik*. 2016; 1: 12–4. (in Russian).
  20. Shugaley L.S. Ustoychivost' pochv lesostepi i Yuzhnoy Taygi sredney Sibiri k ek-zogennym vozdeystviyam. [Resistance of soils of the forest-steppe and southern taiga of central Siberia to exogenous influences]. *Vestnik KrasGAU*. 2009: 66–77. (in Russian).
  21. Environment and health in the WHO European Region: progress, challenges and lessons learned. Working paper: Regional Committee for Europe, 65th session. World Health Organization. Vilnius; 2015.

# HISTORY OF MEDICINE

---

# ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

---

УДК 930.1+616.31+376.1+316.422.44+614.255.6+377.3  
DOI: 10.56871/7775.2022.46.90.007

## К ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ: РЕФОРМА ЗУБОТЕХНИЧЕСКОГО ДЕЛА В 1918–1921 ГОДАХ

© Егор Сергеевич Максимов<sup>1, 2</sup>, Константин Анатольевич Пашков<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова. 127473, Российская Федерация, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1

<sup>2</sup>Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 105064, Российская Федерация, Москва, ул. Воронцово поле, д. 12, стр. 1

**Контактная информация:** Егор Сергеевич Максимов — младший научный сотрудник отдела «Российский музей медицины». E-mail: 79778220515@yandex.ru

Поступила: 27.05.2022

Одобрена: 05.09.2022

Принята к печати: 30.09.2022

**РЕЗЮМЕ:** Реформа зуботехнического дела стала важным направлением деятельности, созданной при Народном комиссариате здравоохранения в 1918 году Зубоврачебной подсекции. Проводить реформу необходимо было в условиях военного коммунизма и Гражданской войны, отсутствия оборудования и материалов, нехватки профессиональных кадров (в дореволюционной России зубных техников готовили путем ученичества у наставников, а право на деятельность они получали в ремесленных управах). Основные усилия подсекции во главе с П.Г. Дауге были направлены на запрещение самостоятельной деятельности зубных техников, нередко занимавшихся протезированием зубов без участия зубных врачей ввиду нехватки последних; привлечение зубных техников к трудовой повинности и на государственную службу; организацию зуботехнического образования (от идеи создания учреждений образования при медицинских факультетах университетов пришлось отказаться, но зуботехнические школы были открыты); организацию бесплатной зуботехнической помощи (почти неосуществимую в те годы). Несмотря на сложности, все эти задачи Зубоврачебной подсекции удалось в той или иной степени решить в 1918–1921 годах. Статья написана на основе архивных источников, впервые вводимых в научный оборот.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** история медицины; реформа зубопротезирования; зубные техники; зуботехнические школы.

---

## TO THE HISTORY OF DOMESTIC DENTISTRY: REFORM OF DENTAL ENGINEERING IN 1918–1921

© Egor S. Maksimov<sup>1, 2</sup>, Konstantin A. Pashkov<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimov. Delegatskaya str., 20–1. Moscow, Russia, 127473

<sup>2</sup>N.A. Semashko National Research Institute of Public Health. Vorontsovo Pole str., 12–1. Moscow, Russia, 105064

**Contact information:** Egor S. Maksimov — Junior Researcher at the Department of the «Russian Museum of Medicine». E-mail: 79778220515@yandex.ru

Received: 27.05.2022

Revised: 05.09.2022

Accepted: 30.09.2022

**ABSTRACT:** The reform of dental engineering became an important line of work for the People's Commissariat for Health created in 1918 by the Dentistry Sub-section. The reform had to be carried out under the conditions of military communism and the Civil War, lack of equipment and materials, shortage of professional staff (in pre-revolutionary Russia, dental technicians were trained through apprenticeship with mentors, and they received the right to work in crafts departments). The main efforts of the subsection headed by P.G. Dauge were aimed at prohibiting dental technicians from working independently, frequently arranging dental prosthetics without dentists due to the lack of the latter; engaging dental technicians in the civil service; organizing dental education (the idea of creating educational institutions within the medical departments of universities was abandoned, but dental schools were opened); organizing free dental technical aid (almost impossible to fulfill). In spite of all the difficulties, the Dentistry Sub-section succeeded in one way or another in solving these problems in 1918–1921. The article is written on the basis of archival sources, introduced into scientific circulation for the first time.

**KEY WORDS:** history of medicine; dental reform; dental technicians; dental schools.

После образования в 1918 году Народно-го комиссариата здравоохранения с лечебной секцией и тремя подсекциями — психиатрической, санаторно-курортной и зубо-врачебной, руководитель последней, зубной врач и соратник В.И. Ленина по революционной борьбе Павел Георгиевич Дауге, приступил к реформе отечественного зубо-врачевания, в том числе зуботехнического дела. Первым шагом в этом направлении стали мероприятия, направленные против деятельности зубных техников, иногда занимавшихся протезированием зубов самостоятельно, без участия зубных врачей. 3 сентября 1918 года на экстренном совещании коллегии Зубо-врачебной подсекции Наркомздрава был заслушан и одобрен проект соответствующего декрета: «Зубо-врачебная протезная техника, как органическая часть зубо-врачевания, изымается из-под контроля ремесленных управ и подчиняется контролю Зубо-врачебной подсекции Народного комиссариата здравоохранения. Зубные техники лишаются права самостоятельного приема на дому пациентов с целью изготовления протезов и всякого исполнения входящих в сферу зубо-врачебных работ» [2].

П.Г. Дауге, описывая события того времени, писал в 1933 году следующее: «Вполне сознавая, что... индивидуальная ремесленная выучка в отдельных случаях может дать весьма талантливых работников, нередко даже превосходящих рядового дипломированного зубного врача в искусстве протезирования, зубсекция НКЗ все-таки считала нужным издать строжайшие циркуляры, лишаящие зубтехников права каких бы то ни было самостоятельных манипуляций в полости рта. Зубсекция хотела положить конец тому шкурническому, беспардонному нарушению закона, которое повсюду наблюдалось со стороны громадной массы зубтехников, следовавших по стопам отдельных, действительно

высококвалифицированных техников, которым подобное право могло быть предоставлено в виде исключения, по проверке их научных знаний и при условии соответствия данного лица социально-политическим требованиям момента» [21]. Позже им все-таки разрешили подойти к пациенту. П.Г. Дауге в 1919 году писал: «Технику может быть предоставлено вмешательство в полость рта той области, где подготовка рта незаметно переходит к подготовке технических манипуляций, где начинается настоящая сфера протезной техники. Бесспорно, на этой грани сталкиваются компетенции двух областей — терапевтической и протезной» [19].

По-видимому, в условиях высокой потребности населения в зубо-врачебной помощи и жесткой нехватки зубных врачей зубные техники часто переступали эту тонкую грань, поскольку на заседании Зубо-врачебного подотдела Наркомздрава 28 января 1920 года было принято решение ужесточить меры: «...до достижения идеала, когда зубо-врачебная и зуботехническая помощь делается исключительно государственной, совершенно бесплатной и быстро получаемой всеми нуждающимися в ней, наша обязанность все же оградить население от незаконного вмешательства этих невежественных представителей зубо-врачевания и зуботехники... Какими же мерами можно если не покончить с этим злом, то хоть сократить его до минимума? ... По нашему мнению, меры эти следующие.

1) Издать декрет о воспрещении зубо-врачебной и зуботехнической самостоятельной практики под страхом ответственности по законам революционного времени.

2) Немедленно реквизировать все кресла и бормашины у этих лиц как нужные для государственного зубо-врачевания предметы и являющиеся к тому же для техников совершенно излишними.

3) Прекратить непосредственный отпуск всякого рода материалов зубным техникам из складов.

4) Инструкторам Зуб[оврачебного] подотдела вменить в обязанность периодически контролировать всех техников на их квартирах.

5) И, чтобы облегчить задачу инструкторам, необходимо издать обязательное постановление для домовых комитетов, на основании которого они обязаны будут в 2-хдневный срок предоставить в Зубподотдел списки проживающих в их доме зуб[ных] техников и список имеющихся у последних зубо-врачебных кресел и бормаши́н» [9].

Следует полагать, что даже спустя 10 лет положить конец «шкурническому нарушению закона» полицейскими мерами не вполне удалось, поскольку П.Г. Дауге в 1927 году писал: «Не секрет, что и в нашем Союзе Советских Республик на арене зубо-врачевания подвизаются не только зубные техники, но и разные знахари, до кузнецов и парикмахеров включительно... Мы их... преследуем советским уголовным кодексом» [20].

Зубные техники не только не должны были самостоятельно заниматься протезированием зубов, они должны были отказаться от частной практики и перейти на государственную службу для оказания бесплатной зубо-врачебной помощи населению Республики после прохождения краткосрочных курсов в Зуботехническом институте. Для начала, согласно постановлению Народного Комиссариата Здравоохранения от 16 октября 1918 года, к трудовой повинности наряду с зубными врачами были привлечены и зубные техники; этим, по мнению П.Г. Дауге (1933), было «положено начало включения зуботехников в семью медицинских работников, — одно из крупнейших социальных достижений для этой категории трудящихся» [21].

Другим важнейшим вопросом, который следовало решить реформаторам отечественного зубо-врачевания, стал вопрос о бесплатной зуботехнической помощи. 5 января 1920 года на заседании коллегии Зубо-врачебного отдела Наркомздрава был заслушан доклад Н.М. Вильника на эту тему, но бурного обсуждения сообщение не вызвало — коллеги просто приняли информацию к сведению. В докладной записке, направленной Зубо-врачебным подотделом в коллегию Наркомздрава, было сказано: «По мнению Зубподотдела, как зубо-врачебная помощь, так и зуботехническая помощь должны быть бесплатными, т.к. и та, и другая, будучи связаны тесно между собою, вернее, дополняя одна другую, не являются предметом роскоши,

а вызываются крайней необходимостью для сохранения здоровья населения... Но принимая во внимание оторванность Советской России в данный момент от центров, производящих материалы для протезирования (искусственные зубы, каучук и т.п.) и, принимая в соображение недостаточное количество запасов этих материалов, имеющихся в распоряжении советской власти, временно, в силу только необходимости, снабжение населения протезами зубов и челюстей должно быть ограничено нормами, выработанными Зубподотделом. Нормы эти приблизительно таковы.

1) Во всех случаях челюстных ранений протезирование должно быть без ограничения полным.

2) При отсутствии одного или нескольких фронтальных зубов, восстановление отсутствующих зубов так же необходимо, т.к. это не является только стороной косметической, но вызывается и необходимостью, ибо отсутствие этих зубов мешает произношению и правильности речи; кроме того, фронтальные зубы первые начинают работу жевательного аппарата в целом, откусывая необходимые куски твердой пищи.

3) При наличности всех фронтальных зубов, отсутствующие коренные зубы (не менее 4–5) должны быть тоже восстановлены при помощи протеза.

4) Что касается более сложных и дорогих протезов из золота: золотых коронок, различных мостов, съемных протезов и т.п., то до сих пор они являлись как бы роскошью, и по цене были доступны лишь более или менее зажиточному населению. Но с того момента, как золото перестает быть предметом торговли, обмена и спекуляции, ему можно в деле зуботехники дать и утилитарное значение: и там, где это вызывается необходимостью, золотые протезы должны быть тоже бесплатно отпускаемы населению» [13].

Очевидно, что в условиях военного коммунизма о бесплатных золотых зубах не могло быть и речи; с учетом значительного дефицита материалов и нехватки зубных техников, усугубившейся после их мобилизации в Красную армию в 1918–1919 годах, показания к протезированию зубов пришлось значительно сузить. На совещании Зубо-врачебной подсекции Наркомздрава 13 сентября 1920 года вновь был поставлен вопрос о бесплатной зуботехнической помощи [12]. Согласно принятым временным нормам обеспечения зуботехнической помощью населения республики протезированию подлежали случаи, где требовался obturator,

послеоперационный протез, отсутствие свыше 6 зубов одной челюсти (в том числе не менее 4 на одной стороне, или 4 моляров, или 2 моляров и 4 бicuspidатов), отсутствие 2 верхних центральных резцов, 2 фронтальных зубов в одной челюсти, а также больные со сниженным питанием вследствие плохого состояния существующих зубов. Мостовидные протезы должны были применяться только в определенных случаях послеоперационного протезирования, коронки следовало изготавливать только на зубы, служащие носителями кламеров, если эти зубы не могли быть длительно сохранены пломбированием. Внеочередное протезирование производилось при необходимости изготовления obturatora и послеоперационного протеза, а также в случаях, если больной был командирован с фронта для протезирования или отправлялся на фронт и при резком упадке питания больного. Допускалось протезирование и одного зуба по профессиональным показаниям — актерам, певцам, ораторам [10].

Потребность в зубных техниках была достаточно высока. Согласно выработанному Зубоврачебной подсекцией плану государственной зубоврачебной помощи на 1920 год, на 4 зубных врачей, обслуживающих городское и сельское взрослое население, должен приходиться один зубной техник [11]. В то же время профессионализм зубных техников мог значительно варьировать. На II Всероссийском совещании заведующих зубоврачебными подотделами (1920) М.О. Коварский характеризовал их следующим образом: «Сплошь и рядом малограмотный, прошедший только школу механической выучки у такого же ученика, абсолютно невежественный в медицинских вопросах, наш зубной техник в лучшем случае является лишь искусным ремесленником. Для полноты картины напомним вам, что зубной техник — наш ближайший помощник — до последнего времени числился в ювелирном цехе и получал свой диплом из ремесленной управы» [15].

Соответственно, важнейшим вопросом стала реформа зуботехнического образования, хотя, как отмечал заведующий первой в России зуботехнической школой М.О. Коварский (1927), «говорить... о реформе можно лишь относительно, поскольку никакого образования в общепринятом смысле для зубных техников в дореволюционной России вообще не существовало». Ученая одонтологическая комиссия приступила к обсуждению этого вопроса в середине 1919 года, исходя из того, что «зубтехник является отнюдь не ремесленником, а

квалифицированным медицинским работником, хотя и не самостоятельным, а работающим по заданию и под наблюдением зубного врача. В качестве медицинского работника зубтехник должен обладать как некоторой общей подготовкой, так и знакомством с общебиологической и медицинской основой своей профессии» [22].

Согласно принятому в итоге положению, «для создания в России кадра научно-образованных зубных техников учреждаются в университетских городах зуботехнические школы с трехлетним курсом, куда принимаются лица обоего пола, не моложе 16 лет, с образованием не ниже школы второй ступени. <...> В школе преподаются следующие предметы: анатомия общая и специальная, физиология, бактериология, гигиена, физика, химия, металлургия, протезная техника и общее знакомство с основами ортодонтии. Школа имеет ряд собственных научно-обставленных технических мастерских, лабораторий, а также зубоврачебную амбулаторию на 10 кресел, где зубными врачами производится подготовка полости рта и сдача протезов... Проверка знаний по теоретическим предметам производится в течение всего курса, что касается практических курсов — то такая проверка производится при переходе с одного семестра на другой. Школа рассчитана на 200 человек» [3].

Правда, на заседании коллегии Ученой одонтологической комиссии 17 июля 1919 года выяснилось, что вопрос о подведомственности профессиональной зуботехнической школы должен быть предварительно решен с Наркомпросом и Отделом профессионального образования Наркомздрава [4]. Несмотря на все сложности межведомственных отношений, первая в стране зуботехническая школа открылась в Москве по адресу Долгоруковская, 18 (в здании бывшей Первой московской зубоврачебной школы доктора И.М. Коварского). Директором школы был назначен однофамилец, земляк и родственник Ильи Матвеевича — Михаил Осипович Коварский.

Согласно отчету М.О. Коварского о деятельности зуботехнической школы за первое полугодие 1920 года, занятия начались 20 января. Записались 50 слушателей, но регулярно посещали занятия только 10–15 человек, поэтому прием слушателей был продлен до 1 мая, благодаря чему число учащихся достигло 23 человек. Отметим, что учащиеся школы получали государственную субсидию (стипендию), которой лишались, если прогуливали занятия на протяжении четырех дней и более [7]. Воз-

можно, в голодные годы военного коммунизма именно эта субсидия как дополнительный доход привлекала поначалу слушателей, которые затем начинали пренебрегать занятиями. 31 марта 1920 года М.О. Коварский докладывал на заседании Зубоврачебного подотдела: «Слушатели не особенно стали аккуратно посещать школу. Слушателям поставлено на вид и, надо думать, дело снова наладится» [14].

Заведующий отмечал, что «по протезной технике учащиеся достаточно хорошо усвоили: снятие слепков, отливку моделей, изготовление шаблонов, определение прикуса, постановку зубов на частичных протезах, приточку зубов... Теоретические занятия велись по анатомии общей и специальной, химии и физике, чтение лекций по металлургии пришлось отложить на 2-й семестр ввиду невозможности найти подходящего лектора...» [8].

Однако обязанности учебного заведения не исчерпывались только обучением юношей и девушек зуботехническому делу. После открытия зуботехнической школы Зубоврачебная подкомиссия Наркомздрава приступила к «легализации» зубных техников, получивших до революции «кабинетное» образование у наставников, а разрешение на профессиональную деятельность от ремесленных управ. Согласно утвержденному в 1920 году Зубоврачебной подкомиссией Наркомздрава положению, до 1 января 1922 года они должны были пройти испытания на звание зубного техника; в дальнейшем звание зубного техника могли получить только выпускники зуботехнической школы. Желаящий пройти испытания должен был предоставить свидетельство об образовательном цензе не ниже бывшего сельского или городского училища; при отсутствии такого свидетельства необходимо было выдержать экзамен по общим предметам при какой-либо школе I ступени. Испытания на звание зубного техника должны были производиться при зуботехнических школах или (там, где их нет) при Одонтологическом отделении медицинского факультета. В состав испытательной комиссии должны были войти лектор протезной техники, ассистент протезной клиники и руководитель практических занятий в протезной мастерской. Экзаменационная программа была разработана директором зуботехнической школы М.О. Коварским. Испытания для зубных техников проводили по следующим предметам:

1) Общее понятие об артикуляции, форме зубов и челюстей, составе и свойствах материалов, применяемых в протезной технике по

определенной программе, утвержденной Зубоврачебной подкомиссией Наркомздрава.

2) Изготовление протезов:

- а) частичный каучуковый протез;
- б) полный протез с пружинами;
- в) металлический протез штампованный;
- г) коронки (паянные и штампованные);
- д) коронка, штифтовый зуб разных систем;
- е) мостик литой;
- ж) изготовление небных obturators [5].

Выдержавшим испытание в недавно созданной зуботехнической школе выдавали соответствующее удостоверение с печатью и подписью директора М.О. Коварского [6]. Как писал П.Г. Дауге (1933), «таким образом несколько сотен бесправных специалистов было втянуто в общую зуботехническую семью как равноправные члены союза Медсантруд данной категории» [21].

О том, с какими трудностями, помимо низкой посещаемости учащимися и большим их отсевом, пришлось столкнуться М.О. Коварскому и преподавателям первой в стране зуботехнической школы, созданной в условиях военного коммунизма, мы узнаем из протоколов заседания педагогического совета школы. Так, например, 4 июня 1921 года было принято решение «ввиду тяжелого продовольственного положения, отражающегося на здоровье и посещении учащихся, закончить семестр 15 июня, с тем, чтобы занятия на осеннем семестре начать не с 1 сентября с[его] г[ода], а с 15 августа», и поэтому «требовать от учащихся зачеты лишь по штифтовым зубам всех систем». Ввиду острого недостатка инструментария было принято решение неуспевающих на второй год не оставлять: «Те из слушателей, кои, либо по неспособности, либо вследствие недостаточно старательного отношения к делу, не сдадут определённого минимума в основном предмете — протезной технике, должны выбыть из числа учащихся. Исключение может быть сделано в отдельных случаях Педагогическим Советом лишь для тех слушателей, неуспешность которых объясняется болезнью или какой-либо другой уважительной причиной...» [17].

Были и почти анекдотические случаи. 27 сентября 1921 года М.О. Коварский направил в Зубоврачебную секцию письмо следующего содержания: «В ночь с 26 на 27 сентября у меня был проведён обыск агентами В.Ч.К., причём ими было у меня забрано находившееся у меня золото в количестве 48 грамм, принадлежащее Зуботехнической школе вместе с фактурой Главзолота. Прошу обратиться в В.Ч.К. с ходатайством о возвращении школе

ограбленного золота, необходимого школе для работы. Золото это хранилось у меня на дому в виду того, что после кражи, произошедшей в школе в июле т[ого] г[ода] я условился, что хранить его в школе неблагоприятно, так как железного шкафа уже не имеется, а замки обыкновенные легко могут быть открываемы. М. Коварский» [18]. И еще: в ноябре 1921 года Зубоврачебная подсекция направила в зуботехническую школу такое письмо: «На отношение от 21.11. за № 820 Зубсекция Н.К.З. запрашивает, поступил ли ответ Уголовной Милиции на ваше заявление о пропаже халатов. Пропавшие же халаты Зубсекция предлагает исключить из инвентаря» [16].

По всей вероятности, конфискованное золото агенты ВЧК вернули, а пропавшие халаты были списаны. Во всяком случае, первый выпуск зубных техников благополучно состоялся в 1923 году. В том же году зуботехнические школы перешли под управление Наркомпроса. К 1927 году в СССР функционировало 5 или 6 зуботехнических школ [22]. Правда, как отмечал П.Г. Дауге (1933), зубные техники, получившие знания в области дентиатрии, по окончании курсов начинали «втихомолку заниматься самостоятельным зубоврачеванием. Таким образом, школа техников благодаря неудачно составленной программе чуть ли не воскресила похороненную нами зубоврачебную школу. Это послужило поводом к коренному пересмотру прежней программы и к выработке новой программы, значительно расширяющей объем таких предметов как математика, физика, химия, механика, скульптура, но исключая те медицинские предметы, которые составляли сущность прежних школ» [21].

После вступления в должность заведующий Зубоврачебной подсекцией Народного Комиссариата Здравоохранения П.Г. Дауге в своем программном докладе в 1918 году так формулировал стоящие перед ним задачи в области зуботехнического дела:

«А. Зуботехническая техника составляет органическую часть научного зубоврачевания и как таковая не может быть отделена от зубовр[ачебной] науки. Ввиду этого,

Б. Первым шагом в реформе зуботехнического дела должно быть прямое его слияние с зубовр[ачебной] наукой и его подчинение контролю не какой-нибудь ремесленной управы, а зубовр[ачебному] отделу мед[ицинского] факультета.

В. При зубовр[ачебном] отделе мед[ицинского] факультета должны быть открыты

специальные зубоврачебные институты для формирования будущего кадра техников-практиков с соответствующим научно-техническим образованием (включая сюда знание основ анатомии и физиологии рта, гигиены, металлургии, физики, химии и пр.).

Г. Ныне существующие зубные техники лишаются права самостоятельного изготовления на дому зубных протезов и всякого исполнения входящих в сферу зубоврачебных работ.

Д. Зубная протезная техника, как часть зубовр[ачебной] науки и один из видов попечения о народном здравоохранении, есть дело государственное и поэтому зубные техники объявляются состоящими на государственной службе с пользованием всеми преимуществами последней.

Е. При зуботехническом институте зубовр[ачебного] отделения мед[ицинских] факультетов должны быть организованы краткосрочные курсы с обязательным прохождением их принятыми на государствен[ную] службу зуб[ными] техниками с целью приобретения ими главных элементов научного протезирования» [1].

Можно констатировать, что всего за три года план, намеченный П.Г. Дауге в 1918 году, был выполнен почти полностью. Правда, открытые зуботехнические школы так и не примкнули к медицинским факультетам университетов, но ведь даже одонтологические кафедры при них Дауге удалось организовать после бурных дискуссий и долгой бескомпромиссной борьбы с оппонентами; к тому же, как показала практика, зубных техников оказалось опасно обучать основам зубоврачевания. Таким образом, в труднейших условиях, в эпоху военного коммунизма реформа зуботехнического дела в послереволюционной России была выполнена быстро и достаточно эффективно.

## ЛИТЕРАТУРА

1. ГАРФ. Ф. А482. Оп. 1. Ед. хр. 12. Лл. 1–7.
2. ГАРФ. Ф. А482. Оп. 1. Ед. хр. 12. Лл. 34, 52.
3. ГАРФ. Ф. А482. Оп. 20. Ед. хр. 10. Лл. 33–34.
4. ГАРФ. Ф. А482. Оп. 20. Ед. хр. 10. Л. 51.
5. ГАРФ. Ф. А482. Оп. 20. Ед. хр. 36. Л. 31.
6. ГАРФ. Ф. А482. Оп. 20. Ед. хр. 36. Л. 9.
7. ГАРФ. Ф. А482. Оп. 20. Ед. хр. 36. Лл. 3–4.
8. ГАРФ. Ф. А482. Оп. 20. Ед. хр. 36. Лл. 5–6 об.
9. ГАРФ. Ф. А482. Оп. 20. Ед. хр. 39. Л. 12, 12 об.
10. ГАРФ. Ф. А482. Оп. 20. Ед. хр. 39. Л. 140.
11. ГАРФ. Ф. А482. Оп. 20. Ед. хр. 39. Л. 15, 36.
12. ГАРФ. Ф. А482. Оп. 20. Ед. хр. 39. Лл. 106.
13. ГАРФ. Ф. А482. Оп. 20. Ед. хр. 39. Лл. 2, 2 об.
14. ГАРФ. Ф. А482. Оп. 20. Ед. хр. 39. Лл. 41.
15. ГАРФ. Ф. А482. Оп. 20. Ед. хр. 47. Л. 77.

16. ГАРФ. Ф. А482. Оп. 20. Ед. хр. 57. Л. 72, 99.
17. ГАРФ. Ф. А482. Оп. 20. Ед. хр. 57. Лл. 63, 63 об.
18. ГАРФ. Ф. А482. Оп. 20. Ед. хр. 57. Лл. 88, 88 об.
19. Дауге П.Г. К вопросу о зуботехническом образовании. Известия Народного Комиссариата Здравоохранения. 1919; 9–10: 20–22.
20. Дауге П.Г. О роли стоматологии в общей системе современной профилактики (По поводу 5-летия Гос. Института Зубоврачевания). М.: ЦК Медсантруд; 1927.
21. Дауге П.Г. Социальные основы советской стоматологии. М.: Государственное медицинское издательство; 1933.
22. Коварский М.О. Реформа зуботехнического образования. Одонтология и стоматология. 1927; 5: 20–2.
10. Gosudarstvennyy arkhiv Rossiyskoy Federatsii [State Archive of the Russian Federation]. F. A482. Op. 20. Ed. khr. 39. L. 140. (in Russian).
11. Gosudarstvennyy arkhiv Rossiyskoy Federatsii [State Archive of the Russian Federation]. F. A482. Op. 20. Ed. khr. 39. Ll. 15, 36. (in Russian).
12. Gosudarstvennyy arkhiv Rossiyskoy Federatsii [State Archive of the Russian Federation]. F. A482. Op. 20. Ed. khr. 39. L. 106. (in Russian).
13. Gosudarstvennyy arkhiv Rossiyskoy Federatsii [State Archive of the Russian Federation]. F. A482. Op. 20. Ed. khr. 39. Ll. 2, 2 ob. (in Russian).
14. Gosudarstvennyy arkhiv Rossiyskoy Federatsii [State Archive of the Russian Federation]. F. A482. Op. 20. Ed. khr. 39. L. 41. (in Russian).
15. Gosudarstvennyy arkhiv Rossiyskoy Federatsii [State Archive of the Russian Federation]. F. A482. Op. 20. Ed. khr. 47. L. 77. (in Russian).
16. Gosudarstvennyy arkhiv Rossiyskoy Federatsii [State Archive of the Russian Federation]. F. A482. Op. 20. Ed. khr. 57. Ll. 72, 99. (in Russian).
17. Gosudarstvennyy arkhiv Rossiyskoy Federatsii [State Archive of the Russian Federation]. F. A482. Op. 20. Ed. khr. 57. Ll. 63, 63 ob. (in Russian).
18. Gosudarstvennyy arkhiv Rossiyskoy Federatsii [State Archive of the Russian Federation]. F. A482. Op. 20. Ed. khr. 57. Ll. 88, 88 ob. (in Russian).
19. Dauge P.G. K voprosu o zubotekhnicheskoy obrazovanii. [On the subject of dental education]. Izvestiya Narodnogo Komissariata Zdravookhraneniya. 1919; 9–10: 20–22. (in Russian).
20. Dauge P.G. O roli stomatologii v obshchey sisteme sovremennoy profilaktiki (Po povodu 5-letiya Gos. Instituta Zubovrachevaniya). [On the Role of Dentistry in the General System of Modern Prophylaxis (On the 5<sup>th</sup> Anniversary of the State Institute of Dental Medicine)]. Moskva: TsK Medsantrud Publ.; 1927. (in Russian).
21. Dauge P.G. Sotsial'nye osnovy sovetskoy stomatologii [Social foundations of Soviet dentistry]. Moskva: Gosudarstvennoe meditsinskoe izdatel'stvo; 1933; 26–40. (in Russian).
22. Kovarskiy M.O. Reforma zubotekhnicheskogo obrazovaniya. [Reform of dental education]. Odontologiya i stomatologiya. 1927. 5: 20–2. (in Russian).

## REFERENCES

1. Gosudarstvennyy arkhiv Rossiyskoy Federatsii. [State Archive of the Russian Federation]. F. A482. Op. 1. Ed. khr. 12. Ll. 1–7. (in Russian).
2. Gosudarstvennyy arkhiv Rossiyskoy Federatsii [State Archive of the Russian Federation]. F. A482. Op. 1. Ed. khr. 12. Ll. 34, 52. (in Russian).
3. Gosudarstvennyy arkhiv Rossiyskoy Federatsii [State Archive of the Russian Federation]. F. A482. Op. 20. Ed. khr. 10. Ll. 33–34. (in Russian).
4. Gosudarstvennyy arkhiv Rossiyskoy Federatsii [State Archive of the Russian Federation]. F. A482. Op. 20. Ed. khr. 10. L. 51. (in Russian).
5. Gosudarstvennyy arkhiv Rossiyskoy Federatsii [State Archive of the Russian Federation]. F. A482. Op. 20. Ed. khr. 36. L. 31. (in Russian).
6. Gosudarstvennyy arkhiv Rossiyskoy Federatsii [State Archive of the Russian Federation]. F. A482. Op. 20. Ed. khr. 36. L. 9. (in Russian).
7. Gosudarstvennyy arkhiv Rossiyskoy Federatsii [State Archive of the Russian Federation]. F. A482. Op. 20. Ed. khr. 36. Ll. 3–4. (in Russian).
8. Gosudarstvennyy arkhiv Rossiyskoy Federatsii [State Archive of the Russian Federation]. F. A482. Op. 20. Ed. khr. 36. Ll. 5–6 ob. (in Russian).
9. Gosudarstvennyy arkhiv Rossiyskoy Federatsii [State Archive of the Russian Federation]. F. A482. Op. 20. Ed. khr. 39. Ll. 12, 12 ob. (in Russian).

УДК 614.2

DOI: 10.56871/8920.2022.33.23.008

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИК КАК ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

© Анна Владимировна Алексеева, Карина Евгеньевна Моисеева, Шалва Демнаевич Харбедия, Елена Николаевна Березкина, Ольга Викторовна Симонова

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

**Контактная информация:** Анна Владимировна Алексеева — к.м.н., ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: A.V.Alekseeva@mail.ru

Поступила: 11.04.2022

Одобрена: 25.08.2022

Принята к печати: 30.09.2022

**РЕЗЮМЕ:** В неблагоприятных демографических условиях ухудшение состояния здоровья детского населения может способствовать значительному увеличению экономических, медико-демографических и социальных потерь общества и государства. Соответственно, повышение роли профилактики в деятельности медицинских организаций может быть одним из направлений, способствующих улучшению здоровья несовершеннолетних. Важнейшее место в охране здоровья детей отводится медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь. Ведущая роль в ее реализации принадлежит детским поликлиникам. В данной статье была проведена оценка организации профилактической работы амбулаторной педиатрической службы. Профилактическая работа как раздел деятельности детских поликлиник включает в себя профилактическое наблюдение, профилактические медицинские осмотры врачами-специалистами в декретированные сроки, прививочную работу с детским населением, формирование здорового образа жизни, профилактику и раннюю диагностику патологических состояний и др. Особое значение приобретает данный аспект в работе с детьми первого года жизни. Установлено значительное количество нерешенных проблем, что указывает на необходимость принятия целого ряда мер, способствующих повышению эффективности и доступности профилактической помощи подрастающему поколению. Выявлена необходимость повышения качества лечебно-профилактической работы на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи детям с использованием современных стандартов и технологий. Это позволит значительно улучшить здоровье детского населения, что в дальнейшем даст возможность положительно повлиять на снижение уровня заболеваемости, инвалидности и смертности детского населения.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** охрана здоровья детей; детская поликлиника; профилактическая работа; детское население; дети первого года жизни; участковый врач-педиатр.

## PREVENTIVE WORK IN CHILDREN'S POLYCLINICS BEING ONE OF THE MAIN ELEMENTS OF PROTECTION OF CHILDREN'S HEALTH

© Anna V. Alekseeva, Karina E. Moiseeva, Shalva D. Harbedia, Elena N. Berezkina, Olga V. Simonova

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

**Contact information:** Anna V. Alekseeva — PhD (Medicine), Assistant of the Department of Public Health and Public Health Services. E-mail: A.B.Alekseeva@mail.ru

Received: 11.04.2022

Revised: 25.08.2022

Accepted: 30.09.2022

**ABSTRACT:** In unfavorable demographic conditions, worsening of the health of the child population can contribute to a significant increase in economic, medical, demographic and social losses both for society and the state. Accordingly, increase of the role of prevention in the activities of medical organizations can be one of the directions that contribute to improving the health of minors. The most important place in the protection of children's health is given to medical organizations providing primary health care. Children's polyclinics are of major importance. In this article an assessment of the organization of preventive work in the outpatient pediatric service was made. Preventive work, as an integral part of the activity of children's polyclinics, includes preventive observation, preventive medical examinations by specialist doctors on fixed dates, vaccination work children's population, the formation of a healthy lifestyle, prevention and early diagnosis of pathological conditions, etc. This aspect is of particular importance for the work with children of the first year of life. A significant number of unresolved problems have been identified, which indicates the need to take a number of measures to improve the effectiveness and accessibility of preventive care to the younger generation. The need to improve the quality of medical and preventive work at the stage of providing primary health care to children using modern standards and technologies has been identified. This will significantly improve the health of the children's population, which in future will make it possible to positively influence the reduction in the level of morbidity, disability and mortality of the children's population.

**KEY WORDS:** children's health care; children's polyclinic; preventive work; children's population; children of the first year of life; district pediatrician.

В настоящее время в Российской Федерации одной из приоритетных задач является охрана материнства и детства, которая имеет высокую социальную значимость [38, 41, 42]. Ухудшение состояния здоровья детского населения может способствовать значительному увеличению экономических, медико-демографических и социальных потерь общества и государства [3]. В последние десятилетия в России были реализованы различные меры, направленные на укрепление и сохранение здоровья детей [12, 33, 34]. Кроме множества федеральных программ, в отдельных регионах страны действуют региональные программы, которые направлены на реализацию мероприятий по сохранению здоровья детского населения [19, 37, 40, 44]. Тем не менее осуществляемые меры не смогли в полной мере изменить сложившуюся неблагоприятную динамику показателей здоровья несовершеннолетних [10, 28, 39, 43].

Исторически сложилось, что в осуществлении охраны здоровья граждан России ведущей структурной единицей являются медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в условиях поликлиники, на которые возложена основная доля задач по организации и оказанию этой помощи населению, в том числе и детскому [9]. Одним из

основных разделов деятельности первичной медико-санитарной помощи является профилактическая работа, включающая профилактическое наблюдение за детским населением, особенно за детьми первого года жизни [29]. Данная работа должна начинаться во время беременности матери еще до рождения ребенка и продолжаться от рождения до 18 лет жизни. При этом особого внимания и тщательности требуют новорожденные и дети первого года жизни. Грудное вскармливание и правильный уход за детьми, их постоянное динамическое наблюдение, проведение комплексных диспансерных осмотров и лабораторно-диагностических исследований являются основой обеспечения здоровья подрастающего поколения и снижения их заболеваемости [1, 21].

Зарождение профилактической педиатрии в России связано как с организацией воспитательных домов, открытием детских больниц, так и решением проблемы младенческой смертности в стране. Только к началу 40-х годов прошлого века в СССР была сформирована единая система охраны здоровья детей, построенная на принципах единства лечебной и профилактической работы. Однако в 1950–1960-е годы произошли существенные изменения в организации работы медицинских учреждений.

В этот период стационарные учреждения были объединены с поликлиниками, где и осуществлялась лечебно-профилактическая помощь детскому населению. Кроме того, в это время был сформирован и внедрен в практику календарь прививок [9].

В 1970–1980-е годы важными достижениями стали проведение комплексной оценки здоровья детей и подростков, осуществление эпидемических исследований, изучение влияния факторов риска на здоровье ребенка и реализация региональных подходов по снижению младенческой смертности. В это время советское здравоохранение в области охраны материнства и детства признавалось уникальным и было рекомендовано для всех стран мира [8].

В 1990–2000-е годы, во время экономического кризиса в Российской Федерации, было реализовано множество программ в области профилактической педиатрии, которые показали свою эффективность. На фоне ухудшения большинства показателей здоровья населения уровень младенческой смертности снижался. Однако основные принципы охраны здоровья детей предполагают не только уменьшение младенческой смертности, но и снижение заболеваемости, инвалидности, повышения качества и доступности всех видов медицинской помощи, повышения уровня санитарно-гигиенического воспитания и др. [11].

Государственная политика в области охраны материнства и детства является многогранной проблемой [2, 13]. Она должна решаться не только на уровне федерального законодательного и нормативного правового регулирования, но и на региональном и местном уровнях, с установлением особенностей конкретной местности. Развитие сети и укрепление материально-технической и кадровой базы детских поликлиник позволит повысить качество и доступность медицинской помощи детскому населению, особенно детям первого года жизни путем внедрения современных технологий [15, 17].

Организация деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению, основывается на четырех базовых принципах: участковость, доступность, профилактическая направленность, преемственность и этапность [7, 25]. Большая часть медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, работает по территориально-участковому принципу. За каждой детской поликлиникой закреплена определенная территория, которая в свою очередь

делится на участки. Их формирование зависит от численности детского населения, протяженности участка, типа застройки, удаленности от медицинской организации, транспортной доступности и ряда иных факторов. За каждым территориальным участком закреплен участковый врач-педиатр и участковая медицинская сестра, которые обслуживают 800 детей в возрасте от 0 до 18 лет.

Осуществление принципа доступности предоставляется большой сетью медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях детской поликлиники [20, 22]. Данный принцип реализуется в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Таким образом, пациент может бесплатно и беспрепятственно обращаться в любую медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь, вне зависимости от места его нахождения или места жительства [34].

Одним из приоритетных направлений детской поликлиники является профилактическая направленность [26, 35]. Профилактическая помощь — это комплекс мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, профилактику и раннюю диагностику патологического состояния, правильное лечение пациентов и их динамическое наблюдение. Особенностью обслуживания детского населения является активное патронирование участковым врачом-педиатром и участковой медицинской сестрой здоровых детей, особенно детей первого года жизни. Помимо участкового врача-педиатра дети подлежат профилактическим медицинским осмотрам врачами-специалистами в декретированные сроки [2, 15]. Большое значение также отводится прививочной работе с детским населением, которая реализуется согласно Национальному календарю прививок, действующему на территории Российской Федерации [18].

Первым этапом единого технологического процесса для оказания медицинской помощи детскому населению является первичная медико-санитарная помощь: поликлиника — стационар — медицинские организации восстановительного лечения [10, 14]. В большинстве случаев пациент в первую очередь обращается к участковому врачу-педиатру, а затем к врачам-специалистам. Далее врач детской поликлиники в случае необходимости может направить пациента в другую медицинскую организацию, которая оказывает уже специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь. Однако должна осуществляться

преимущество между этими звеньями, которая позволяет исключить дублирование лабораторных и диагностических исследований, ведения медицинской документации. Все это поможет обеспечить комплексность в профилактике, ранней диагностике, эффективном лечении и реабилитации [35].

Обеспечение доступности медицинской помощи детям нашей страны, удовлетворенность оказанной помощью родственников этих детей, оптимизация профилактических мероприятий, неукоснительное соблюдение деонтологии медицинскими работниками, повышение качества управления позволят улучшить эффективность оказываемой медицинской помощи и послужит стимулом для дальнейшего развития первичной медико-санитарной помощи детскому населению, особенно детям первого года жизни [9].

Наблюдение за состоянием здоровья ребенка, особенно в период непосредственно после рождения, в организациях педиатрического профиля способствует снижению перинатальной, младенческой и детской смертности, уменьшению уровня заболеваемости, улучшению здоровья детского населения [22, 32]. В рекомендациях ВОЗ и Конвенции ООН «О правах ребенка» изложены мероприятия по охране материнства и детства, которые обозначены как приоритетные направления любой системы здравоохранения [12].

На формирование здоровья детей первого года жизни оказывают влияние осложнения беременности и родов у матери, вид вскармливания грудного ребенка и качество питания после 1 года жизни, неблагоприятные географические и климатические факторы, качество и эффективность оказываемой медицинской помощи [9]. Приоритетным разделом работы медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь детям в условиях детской поликлиники, является ее профилактическая направленность.

Наиболее важный этап в жизни ребенка — это период новорожденности. В этот период происходит адаптация новорожденного к внеутробной жизни. Новорожденность продолжается на протяжении первого месяца жизни и включает в себя ранний неонатальный (первые 7 суток) и поздний неонатальный (от 8 до 28 суток жизни) периоды. В конце раннего неонатального периода у новорожденного уже могут быть установлены группа здоровья, которую определяет участковый врач-педиатр на первичном патронаже, а также тактика наблюдения за ребенком. С 29 суток и до 1 года

начинается постнеонатальный период, где происходят дальнейшая адаптация ребенка к условиям внешней среды и формирование здоровья ребенка [2, 36]. Академик А.А. Баранов [5], указывая на важность социальной педиатрии, предложил алгоритм ее развития и отметил важность подготовки протоколов для проведения профилактической работы на уровне первичной медико-санитарной помощи. Исходя из положения Министерства здравоохранения и социального развития РФ, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации, в целях дальнейшего совершенствования организации медико-санитарной помощи детскому населению были разработаны и внедрены критерии оценки эффективности работы участкового врача-педиатра [23, 24].

Особенность профилактического обслуживания детского населения, а именно детей первого года жизни на педиатрическом участке, состоит в том, что работает команда врачей, имеющих четкие функциональные обязанности [16]. При этом среди всех этих врачей основную роль занимает участковый врач-педиатр [26]. На него возложены следующие задачи: наблюдение за беременными, системное наблюдение за физическим и нервно-психическим развитием ребенка, оценка состояния здоровья ребенка, организация грудного вскармливания, организация вакцинопрофилактики, просветительная работа с родителями и др. Участковая медицинская сестра — основной помощник участкового врача-педиатра. В ее обязанности входит: дородовой патронаж беременных, патронирование новорожденных, участие в планировании профилактических прививок, а также помощь врачу как на амбулаторном приеме, так и на дому и др. [10].

В настоящее время на территории Российской Федерации действует приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 года № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» [27]. Проведение профилактических осмотров детям первого года жизни — один из самых важных моментов в осуществлении диспансеризации детского населения. Главным критерием оценки эффективности работы участкового врача-педиатра служит охват детей первого года жизни профилактическими осмотрами [26].

В исследованиях В.А. Борцова и А.С. Фунтикова указывается, что значительная часть молодых родителей пользуются сетью Интернет для решения вопросов по профилактической помощи. Каждый день используют сеть Интер-

нет 87,4% матерей, из них у 24,2% не возникали затруднения с поиском информации. Однако у 74,8% опрошенных возникали сомнения в надежности полученной информации из сети Интернет, касающейся вопросов профилактики. Это говорит о том, что медицинские работники не в полном объеме предоставляют информацию о состоянии и развитии ребенка [6].

Е.А. Балашова отмечает, что в г. Самаре качество профилактических медицинских осмотров детей первого года жизни в детской поликлинике находится на недостаточном уровне. Одна из главных причин низкого качества — отсутствие систематического анализа собранной информации. Установлено, что в ходе профилактических осмотров участковыми врачами-педиатрами не была проведена достаточная оценка физического развития почти у 80% детей первого года жизни [4].

Важным критерием деятельности медицинских организаций является субъективная оценка родителями организации медицинской помощи их детям [20]. В работе А.Н. Сенюшкина был проведен опрос 200 родителей, имеющих детей первого года жизни. Результаты анкетирования показали, что только 26,0% родителей удовлетворены профилактической работой детской поликлиники, 14,0% не удовлетворены и более половины родителей (60,0%) затруднились с ответом на данный вопрос. При этом удельный вес профилактической работы в деятельности участкового врача-педиатра составил лишь 25–30% [30].

По данным исследований различных авторов, отмечается вариабельность показателей удельного веса детей первого года жизни, охваченных профилактическими медицинскими осмотрами, в зависимости от места проживания. Не имели установленного нормативными документами уровня охвата диспансеризацией дети младенческого возраста 26 субъектов Российской Федерации. К самым неблагополучным регионам относятся Чеченская Республика (79,5%), Курганская область (76,5%), Республика Ингушетия (73,6%), Карелия (70,5%), Самарская область (70,1%), Кемеровская область (61,7%) и Камчатский край (51,4%) [14, 16, 20].

Во многих научных публикациях отражены вопросы качества медицинской помощи детям первого года жизни. В исследовании Р.С. Гаджиева и соавт. проведена экспертная оценка 750 карт детей 1–3 годов жизни. Установлено, что профилактические осмотры участкового врача-педиатра детей на первом месяце жизни в 7,7% случаев не были проведены. Данный

показатель у участковой медицинской сестры был в 2 раза выше (15,4%). Во втором полугодии жизни ребенка патронажное наблюдение участковым врачом-педиатром детей первого года жизни не проводилось в 21,4% случаев, а участковой медицинской сестрой — в 8,6%. В работе указывается, что основными причинами невыполнения участковым врачом-педиатром профилактических осмотров детей на первом году жизни явились отсутствие записи о динамике развития ребенка (28,9%), высокая нагрузка врача (28,1%), низкая квалификация врача (18,7%), родители с ребенком не проживают по месту регистрации (10,3%) [7].

В процессе осуществления профилактической работы с детьми первого года жизни особое внимание следует уделять предупреждению отклонений в их развитии [31]. Так, Н.Ю. Крутикова и соавт. установили, что у детей, родившихся от матерей в возрасте старше 35 лет, чаще встречаются обменные нарушения и заболевания костно-мышечной системы (на фоне снижения костной прочности) [14].

В ранговой структуре патологии, отмечаемой у детей первого года жизни в России, первые места занимают болезни органов дыхания, отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, и болезни нервной системы. Кроме того, неблагоприятным фактором является рост заболеваемости детей первого года жизни новообразованиями, травмами и орфанными заболеваниями. Однако для каждого региона имеются свои особенности заболеваемости детей первого года жизни [16].

Большую роль в профилактической работе участкового врача с детьми первого года жизни играют мероприятия по поддержке грудного вскармливания [1]. Приоритетным направлением в настоящее время как в РФ, так и во всех странах мира, является сохранение грудного вскармливания. Следуя рекомендациям ВОЗ, грудное молоко — идеальная пища для детей первого года жизни, которое обладает всеми питательными веществами, необходимыми для гармонического физического и психомоторного развития. Исходя из рекомендаций ВОЗ, детей первых 6 месяцев жизни необходимо кормить только грудным молоком, а далее (до 2 лет и старше) сочетать грудное вскармливание с необходимым прикормом. В 2017 году ВОЗ выпустила новое руководство, в котором подтверждается необходимость и важность грудного вскармливания, его раннего начала (в течение часа после рождения), а также контакта кожа-к-коже (в первые 10 минут после родов и продолжительностью не менее 2 часов). Указанные

действия должны проводиться под постоянным контролем медицинских работников. Согласно критериям эффективности работы участкового педиатра охват грудным вскармливанием детей первого года жизни должен составлять до 3 месяцев 80% детей, в 4–6 месяцев — 50% детей, старше 8 месяцев — 30% детей [21].

Подтверждена также роль грудного вскармливания в профилактике острых и хронических заболеваний у детей первого года жизни, таких как острый средний отит, инфекции желудочно-кишечного тракта и болезни дыхательных путей. В исследованиях отмечается наличие защитного эффекта грудного вскармливания от воспалительных заболеваний кишечника [36].

Во многих регионах Российской Федерации приняты и реализуются дополнительные меры по поддержке грудного вскармливания. Установлено, что при правильно организованной профилактической работе участкового врача-педиатра отмечается рост грудного вскармливания и снижается заболеваемость детей данной возрастной группы такими заболеваниями, как болезни органов дыхания (снижение на 9,0%), заболевания органов пищеварения (на 40%), рахит (на 50%), заболевания крови (на 40%) и болезни кожи и подкожной клетчатки (на 35%) [1, 21].

Важным разделом профилактической работы участкового врача-педиатра с детьми первого года жизни является вакцинопрофилактика [18]. В настоящее время она осуществляется в соответствии с Федеральным законом РФ от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» и Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям». Данные нормативно-правовые документы обеспечивают права граждан на получение подробной информации о необходимости проведения вакцинопрофилактики, о частоте и видах поствакцинальных осложнений, о праве отказа от вакцинации и возможных его последствиях непосредственно от медицинских работников. Учитывая, что право ребенка на здоровье оглашено Венской и Оттавской декларациями и принято Всемирной медицинской ассоциацией, то отказ родителей от вакцинации ребенка нарушает это право. Безосновательное отведение участковым врачом-педиатром ребенка от иммунизации может быть признано в случае жалобы неоказанием врачом медицинской помощи [24].

Таким образом, установлено значительное количество нерешенных проблем в организации профилактической работы детских поликлиник. Принимая во внимание огромное значение профилактики в обеспечении здоровья детского населения, необходимо принятие целого ряда мер, способствующих повышению эффективности и доступности профилактической помощи подрастающему поколению на амбулаторном этапе. С данной целью на федеральном и региональном уровнях необходимо разрабатывать и реализовывать целевые медико-социальные профилактические программы, направленные на предотвращение заболеваний, начиная с рождения. Кроме того, оптимизация лечебно-профилактической работы на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи детям первого года жизни с использованием современных стандартов и технологий позволит значительно улучшить здоровье детского населения, что в дальнейшем даст возможность положительно повлиять на снижение уровня заболеваемости, инвалидности и смертности детей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абольян Л.В., Лебедева У.М., Степанов К.М., Новикова С.В. Эпидемиология грудного вскармливания, его значение для здоровья матери и ребенка, благополучия и устойчивого развития общества: обзор современных данных. Якутский медицинский журнал. 2017; 3: 107–12.
2. Алексеева А.В. Пути совершенствования организации работы детской поликлиники с детьми первого года жизни. Дисс. ... канд. мед. наук. СПб.; 2020.
3. Альбицкий В.Ю., Шер С.А., Закирова Л.А. Роль института охраны материнства и младенчества в становлении государственной системы охраны здоровья детей России. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2014; S1: 15–7.
4. Балашова Е.А. Качество диспансеризации детей первого года жизни в поликлинике. Российский педиатрический журнал. 2017; 3(20): 152–5.
5. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Терлецкая Р.Н. и др. Результаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в Российской Федерации. Российский педиатрический журнал. 2016; 5(19): 287–93.
6. Борцов В.А., Фунтиков А.С. Совершенствование профилактической работы с детьми раннего возраста на амбулаторном уровне. Journal of Siberian Medical Sciences. 2015; 3: 103.
7. Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С. Совершенствование организации медицинской помощи детям раннего

- возраста в городских поликлиниках. Вестник Ивановской медицинской академии. 2016; 4(21): 5–10.
8. Григорьев К.И. Педиатрия. Руководство по амбулаторно-поликлинической практике. М.: МЕДпресс-информ; 2017.
  9. Дьяченко В.Г., Рзянкина М.Ф., Солохина Л.В. Руководство по социальной педиатрии. Хабаровск: Издательство ДВГМУ; 2010.
  10. Жуйкова П.В., Зямилова А.И., Попова Н.М. Анализ удовлетворенности родителей качеством медицинской помощи детям в поликлинике. Международный студенческий научный вестник. 2016; 2: 42.
  11. Кильдиярова Р.Р. Клинические нормы. Педиатрия. Справочник. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018.
  12. Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989). Сборник международных договоров СССР. Выпуск XLVI. 1993. Доступен по: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/childcon.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml) (дата обращения 09.02.2022).
  13. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. М.; 2008.
  14. Крутикова Н.Ю., Тихонова О.А. Комплексная оценка состояния здоровья детей от возрастных матерей. Евразийский союз ученых. 2016; 3(24): 52–3.
  15. Лучанинова В.Н., Цветкова М.М., Мостовая И.Д. О системе формирования здоровья у детей и подростков. Современные проблемы науки и образования. Доступен по: [https://science\\_education.ru/ru/article/view?id=24969](https://science_education.ru/ru/article/view?id=24969) (дата обращения 09.02.2022).
  16. Мазур Л.И., Жирнов В.А., Дмитриева М.В. Мониторинг показателей физического развития и заболеваемости детей первого года жизни. Современные проблемы науки и образования. Доступен по: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=24318> (дата обращения 09.02.2022).
  17. Моисеева К.Е. Динамика и прогноз отдельных показателей доступности медицинской помощи новорожденным в Северо-Западном федеральном округе. Медицина и организация здравоохранения. 2020; 1(5): 18–28.
  18. Намазова-Баранова Л.С., Федосеенко М.В., Баранов А.А. Новые горизонты Национального календаря профилактических прививок. Вопросы современной педиатрии. 2019; 18(1): 13–30.
  19. Орел В.И., Смирнова В.И., Гурьева Н.А. и др. Опыт формирования системы знаний инструментов и методов бережливого производства, применяемых в реализации проектов по улучшениям в медицинских организациях. Медицина и организация здравоохранения. 2021; 6(3): 20–8.
  20. Островский И.М., Прохоров Е.В., Нарижный Е.В. Здоровье детей по результатам анкетирования родителей. Российский журнал перинатологии и педиатрии. 2017; 3: 105–11.
  21. Пастбина М.М., Игнатова О.А., Меньшикова Л.И. Организационные аспекты исключительно грудного вскармливания здоровых новорожденных. Доступен по: [vestnik.mednet.ru](http://vestnik.mednet.ru) (дата обращения 16.02.2019).
  22. Полунина Н.В., Пивоваров Ю.П., Милушкина О.Ю. Профилактическая медицина — основа сохранения здоровья. Вестник Российского государственного медицинского университета. 2018; 5: 5–13.
  23. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 283 от 19.04.07 г. «Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового». Доступен по: <http://docs.cntd.ru/document/902041474> (дата обращения 09.02.2022).
  24. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Доступен по: <https://docs.cntd.ru/document/436733768?marker=65001L> (дата обращения 09.02.2022).
  25. Приказ Министерства здравоохранения социального развития России № 366н от 16.04.2012 г. «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи». Доступен по: <https://docs.cntd.ru/document/902342542> (дата обращения 09.02.2022).
  26. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ № 306н от 27.03.2017 г. «Об утверждении профессионального стандарта “Врач-педиатр участковый”». Доступен по: <https://docs.cntd.ru/document/456055818> (дата обращения 09.02.2022).
  27. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 514н от 10.09.2017 г. «О Порядке профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних». Доступен по: <https://docs.cntd.ru/document/436759767?marker=65401N> (дата обращения 09.02.2022).
  28. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 г. № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (вместе с «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года»). Доступен по: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_82134/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/) (дата обращения 09.02.2022).
  29. Ревнова М.О., Волков Д.Я., Сахно Л.В. и др. К вопросу усовершенствования системы массовых медицинских осмотров детского населения. Вопросы современной педиатрии. 2017; 3(16): 249–53.
  30. Сеньюшкин А.Н., Репецкая М.Н., Подлужная М.Я. Факторы риска для здоровья детей первого года жизни в зависимости от типа семьи. Пермский медицинский журнал. 2015; XXXII(5): 95–9.
  31. Таточенко В.К. О статье М.О. Ревновой и соавт. «К вопросу усовершенствования системы массовых медицинских осмотров детского населения». Вопросы современной педиатрии. 2017; 3(16): 254–6.
  32. Указ Президента РФ от 09.10.2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года». До-

- ступен по: <https://base.garant.ru/191961/> (дата обращения 09.02.2022).
33. Указ Президента РФ от 01.06.2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы». Доступен по: <http://base.garant.ru/70183566/> (дата обращения 09.02.2022).
  34. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Доступен по: <https://docs.cntd.ru/document/902312609> (дата обращения 09.02.2022).
  35. Федеральный закон Российской Федерации № 124-ФЗ от 24.06.1998 г. «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации». Доступен по: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_19558/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19558/) (дата обращения 09.02.2022).
  36. Шувалова М.П., Чаусов А.А., Гребенник Т.К. и др. Роль медико-социальных факторов в формировании ценностного отношения матери к здоровью своего новорожденного ребенка. Социальные аспекты здоровья населения. Доступен по: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/794/30/lang.ru/> (дата обращения 07.02.2022).
  37. Юрьев В.К., Пузырев В.Г., Глущенко В.А. и др. Экономика здравоохранения. Часть 2: учебно-методическое пособие. СПб.: ГПМУ; 2015.
  38. Юрьев В.К., Теблеев Ц.М., Пузырев В.Г. Особенности медико-социальной характеристики женщин, прерывающих беременность. Современные проблемы науки и образования. 2015; 5: 275.
  39. Юрьев В.К., Глущенко В.А., Здоровцева Н.В. и др. Экспертиза временной нетрудоспособности. Учебно-методическое пособие. СПб.: ГПМУ; 2015.
  40. Юрьев В.К., Моисеева К.Е., Глущенко В.А. и др. Основы организации стоматологической помощи населения. Учебно-методическое пособие. СПб.: ГПМУ; 2016.
  41. Юрьев В.К., Моисеева К.Е., Глущенко В.А., Харбедия Ш.Д. Основы организации акушерско-гинекологической помощи городскому населению. Учебно-методическое пособие. СПб.: Сотис-мед; 2018.
  42. Юрьев В.К., Моисеева К.Е., Глущенко В.А., Харбедия Ш.Д. Организация специализированной медицинской помощи в условиях стационара. Учебно-методическое пособие. СПб.: СПбГПМУ; 2019.
  43. Юрьев В.К., Соколова В.В. Основные причины неудовлетворенности родителей доступностью и качеством амбулаторно-поликлинической помощи детям. Педиатр. 2017; 8(6): 24–9. DOI: 10.17816/PED8624-29.
  44. Юрьев В.К., Харбедия Ш.Д., Моисеева К.Е. и др. Алгоритмы расчета деятельности медицинских организаций. Учебно-методическое пособие. СПб.; 2019.
  1. Alekseyeva A.V. Puti sovershenstvovaniya organizatsii raboty detskoj polikliniki s det'mi pervogo goda zhizni. [Ways to improve the organization of the work of a children's clinic with children in the first year of life]. PhD thesis. Sankt-Peterburg; 2020. (in Russian).
  2. Al'bitskiy V.Yu., Sher S.A., Zakirova L.A. Rol' instituta okhrany materinstva i mladenchestva v stanovlenii gosudarstvennoy sistemy okhrany zdorov'ya detey Rossii. [The role of the institute for the protection of motherhood and infancy in the development of the state system for protecting the health of children in Russia]. Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko. 2014; S1: 15–7. (in Russian).
  3. Balashova Ye.A. Kachestvo dispanserizatsii detey pervogo goda zhizni v poliklinike. [The quality of medical examination of children in the first year of life in the clinic]. Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal. 2017; 3(20): 152–5. (in Russian).
  4. Baranov A.A., Namazova-Baranova L.S., Terletskaya R.N. i dr. Rezul'taty profilakticheskikh meditsinskikh osmotrov nesovershennoletnikh v Rossiyskoy Federatsii. [The results of preventive medical examinations of minors in the Russian Federation]. Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal. 2016; 5(19): 287–93. (in Russian).
  5. Bortsov V.A., Funtikov A.S. Sovershenstvovaniye profilakticheskoy raboty s det'mi rannego vozrasta na ambulatornom urovne. [Improving preventive work with young children at the outpatient level]. Journal of Siberian Medical Sciences. 2015; 3: 103. (in Russian).
  6. Gadzhiyev R.S., Agalarova L.S. Sovershenstvovaniye organizatsii meditsinskoy pomoshchi detyam rannego vozrasta v gorodskikh poliklinikakh. [Improving the organization of medical care for young children in urban polyclinics]. Vestnik Ivanovskoy meditsinskoy akademii. 2016; 4(21): 5–10. (in Russian).
  7. Grigor'yev K.I. Pediatriya. Rukovodstvo po ambulatorno-poliklinicheskoy praktike. [Guide to outpatient practice]. Moskva: MEDpress-inform Publ.; 2017. (in Russian).
  8. D'yachenko V.G., Rzyankina M.F., Solokhina L.V. Rukovodstvo po sotsial'noy pediatrii. [Guide to social pediatrics]. Khabarovsk: Publishing House of the Far Eastern State Medical University; 2010. (in Russian).
  9. Zhuykova P.V., Zyamilova A.I., Popova N.M. Analiz udovletvorennosti roditel'ey kachestvom meditsinskoy pomoshchi detyam v poliklinike. [Analysis of parents' satisfaction with the quality of medical care for children in the polyclinic]. Mezhdunarodnyy studencheskiy nauchnyy vestnik. 2016; 2: 42. (in Russian).

## REFERENCES

1. Abol'yan L.V., Lebedeva U.M., Stepanov K.M., Novikova S.V. Epidemiologiya grudnogo vskarmlivaniya, yego znachenije dlya zdorov'ya materi i rebenka, blagopoluchiya i ustoychivogo razvitiya obshchestva: obzor

11. Kil'diyarova R.R. Klinicheskiye normy. [Clinical standards. Pediatrics]. Directory. Moskva: GEOTAR-Media Publ.; 2018. (in Russian).
12. Konventsiya o pravakh rebenka (odobrena General'noy Assambleyey OON 20.11.1989). [Convention on the Rights of the Child]. Sbornik mezhdunarodnykh dogovorov SSSR. Vypusk XLVI. 1993. Available at: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/childcon.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml) (accessed: 09.02.2022). (in Russian).
13. Kontseptsiya razvitiya sistemy zdravookhraneniya v Rossiyskoy Federatsii do 2020 g. [The concept of development of the healthcare system in the Russian Federation until 2020]. Moskva; 2008. (in Russian).
14. Krutikova N.Yu., Tikhonova O.A. Kompleksnaya otsenka sostoyaniya zdorov'ya detey ot vozrastnykh materey. [Comprehensive assessment of the health status of children from older mothers. Eurasian Union of Scientists]. Yevraziyskiy Soyuz Uchenykh. 2016; 3(24): 52–3. (in Russian).
15. Luchaninova V.N., Tsvetkova M.M., Mostovaya I.D. O sisteme formirovaniya zdorov'ya u detey i podrostkov. [On the system of formation of health in children and adolescents. Modern problems of science and education]. Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. Available at: <https://science.education.ru/ru/article/view?id=24969> (accessed: 09.02.2022). (in Russian).
16. Mazur L.I., Zhirnov V.A., Dmitriyeva M.V. Monitoring pokazateley fizicheskogo razvitiya i zabolovayemosti detey pervogo goda zhizni. Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. [Monitoring of indicators of physical development and morbidity in children of the first year of life]. Available at: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=24318> (accessed: 09.02.2022). (in Russian).
17. Moiseyeva K.Ye. Dinamika i prognoz otdel'nykh pokazateley dostupnosti meditsinskoy pomoshchi novorozhdennym v severo-zapadnom federal'nom okruge. [Dynamics and forecast of individual indicators of the availability of medical care for newborns in the North-Western Federal District]. Medicine and healthcare organization. 2020; 1(5): 18–28. (in Russian).
18. Namazova-Baranova L.S., Fedoseyenko M.V., Baranov A.A. Novyye gorizonty Natsional'nogo kalendarya profilakticheskikh privivok. [New horizons for the National Immunization Schedule]. Voprosy sovremennoy pediatrii. 2019; 18(1): 13–30. (in Russian).
19. Orel V.I., Smirnova V.I., Guryeva N.A. i dr. Opyt formirovaniya sistemy znaniy instrumentov i metodov berezhlivogo proizvodstva, primenyaemykh v realizatsii proektov po uluchsheniyam v meditsinskikh organizatsiyakh. Meditsina i organizatsiya zdravookhraneniya. [Experience of knowledge system formation of tools and lean production methods applied in implementation of improvement projects in medical organizations]. Medicine and health care organization. 2021; 6(3): 20–8. (in Russian).
20. Ostrovskiy I.M., Prokhorov Ye.V., Narizhnyy Ye.V. Zdorov'ye detey po rezul'tatam anketirovaniya roditel'ey. [Children's health according to the results of a survey of parents]. Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii. 2017; 3: 105–11. (in Russian).
21. Pastbina M.M., Ignatova O.A., Men'shikova L.I. Organizatsionnyye aspekty isklyuchitel'no grudnogo vskarmlivaniya zdorovykh novorozhdennykh. [Organizational aspects of exclusive breastfeeding of healthy newborns]. Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naselenniya. Available at: [vestnik.mednet.ru](http://vestnik.mednet.ru) (accessed: 16.02.2019). (in Russian).
22. Polunina N.V., Pivovarov Yu.P., Milushkina O.Yu. Profilakticheskaya meditsina — osnova sokhraneniya zdorov'ya. [Preventive medicine is the basis for maintaining health]. Vestnik Rossiyskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta. 2018; 5: 5–13. (in Russian).
23. Prikaz Ministerstvo zdravookhraneniya i sotsial'nogo razvitiya Rossiyskoy Federatsii № 283 ot 19.04.07 g. «Kriterii otsenki effektivnosti raboty vracha-pediatra uchastkovogo». [Criteria for assessing the effectiveness of the work of a district pediatrician]. Available at: <http://docs.cntd.ru/document/902041474> (accessed: 09.02.2022). (in Russian).
24. Prikaz Ministerstvo zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 10.05.2017 g. № 203n «Ob utverzhdenii kriteriyev otsenki kachestva meditsinskoy pomoshchi». [On approval of criteria for assessing the quality of medical care]. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/436733768?marker=6500IL> (accessed: 09.02.2022). (in Russian).
25. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya sotsial'nogo razvitiya Rossii № 366n ot 16.04.2012 g. «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya pediatricheskoy pomoshchi». [On Approval of the Procedure for Providing Pediatric Care]. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/902342542> (accessed: 09.02.2022). (in Russian).
26. Prikaz Ministerstva truda i sotsial'noy zashchity RF № 306n ot 27.03.2017 g. «Ob utverzhdenii professional'nogo standarta “Vrach-pediatr uchastkovyy”». [On approval of the professional standard «District pediatrician»]. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/456055818> (accessed: 09.02.2022). (in Russian).
27. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya RF № 514n ot 10.09.2017 g. «O Poryadke profilakticheskikh meditsinskikh osmotrov nesovershennoletnikh». [On the Procedure for Preventive Medical Examinations of Minors]. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/436759767?marker=6540IN> (accessed: 09.02.2022). (in Russian).
28. Rasporyazheniye Pravitel'stva RF ot 17.11.2008 g. № 1662-r «O Kontseptsii dolgosrochnogo sotsial'no-ekonomicheskogo razvitiya Rossiyskoy Federatsii na period do 2020 goda» (vmeste s «Kontseptsiyey dolgosrochnogo sotsial'no-ekonomicheskogo razvitiya Rossiyskoy Federatsii na period do 2020 goda»). [On the Concept

- of the Long-Term Socio-Economic Development of the Russian Federation for the period up to 2020 (together with the «Concept for the Long-Term Socio-Economic Development of the Russian Federation for the Period up to 2020»). Available at: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_82134/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/) (accessed: 09.02.2022). (in Russian).
29. Revnova M.O., Volkov D.Ya., Sakhno L.V. i dr. K voprosu usovershenstvovaniya sistemy massovykh meditsinskikh osmotrov detskogo naseleniya. [On the issue of improving the system of mass medical examinations of the child population]. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. 2017; 3(16): 249–53. (in Russian).
30. Senyushkin A.N., Repetskaya M.N., Podluzhnaya M.Ya. Faktory riska dlya zdorov'ya detey pervogo goda zhizni v zavisimosti ot tipa sem'i. [Risk factors for the health of children in the first year of life, depending on the type of family]. *Permskiy meditsinskiy zhurnal*. 2015; XXXII(5): 95–9. (in Russian).
31. Tatochenko V.K. O stat'ye M.O. Revnovoy i soavt. «K voprosu usovershenstvovaniya sistemy massovykh meditsinskikh osmotrov detskogo naseleniya». [About the article by M.O. Revnova et al. «On the issue of improving the system of mass medical examinations of the child population»]. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. 2017; 3(16): 254–6. (in Russian).
32. Ukaz Prezidenta RF ot 09.10.2007 g. № 1351 «Ob utverzhdenii Kontseptsii demograficheskoy politiki Rossiyskoy Federatsii na period do 2025 goda». [On approval of the Concept of the demographic policy of the Russian Federation for the period up to 2025]. Available at: <https://base.garant.ru/191961/> (accessed: 09.02.2022). (in Russian).
33. Ukaz Prezidenta RF ot 01.06.2012 g. № 761 «O Natsional'noy strategii deystviy v interesakh detey na 2012–2017 gody». [On the National Strategy for Action in the Interests of Children for 2012–2017]. Available at: <http://base.garant.ru/70183566/> (accessed: 09.02.2022). (in Russian).
34. Federal'nyy zakon ot 21.11.2011 g. № 323-F3 «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii». [On the Fundamentals of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation]. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/902312609> (accessed: 09.02.2022). (in Russian).
35. Federal'nyy zakon Rossiyskoy Federatsii № 124-FZ ot 24.06.1998 g. «Ob osnovnykh garantiyakh prav rebenka v Rossiyskoy Federatsii». [On Basic Guarantees of the Rights of the Child in the Russian Federation]. Available at: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_19558/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19558/) (accessed: 09.02.2022). (in Russian).
36. Shuvalova M.P., Chausov A.A., Grebennik T.K. i dr. Rol' mediko-sotsial'nykh faktorov v formirovaniy tsennostno-go otnosheniya materi k zdorov'yu svojego novorozhdenного rebenka. [The role of medical and social factors in the formation of a mother's value attitude to the health of her newborn child]. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya*. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/794/30/lang.ru/> (accessed: 07.02.2022). (in Russian).
37. Yur'yev V.K., Puzyrev V.G., Glushchenko V.A. i dr. *Ekonomika zdavookhraneniya*. [Health economics]. Chast' 1: uchebno-metodicheskoye posobiye. Sankt-Peterburg: GPMU Publ.; 2015. (in Russian).
38. Yur'yev V.K., Tebleyev T.S.M., Puzyrev V.G. Osobennosti mediko-sotsial'noy kharakteristiki zhenshchin pre-ryvayush beremennost'. [Features of medical and social characteristics of women terminating pregnancy]. *Sovremennyye problem nauki i obrazovaniya*. 2015; 5: 275. (in Russian).
39. Yur'yev V.K., Glushchenko V.A., Zdorovtseva N.V. i dr. *Ekspertiza vremennoy netrudosposobnosti*. [Examination of temporary disability]. Uchebno-metodicheskoye posobiye. Sankt-Peterburg: GPMU Publ.; 2015. (in Russian).
40. Yur'yev V.K., Moiseyeva K.Ye., Glushchenko V.A. i dr. *Osnovy organizatsii stomatologicheskoy pomoshchi naseleniya*. [Fundamentals of the organization of dental care for the population]. Uchebno-metodicheskoye posobiye. Sankt-Peterburg: GPMU Publ.; 2016. (in Russian).
41. Yur'yev V.K., Moiseyeva K.Ye., Glushchenko V.A., Kharbediya Sh.D. *Osnovy organizatsii akushersko-ginekologicheskoy pomoshchi gorodskomu naseleniy*. [Fundamentals of the organization of obstetric and gynecological care for the urban population]. Uchebno-metodicheskoye posobiye. Sankt-Peterburg: Sotis-med Publ.; 2018. (in Russian).
42. Yur'yev V.K., Moiseyeva K.Ye., Glushchenko V.A., Kharbediya Sh.D. *Organizatsiya spetsializirovannoy meditsinskoy pomoshchi v usloviyakh stacionara*. [Organization of specialized medical care in a hospital]. Uchebno-metodicheskoye posobiye. Sankt-Peterburg: SPbGPMU Publ.; 2019. (in Russian).
43. Yuriev V.K., Sokolova V.V. *Osnovnye prichiny neudovletvorennosti roditel'ey dostupnost'yu i kachestvom ambulatorno-poliklinicheskoy pomoshchi detyam*. [Main causes of parents dissatisfaction by the accessibility and quality of ambulatory-polyclinic care for children]. *Pediatrician*. 2017; 8(6): 24–9. DOI: 10.17816/PED8624-29. (in Russian).
44. Yur'yev V.K., Kharbediya Sh.D., Moiseyeva K.Ye. i dr. *Algoritmy rascheta deyatelnosti meditsinskikh organizatsiy*. [Algorithms for calculating the activities of medical organizations]. Uchebno-metodicheskoye posobiye. Sankt-Peterburg; 2019. (in Russian).

УДК 331.101.264.22+658+330.34.014.2+331.108.45  
DOI: 10.56871/4268.2022.28.50.009

## ОБУЧЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ

© *Татьяна Леонидовна Судова, Марина Сергеевна Ширишкова*

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

**Контактная информация:** Марина Сергеевна Ширишкова — старший преподаватель кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: vic.shir@mail.ru

Поступила: 17.05.2022

Одобрена: 05.09.2022

Принята к печати: 30.09.2022

**РЕЗЮМЕ:** Образование в течение жизни (LLL) — актуальная для современного этапа социально-экономического развития форма накопления человеческого капитала, т.е. запаса здоровья, знаний, навыков и других качеств, воплощенных в людях и необходимых для их личного, социального и экономического благополучия. Качество и запас национального и индивидуального человеческого капитала определяют позиции стран в мировой экономике, что отражается в международных рейтингах, уровень доходов и качество жизни людей. Процесс обучения в течение жизни соответствует изменяющемуся пониманию грамотности, парадигмы трудовой жизни, качества жизни в целом; различные аспекты этого феномена являются предметом исследования международных организаций. Актуальность непрерывного образования в медицине определяется общественными запросами и необходимостью преодоления ресурсных ограничений. Образование в течение жизни, в соответствии с документами ЮНЕСКО, включает в себя любую форму учебной деятельности, которая осуществляется в течение жизни человека и направлена на приобретение и/или совершенствование знаний и навыков; этот процесс сопряжен с рядом выгод и издержек. Выгоды LLL имеют разный временной горизонт и могут приобретать денежные и неденежные формы: рост доходов, повышение уровня мотивации, увеличение запасов социального капитала, карьера и социальный лифт, совершенствование личных и профессиональных навыков. Развитие навыков может включать совершенствование межличностного общения, креативность, решение проблем, критическое мышление, лидерство, адаптивность и многое другое. В процессе LLL люди могут столкнуться с разнообразными ресурсными ограничениями, прямыми и альтернативными издержками, социальными обязательствами и др. В последних исследованиях можно отметить изменение терминологии: «образование длиною в жизнь» (LLL) заменяется «образованием шириною в жизнь» (lifewide learning, LWL). Контртенденция LLL — феномен NEET (Not in Education, Employment or Training), в рамках которого молодые люди отрицают необходимость получения образования и занятости. Причины возникновения явления — низкий уровень и качество образования молодежи, состояние здоровья, негативный социальный капитал, имущественное и социальное неравенство; последствия — сокращение количества и качества человеческого капитала.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** человеческий капитал; образование в течение жизни; «образование шириною в жизнь»; качество жизни; повышение квалификации; образование взрослых; издержки и выгоды образования.

## LIFELONG LEARNING: OPPORTUNITIES AND CHALLENGES

© *Tatjana L. Sudova, Marina S. Shirshikova*

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

**Contact information:** Marina S. Shirshikova — senior lecturer at the Department of Humanities and Bioethics. E-mail: vic.shir@mail.ru

Received: 17.05.2022

Revised: 05.09.2022

Accepted: 30.09.2022

**ABSTRACT:** Lifelong Learning (LLL) is a relevant form of human capital accumulation for the modern stage of socio-economic development, i.e. a stock of health, knowledge, skills and other qualities embodied in people and necessary for their personal, social and economic well-being. The quality and stock of national and individual human capital determine the position of countries in the world economy, which is reflected in international rankings, income levels and quality of life of people. The process of lifelong learning corresponds to the on-going change of understanding of literacy, the paradigm of working life, quality of life in general; various aspects of this phenomenon are the subject of research by international organizations. The relevance of lifelong learning in medicine is determined by social demands and the need to overcome resource limitations. Lifelong learning, according to the documents of UNESCO, includes any form of learning activities, which is carried out during a person's life and aims at the acquisition and/or improvement of knowledge and skills; this process is associated with a number of benefits and costs. The benefits of LLL have different time horizons and can take monetary and non-monetary forms: increased income, increased motivation, increased stock of social capital, career and social elevation, improvement of personal and professional skills. Skill development can include interpersonal skills, creativity, problem solving, critical thinking, leadership, adaptability, and more. In the LLL process, people may face a variety of resource constraints, direct and opportunity costs, social obligations, etc. Certain change in terminology can be noted in recent studies: «lifelong learning» (LLL) is being replaced by «lifewide learning» (LWL). The LLL trend is the NEET (Not in Education, Employment or Training) phenomenon, in the limits of which young people deny the need for education and employment. The causes of the phenomenon are low level and quality of education of young people, health status, negative social capital, property and social inequality; the consequences are decrease in the quantity and quality of human capital.

**KEY WORDS:** human capital; lifelong learning; «lifewide learning»; quality of life; professional development; adult education; the costs and benefits of education.

Значимость человеческого капитала для устойчивого социально-экономического развития подтверждается многочисленными данными. Структурные элементы человеческого капитала — «здоровье, знания, навыки, умения и другие качества, воплощенные в людях и способствующие обеспечению личного, социального и экономического благополучия» [35]. Так, в структуре мирового богатства его доля существенно превышает другие составляющие (рис. 1) [43].

Существующие межстрановые различия (сравнение структуры национального богатства развитых и развивающихся стран, места этих стран в рейтингах человеческого развития (HDI), глобальной конкурентоспособности (GCI), инновационного развития (GII)) также могут быть подтверждением значимости человеческого капитала [24, 46, 49]. Его формирование (как и любого другого вида капитала) — это результат инвестиций. Инвесторами в человеческий капитал могут быть семья, бизнес-организации и государство. Некоторые аспекты инвестиций в человеческий капитал будут рассмотрены ниже.

Развитие новых навыков и приобретение новых знаний, изучение новых видов деятельности и использование новых технологий, т.е. накопление и повышение качества националь-

ного и индивидуального человеческого капитала возможно в рамках образовательных систем различных типов и уровней.

Образование в течение жизни (lifelong learning, LLL) включает в себя любую форму учебной деятельности, которая осуществляется в течение



Рис. 1. Структура мирового богатства

Fig. 1. Structure of global wealth

жизни человека и направлена на приобретение и/или совершенствование знаний и навыков. Она способствует формированию личности, экономическому и культурному развитию, профессиональному росту, участию людей в решении экологических и социальных проблем. Термин «обучение на протяжении всей жизни» впервые появился в 1973 г. в докладе Международной комиссии по развитию образования, органа ЮНЕСКО, связывающего его с идеей обучающегося общества. В соответствии с докладом Э. Форера ЮНЕСКО приняло решение о признании непрерывности образования основным принципом реформ образования во всех странах мира [23]. Впоследствии такое обучение было признано «непрерывным, постоянным, нескончаемым, пожизненным поиском, который начинается с рождения и заканчивается только со смертью» [17]. Европейская же программа обучения European Lifelong Learning Initiative рассматривает его как «постоянный процесс, который стимулирует и дает людям возможность приобрести все знания, ценности, навыки, которые потребуются на протяжении всей своей жизни, и применять их с уверенностью в себе, творчеством и радостью, во всех ролях, обстоятельствах и условиях» [16].

В докладе ЮНЕСКО «Образование — сокровище» (также известный как доклад Делора) подчеркнута необходимость образования как основы профессиональной деятельности, сформулированы четыре базовых принципа, положенных в его основу: учиться жить, познавать, делать и сосуществовать; задача образования — дать возможность всем без исключения проявить свои таланты и весь свой творческий потенциал, что подразумевает возможность реализации каждым своих планов [1].

На протяжении всей жизни человеку есть чему поучиться. Базовые образовательные потребности охватывают как необходимый объем навыков (чтение, письмо, решение задач), так и основное содержание обучения (знания, профессиональные навыки, ценностные установки, повышение качества своей жизни и продолжение образования). Очевидно, что для их реализации недостаточно формального образования любого уровня, отсюда актуальность обучения в течение жизни (LLL) и диверсификации образования.

Стоит, однако, отметить, что концепция обучения в течение жизни не воспринимается однозначно положительно современными исследователями. М. Elfert в своих работах отмечает, что LLL как политическая концепция получило широкое распространение в 1960-х гг. в контексте ускорения послевоенных социальных

преобразований и экономического роста [20, 21, 47]. Эта концепция была направлена на реформирование связей между образованием и работой, что было необходимо, поскольку послевоенное восстановление требовало мобилизации всей рабочей силы. Но гораздо сильнее экономического аспекта было гражданское измерение LLL: послевоенное восстановление требовало, чтобы взрослые были достаточно образованы и наделены полномочиями для формирования гражданского общества.

С усилением неолиберализма в 1980-х гг. смысл понятия «образование на протяжении всей жизни» изменился и стал обозначать ответственность человека за получение необходимых навыков для поиска работы на рынке. Гуманистическое видение образования на протяжении всей жизни, вероятно, уступило более мощным экономическим интерпретациям этой концепции, которые сегодня доминируют в образовательной политике.

Оценить фактическое влияние докладов Форера и Делора на политику в области образования нелегко, поскольку литературы по этому вопросу очень мало. По мнению М. Elfert, идеи докладов Форера и Делора контрастируют с подходом Всемирного банка к человеческому капиталу, примером которого является его доклад «Приоритеты и стратегии в области образования», опубликованный в 1995 г. [38]. В отличие от доклада Делора, доклад Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) 1989 г. «Образование и экономика в меняющемся обществе» «стал библией для министров образования» [20].

Проблематика LLL продолжает оставаться предметом исследования в XXI веке. В более поздних документах международных организаций отражены важные изменения в понимании образования взрослых. Инчхонская декларация «Образование-2030: обеспечение всеобщего инклюзивного и справедливого качественного образования и обучения на протяжении всей жизни», принятая на Всемирном форуме по образованию в 2015 г., связывает образование с целями устойчивого развития (ЦУР 4): «Обеспечить инклюзивное и справедливое качественное образование и создать возможности для обучения на протяжении всей жизни для всех» [6, 7, 19].

В документах ОЭСР рассматриваются различные аспекты феномена LLL. Так, в исследовании обоснована необходимость развития LLL [36]:

- 1) развитие «обучающейся экономики», движение в направлении создания и использования знаний, информации и идей;

- 2) скорость и повсеместное распространение технологических изменений, рост знаний и информации;
- 3) признание неадекватности традиционных подходов к перераспределению, которые игнорируют модели жизненного цикла доходов людей;
- 4) необходимость перехода от реактивной политики (мероприятия в ответ на рост безработицы) к проактивной (формирование человеческого капитала и тем самым основой для психологического и социального благополучия людей);
- 5) социальная сплоченность и «образовательный разрыв» в экономике, основанной на знаниях (Knowledge-based Economy, КВЕ) приведет, рано или поздно, к социальной эксклюзии.

Интересно начавшееся сравнительно недавно смещение акцентов и изменение терминологии непрерывного образования: «образование длиною в жизнь» (LLL) заменяется «образованием шириною в жизнь» (lifewide learning, LWL). Исходно термин LWL был использован в докладе Делора, более детально его содержание раскрыто в работах Johri, Redecker, Reyes-Fournier, публикациях международных организаций (UNESCO) и национальных ассоциаций (Adult Learning Australia) [1, 28, 30, 39, 42, 45]. Исследования LWL касаются различных аспектов концепции — от терминологических до концептуальных; они содержат анализ особенностей ее реализации в разных странах, но все признают актуальность LWL в наши дни, перенос ответственности за обучение и образование с государства на человека (последний становится центром процесса обучения); задачей государства и общества становится создание условий для равенства и преодоления образовательного разрыва.

В Меморандуме об образовании в течение жизни развиваются аргументы в пользу непрерывного образования в условиях КВЕ [45]. Как никогда раньше, доступ к актуальной информации и знаниям, а также мотивация и навыки разумного использования этих ресурсов в интересах общества в целом и каждого человека становится ключом к улучшению возможностей трудоустройства и адаптации рабочей силы, а в перспективе — повышению конкурентоспособности национальной экономики. Современные люди больше, чем когда-либо прежде, хотят самостоятельно планировать свою жизнь, от них ожидают активного вклада в жизнь общества, они должны научиться позитивно жить в условиях культурного, этническо-

го и языкового разнообразия. Достаточно подробно в Меморандуме рассмотрена так называемая «образовательная триада» (табл. 1) [45].

Различные аспекты «образовательной триады» (анализ видов образовательной деятельности, содержание информального образования и его масштабы, отличие от самообразования и роль в образовании взрослых) рассмотрены в работах Zhelyazkova-Teya [2, 12, 53].

Актуальность постоянного образования медицинских работников определяется необходимостью преодоления ресурсных ограничений и соответствия общественным запросам [14, 15, 25, 26, 41]. Среди эмпирических исследований стоит отметить работу К.Е. Науер и соавт., в которой показаны результаты измерения ориентации на обучение в течение всей жизни в различных группах врачей, а также корреляций с показателями академических достижений, мотивации, профессиональных достижений и удовлетворенности карьерой [26].

Помимо временного, можно сказать вертикального, аспекта «пожизненного образования», LWL включает горизонтальный аспект (обучение во всех сферах жизни и его непрерывность (рис. 2)) [27].

В работе О. Vabenko и соавт. предлагается и проверяется модель, объясняющая стресс, истощение и готовность к обучению в течение всей жизни именно у студентов-медиков [14]. Абитуриенты медицинских вузов имеют высокие академические показатели, ориентированы на достижение цели и мотивированы. Однако эти качества могут привести к проблемам — беспокойство, стрессы, эмоциональное истощение и даже выгорание. Распространенность высокого стресса и выгорания у студентов-медиков, как оказалось, постоянно выше, чем у людей аналогичного возраста в общей популяции студентов; около 50–60% студентов-медиков испытывают сильный стресс и выгорание, отмечается со ссылкой на ранее проведенные исследования [14].

Стоит обратить внимание на формирующий тренд, который не сводится только к терминологии — переход от непрерывного образования (Continuing medical education, CME) к постоянному профессиональному развитию (Continuing professional development (CPD) [52]. «Продукт медицинской школы значительно отличается от продукта других производств, например, производства автомобилей. Автомобиль работает лучше всего, когда сходит с конвейера, и со временем становится только хуже. Человек по своей природе учится до тех пор, пока живет... во многих аспектах жизни базовое образование имеет меньшее значение для результатов в даль-

Таблица 1

Основные категории целенаправленной учебной деятельности

Table 1

Basic categories of purposeful learning activity

Формальное обучение / Formal learning	Неформальное обучение / Non-formal learning	Информальное обучение / Informal learning
Происходит в образовательных учреждениях, приводит к получению признанных дипломов и квалификации / Take place in educational institutions, the result — getting recognized diplomas and qualifications	Происходит параллельно с основными системами образования и обычно не приводит к получению официальных сертификатов; обучение может предоставляться на рабочем месте и через деятельность организаций и групп гражданского общества / Occurs in parallel with mainstream education systems and usually does not lead to formal certifications; training can be provided in the workplace and through the activities of civil society organizations and groups	Является естественным сопровождением повседневной жизни; не обязательно является преднамеренным обучением, и поэтому может не признаваться даже самими людьми как способствующее расширению их знаний и навыков / Natural accompaniment to daily life; is not necessarily intentional learning, and therefore may not be recognized even by people themselves as contributing to their knowledge and skills

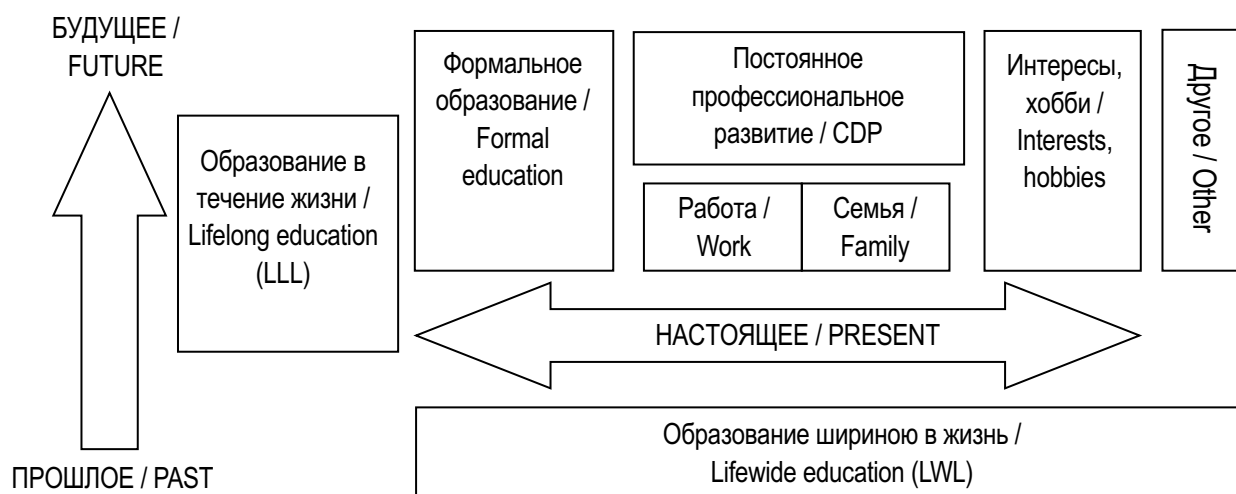


Рис. 2. Образование в течение жизни и образование шириною в жизнь

Fig. 2. Lifelong education and lifewide education

нейшей жизни, чем принято считать. Обучение на рабочем месте более важно.

Обучение не равно учению, обучение не равно компетентности, компетентность не равна лечению, лечение не равно наилучшему возможному результату, который является целью всего обучения в медицине» [41]. Охват обучением в течение жизни различается по странам, однако в целом впечатляет своим масштабом (табл. 2) [22].

Характеристики непрерывного образования, сформулированные Институтом ЮНЕСКО по образованию в течение жизни, формируют образовательный контекст, в котором человек существует на протяжении всей своей жизни [44]. «Неграмотным в будущем будет не тот человек, который не умеет читать, а тот, кто не научился учиться» [9].

Интересно распределение получающих образование взрослых людей по областям знаний и профессиональной деятельности (рис. 3) [22].

Таблица 2

Участие в разных типах образования в странах Евросоюза (2016)

Table 2

Participation in different types of education in the EU countries (2016)

Страна / Country	Тип образования / Type of education		Возраст, лет / Age, years	
	формальное / formal	неформальное / informal	25–34	55–64
Евросоюз / EU	5,1	42,1	52,8	32,3
Дания / Denmark	13,5	43,8	61,0	37,0
Германия / Germany	3,5	50,2	57,4	43,9
Финляндия / Finland	14,2	47,7	67,6	34,3
Швеция / Sweden	13,8	56,5	69,7	54,5

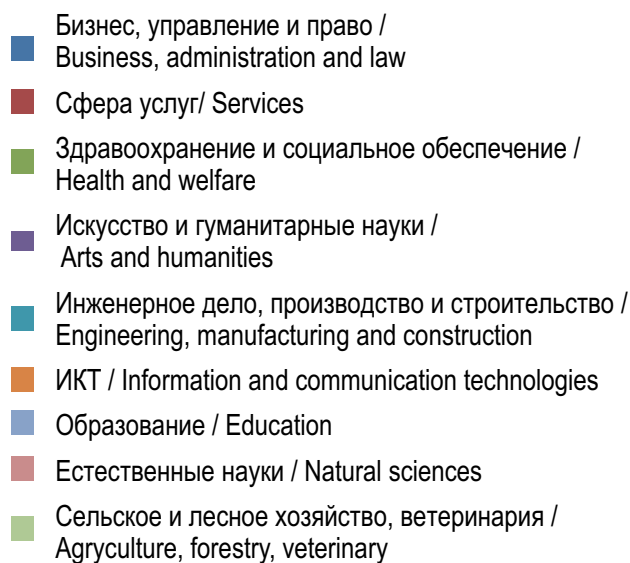


Рис. 3. Образование и обучение взрослых по областям знаний в странах Евросоюза, 2016 г. (доля общего количества часов обучения, %)

Fig. 3. Adult Education and Training by field of education in EU countries, 2016 (% share of total hours)

Анализ показывает, что в 2016 г. менее 1/5 (17,5%) часов формального и неформального образования и обучения, предоставленного взрослым (25–64 года) в ЕС, касалось бизнеса, управления и права. Около 15% от общего количества часов обучения приходилось на сферу услуг и здравоохранение. Достаточно высокие показатели в области искусства, гуманитарных наук, в инженерном деле.

Актуальность LLL определяется, на наш взгляд, по крайней мере двумя взаимосвязанными тенденциями — накоплением новых знаний и развитием технологий с соответствующими трансформациями рынка труда и старением населения.

Устаревание данных идет сопоставимыми темпами. «Период полураспада» профессиональных навыков составляет около пяти лет, т.е. каждые пять лет этот навык становится вдвое менее ценным, чем раньше [50]. Для медицинских знаний этот период составлял около 18–24 месяцев в 2017 г., и, по прогнозу, должен был составить всего 73 дня в 2021 г. [31].

Старение населения — один из значимых демографических трендов. Увеличение средней продолжительности жизни (с 47 лет в 1950 г. до прогнозируемых 75 в 2045–2050 гг.) идет параллельно со снижением рождаемости. Поскольку быстрое старение населения может привести к негативным экономическим и социальным последствиям, многие страны создают условия для продуктивного использования опыта старших поколений [8, 10].

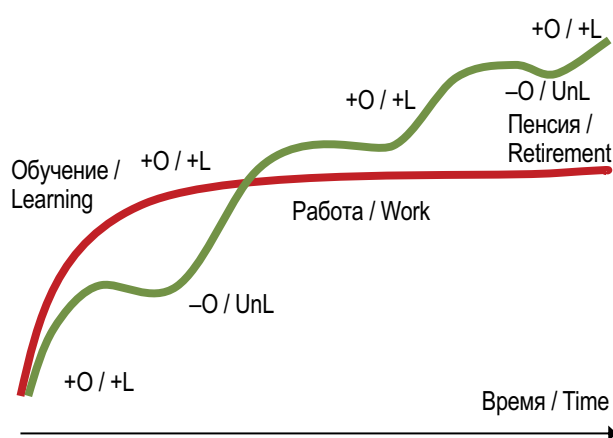


Рис. 4. Жизненный цикл с учетом обучения в течение жизни. +O / +L — периоды обучения/learn; -O / UnL — периоды «разобучения»/Unlearn

Fig. 4. Lifelong Learner Lifecycle

В недавнем прошлом жизненный цикл человека (конечно, с определенным допущением) укладывался в схему «учеба–работа–пенсия». Для адаптации к постоянным изменениям необходимо не только учиться, но и «разучиваться» и переучиваться, понимая, насколько устарели/стали бесполезными имеющиеся знания и навыки (рис. 4) [29].

Причины, по которым люди остаются на рынке труда, достаточно разнообразны: сохранение трудового потенциала, в т.ч. состояние здоровья, высокий уровень образования, необходимость создания финансовой «подушки безопасности». Однако в странах с низким

Таблица 3

Частные издержки и выгоды получения высшего образования (2018), USD

Table 3

Private costs and benefits for a man attaining tertiary education (2018), USD

Страна / Country	Прямые издержки / Direct costs	Упущенные заработки / Foregone earnings	Общие издержки / Total costs	Общая выгода / Total benefits	Чисто финансовая отдача / Net financial returns	Внутренняя норма отдачи / Internal rate of return	Соотношение выгоды–издержки / Benefit–cost ratio
Австрия / Austria	0	–69 800	–69 800	398 600	328 800	10%	5,7
Дания / Denmark	0	–42 900	–42 900	312 700	269 800	14%	7,3
Германия / Germany	–4000	–43 600	–47 600	397 600	350 000	16%	8,4
Швейцария / Switzerland	–12 800	–72 300	–85 100	550 900	465 800	14%	6,5
США / USA	–40 200	–34 400	–74 600	662 000	587 400	20%	8,9
Турция / Turkey	–3 000	–10 200	–13 200	174 600	161 400	23%	13,2

уровнем дохода, чтобы избежать бедности при наступлении пенсионного возраста, продолжение трудовой деятельности — единственный способ.

Данная проблема (старение рабочей силы) требует активных действий государства, бизнеса и самих работников, направленных на поддержание и обновление трудовых и профессиональных навыков с целью повышения профессиональной мобильности на быстро меняющемся рынке труда. Усилия, направленные на обучение в течение всей жизни, играют важную роль в трудоустройстве работников всех возрастов. «Накопленный человеческий капитал работников старшего возраста может при грамотном управлении принести выгоды работодателю. Однако человеческий капитал — это не только знания и навыки, но и здоровье человека, которое неизбежно ухудшается с течением времени. Разумно было бы ограничить время занятости такого работника 2–3 днями в неделю, что позволит ему установить оптимальный баланс работы и свободного времени» [8, 10].

Рациональное решение индивида в любой области, в т.ч. в получении образования, предполагает сравнительный анализ выгод и затрат. LLL может принести много долгосрочных преимуществ, в том числе: рост доходов (табл. 3), возобновление мотивации, увеличение запасов социального капитала, продвижение по службе, совершенствование личных и профессиональных навыков [33].

Человек, получающий образование, несет издержки: прямые (оплата образовательных услуг, расходы на учебники, транспорт, проживание и т.д.) и альтернативные (упущенные заработки). Однако доходность инвестиций в человеческий капитал высока по сравнению с доходностью банковских вкладов или инвестиций в недвижимость (типичная доходность по депозитам в основных европейских банках менее 1%).

Взрослые с уровнем образования ниже среднего обычно сталкиваются с существенной дифференциацией зарплат: в среднем в странах ОЭСР 27% этих взрослых зарабатывают только половину или меньше медианного заработка всех работников. Эта доля варьирует в разных странах — от 50% в Норвегии до 9% в Латвии и Португалии. Разница в заработной плате между уровнями образования, как правило, увеличивается с возрастом. В среднем по ОЭСР страны, люди в возрасте 25–34 года, имеющие высшее образование, зарабатывают больше своих сверстников с полным средним образованием на 38%; а 45–54-летние — на 70% [37]. В России заработная плата работников, имеющих высшее образование, выше в 1,6 раза, чем у работников, имеющих среднее образование [3].

По результатам исследования компаний BCG и The Network (197 стран мира, 366 тыс. респондентов, в т.ч. 24 тыс. из России), 65% людей ежегодно выделяют значительное время и ресурсы на повышение своей квалификации, а

Таблица 4

Государственные расходы на образование по подразделам классификации расходов бюджетов (млрд руб.)

Table 4

Public expenditures on education by budget expenditure classification (billion rubles)

Государственные расходы/ Government spending	Годы					
	2000	2005	2010	2017	2018	2019
Консолидированный бюджет РФ и бюджеты государственных внебюджетных фондов / Consolidated budget of the Russian Federation and budgets of state extra-budgetary funds	214,7	801,8	1893,9	3264,2	3668,6	4050,7
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации / Occupational training, retraining and advanced training	1,4	6,7	13,2	23,9	33,0	43,3

67% в принципе готовы обучиться новой профессии. Доля россиян, готовых к переобучению, ниже, чем в среднем по миру: только 56% опрошенных выразили готовность переобучаться. Для нашей страны предпочтительными оказались частные инвестиции: самообучение (76% против 63% в мире), обучение на работе (65% и 61%) и онлайн-курсы (44% и 30%). Гораздо менее популярны традиционные образовательные учреждения (27% против 34%) и правительственные программы (4% против 7% в мире) [11]. В 2019 г. 63% россиян старше 18 лет получили дополнительное образование, на него приходится почти половина рынка онлайн-образования, или 19 млрд рублей [4]. В 2022 г. 19,2% населения в возрасте 25–64 года намерены участвовать в непрерывном образовании, в том числе связывают его с профессиональными интересами 52,8% [3].

Рассматривая образование (в т.ч. и LLL) как процесс формирования человеческого капитала, стоит обратить внимание на инвестиционную составляющую этого процесса. Инвестиции в человеческий капитал на всех уровнях (домохозяйство, бизнес, государство) требуют финансирования. В России в последние годы существенно увеличились масштабы государственного финансирования дополнительного образования и повышения квалификации (табл. 4) [5].

Взрослые люди очень часто сталкиваются с трудностями, которые препятствуют их участию в образовательных программах, поскольку у большинства из них много обязательств, а их условия жизни и социальные роли сложны. Эти ограничения могут быть связаны с организацией процесса, социальными обязанностями, личными особенностями, состоянием здоровья. По данным ОЭСР, участием в дополнительном образовании взрослых мешает ряд обстоятельств, представленных на рис. 5 [32].

Очевидно, что основным препятствием образования взрослых становится занятость на

работе, неподходящие условия переобучения и его высокая стоимость.

Решению хотя бы части проблем переобучения способствует использование цифровых технологий в образовании. В 2019 г. был разработан индекс готовности к цифровому образованию в течение жизни (IRDLL), который учитывает участие в образовании и полученные результаты, институты и проводимую политику, доступность цифрового образования [51]. В настоящее время он рассчитывается только для стран Евросоюза, в тройке лидеров — Эстония, Нидерланды и Финляндия.

Введение ограничительных мер в условиях пандемии ускорило внедрение в образовательный процесс электронных образовательных технологий. Уже в начале 2020/21 учебного года 47,4% российских студентов на всех уровнях обучения прошли обучение с применением дистанционных образовательных технологий. По состоянию на октябрь 2021 г. 1,3 тыс. онлайн-курсов были размещены российскими образовательными организациями на образовательных онлайн-платформах [3].

Продолжая список возможных проблем и препятствий, стоит отметить, что идее образования в течение жизни противодействует формирующийся тренд «ни-ни», или NEET (Not in Education, Employment or Training), в рамках которого молодые люди (16–24 года) отрицают необходимость получения образования и занятости. Источники явления — низкий уровень и качество образования молодежи, состояние здоровья, негативный социальный капитал, проблемы с социальной самоидентификацией в условиях имущественного и социального неравенства. Последствия имеют экономический характер — сокращается численность рабочей силы. По данным НИУ ВШЭ, «уровень экономической активности молодежи данного промежутка сократился с 32,1% (1992 г.) до 8,1 (2014 г.); и среди насе-

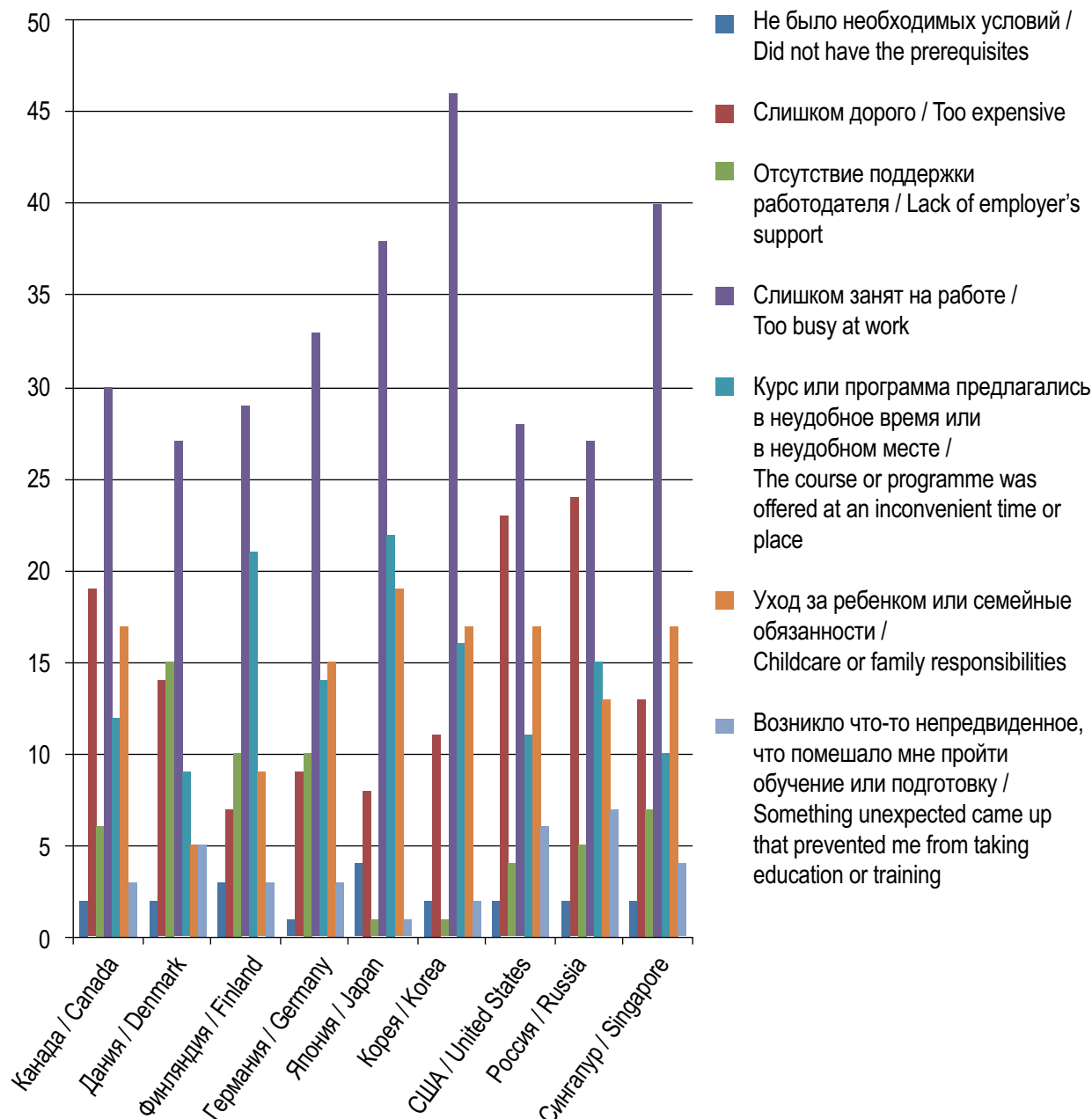


Рис. 5. Барьеры на пути образования взрослых и их значимость

Fig. 5. Barriers to participation and their value

ления 20–24, и среди населения 20–24 лет: с 79,3% до 58,9%» [13].

Уровень NEET значительно различается в странах ОЭСР. В среднем по странам ОЭСР количество молодых людей (15–29 лет), не имеющих работы, образования или профессиональной подготовки, составляет чуть более 13%, но показатели варьируют от 7% в Швейцарии до 30% в Колумбии. Самые низкие показатели NEET — в странах Центральной и Северной Европы, самые высокие (примерно каждый пятый молодой человек) — в странах Южной Европы [34]. Межстрановое сравнение уровней

NEET затруднено институциональными различиями, например, продолжительность образовательных программ разных уровней в разных странах, необходимость для молодых мужчин (а в некоторых случаях и молодых женщин) проходить военную службу — в этом случае они не будут включены в статистику NEET.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Образование в течение жизни (LLL) — это устойчивый социально-экономический институт, который имеет соответствующий набор

задач, ресурсов и технологий, в процессе которого происходит накопление, модернизация, повышение качества человеческого и социального капитала на разных уровнях. В исследованиях последних лет отмечаются важные изменения человека в процессе обучения, которые дают возможность каждому реализовать свои личные планы. Актуальность решения настоящих и потенциальных проблем образования в течение жизни для каждой страны и мирового сообщества в целом нашла отражение в документах международных организаций. Инчхонская декларация, документы ОСЭР, Меморандум об образовании связывают непрерывное образование с целями устойчивого развития, указывают на инклюзивное справедливое качественное образование для всех слоев населения и являются основой для принятия национальных политических решений.

Актуальность образования для медицинских работников определяется общественными запросами. Обозначен круг проблем, с которыми сталкивается LLL в сфере медицины: ресурсные ограничения, дефицит квалифицированных кадров, недостаточная готовность к цифровой форме обучения, низкие расходы на образование в России по сравнению с другими странами. Однако можно сделать вывод, что, несмотря на наличие проблем и трудностей, LLL формирует набор получаемых его участниками выгод (денежных и неденежных) в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Делор Ж. и др. Международная комиссия по образованию для XXI века. Образование — сокровище (Learning: The Treasure Within). Париж: ЮНЕСКО. 1996: 1–102. Доступен по: <https://ifap.ru/library/book201.pdf> (дата обращения: 17.04.2022).
2. Желязкова-Тя Т.К. Модели дифференциации формального, неформального и информального образования. Педагогика и психология образования. 2018; 4: 20–36. Доступен по: <http://pp-obr.ru/wp-content/uploads/2019/01/2018-4-20.pdf> (дата обращения: 17.04.2022).
3. Индикаторы образования: 2022. Статистический сборник. Доступно по: <https://issek.hse.ru/news/557242573.html> (дата обращения 24.02.2022).
4. Исследование рынка онлайн-образования. Доступно по: <https://talenttech.ru/research/issledovanie-rynka-onlajn-obrazovaniya/> (дата обращения 24.02.2022).
5. Образование в цифрах: 2020. Краткий статистический сборник. Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». 2020: 29.
6. Образование-2030: обеспечение всеобщего инклюзивного и справедливого качественного образования и обучения на протяжении всей жизни. Доступен по: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000233137\\_rus](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000233137_rus) (дата обращения: 17.04.2022).
7. ООН. Цели в области устойчивого развития. Доступен по: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/education/> (дата обращения: 17.04.2022).
8. Судова Т.Л. Старение населения: возможные проблемы на рынке труда. Материалы VI международной научно-практической конференции «Устойчивое развитие: общество и экономика». 28 февраля — 1 марта 2019: 158–61.
9. Тоффлер Э. Шок будущего. Часть VI. Стратегии выживания. Глава 18. Образование в будущем времени. Доступен по: <https://gtmarket.ru/library/basis/4797/4816#t129> (дата обращения: 24.02.2022).
10. Устойчивое развитие: общество и экономика: материалы VI Международной научно-практической конференции. 2019; 28 февраля — 1 марта. Доступен по: [https://dspace.spbu.ru/bitstream/11701/16537/3/sust\\_develop.pdf](https://dspace.spbu.ru/bitstream/11701/16537/3/sust_develop.pdf) (дата обращения: 24.02.2022).
11. Учиться, учиться и еще раз переучиваться. Коммерсантъ. 2019. Доступен по: <https://www.kommersant.ru/doc/4157133> (дата обращения: 24.02.2022).
12. Что говорят индикаторы неформального образования о его роли для взрослых в новом веке. Высшее образование сегодня. 2020; 8: 47–51.
13. Яковлева Е.А., Галахова А.А. Феномен NEET современного поколения и его влияние на макроэкономические показатели. Молодой ученый. 2017; 51(185): 196–201. Доступен по: <https://moluch.ru/archive/185/47491/> (дата обращения: 24.02.2022).
14. Babenko O., Daniels L.M., Ross S. et al. Medical student well-being and lifelong learning: A motivational perspective. *Educ Health (Abingdon)*. 2019; 32(1): 25–32.
15. Babenko O., Koppula S., Daniels L. et al. 'Lifelong learning along the education and career continuum: Meta-analysis of studies in health professions'. *Advances in Medical Education & Professionalism*. 2017; 5(4): 157–63. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5611424/> (accessed: 24.02.2022).
16. Changing Perceptions, Changing Cities, Changing Economies. A historical review of the development of learning cities and learning regions. Available at: <https://www.thersa.org/globalassets/pdfs/city-growth-commission/evidence/learning-cities-and-regions-historical-review.pdf> (accessed: 24.02.2022).
17. Cohen WJ. Lifelong learning — A definition and a challenge//ASCD Educational Leadership. November 1975. Available at: [https://files.ascd.org/staticfiles/ascd/pdf/journals/ed\\_lead/el\\_197511\\_cohen.pdf](https://files.ascd.org/staticfiles/ascd/pdf/journals/ed_lead/el_197511_cohen.pdf) (accessed: 24.02.2022).
18. Densen P. Challenges and Opportunities Facing Medical Education. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*. 2011; 122: 48–58.

- Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3116346/pdf/tacca122000048.pdf> (accessed: 24.02.2022).
19. Education 2030: Incheon Declaration and Framework for Action for the implementation of Sustainable Development Goal 4: Ensure inclusive and equitable quality education and promote lifelong learning opportunities for all. Available at: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245656> (accessed: 17.04.2022).
  20. Elfert M. Revisiting Faure Report and the Delors Report. Why Was UNESCO's Utopian Vision of Lifelong Learning an "Unfailure"? Power and Possibility. *Adult Education in a Diverse and Complex World*. 2019; 7. Available at: <https://brill.com/view/title/56049?> (accessed: 17.04.2022).
  21. Elfert M. UNESCO. The Faure Report, the Delors Report, and the Political Utopia of Lifelong Learning: 88–100.
  22. Eurostat Statistics Explained. Adult learning statistics — characteristics of education and training. June 2021. Available at: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Adult\\_learning\\_statistics\\_-\\_characteristics\\_of\\_education\\_and\\_training#Adult\\_education\\_and\\_training\\_by\\_field\\_of\\_study](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Adult_learning_statistics_-_characteristics_of_education_and_training#Adult_education_and_training_by_field_of_study) (accessed: 24.02.2022).
  23. Faure E. et al. Learning to be: the world of education today and tomorrow. UNESCO. 1972. Available at: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000001801> (accessed: 17.04.2022).
  24. Global Competitiveness Report Special Edition 2020: How Countries are Performing on the Road to Recovery. Available at: <https://www.weforum.org/reports/the-global-competitiveness-report-2020> (accessed: 24.02.2022).
  25. Hauer K.E., Iverson N., Quach A. et al. Fostering medical students' lifelong learning skills with a dashboard, coaching and learning planning. *Perspect Med Educ*. 2018; 7: 311–7. Available at: <https://doi.org/10.1007/s40037-018-0449-2> (accessed: 24.02.2022).
  26. Hojat M., Veloski J., Gonnella J. Measurement and Correlates of Physicians' Lifelong Learning. *Academic Medicine*. 2009; 84(8): 1066–74. Available at: [https://journals.lww.com/academicmedicine/Full-text/2009/08000/Measurement\\_and\\_Correlates\\_of\\_Physicians\\_\\_Lifelong.21.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/Full-text/2009/08000/Measurement_and_Correlates_of_Physicians__Lifelong.21.aspx) (accessed: 27.03.2022).
  27. Jackson N. Lifewide Learning & Education: Why Are These Important Concepts For All Education Systems? Available at: <https://www.education-thatinspires.ca/2018/05/29/lifewide-learning-education-why-are-these-important-concepts-for-all-education-systems/> (accessed: 17.04.2022).
  28. Johri A. Lifelong and lifewide learning for the perpetual development of expertise in engineering *European Journal of Engineering Education*. 2022; 70–84.
  29. Keating K. The mindset of a lifelong learner. May 2020. Available at: <https://www.chieflearningofficer.com/2020/05/26/the-mindset-of-a-lifelong-learner/> (accessed: 24.02.2022).
  30. Lifelong and Lifewide Learning: A policy statement. 2013. Available at: <https://ala.asn.au/wp-content/uploads/2011/02/ALA-Policy-Statement-.pdf> (accessed: 17.04.2022).
  31. Medicine in a Changing World. March 2017. Available at: <https://hms.harvard.edu/news/medicine-changing-world> (accessed: 24.02.2022).
  32. OECD. Adult education and learning. Feb 2022. Available at: [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=EAG\\_AL](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=EAG_AL) (accessed: 24.02.2022).
  33. OECD. Education at a glance 2021. Sep 2021. Available at: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/b35a14e5-en.pdf> (accessed: 24.02.2022).
  34. OECD. Family Database. Available at: [https://www.oecd.org/els/soc/CO\\_3\\_5\\_Young\\_people\\_not\\_in\\_education\\_or\\_employment.pdf](https://www.oecd.org/els/soc/CO_3_5_Young_people_not_in_education_or_employment.pdf) (accessed: 17.04.2022).
  35. OECD. The Well-being of Nations. The role of human and social capital. May 2001. Available at: [https://www.oecd-ilibrary.org/education/the-well-being-of-nations\\_9789264189515-en](https://www.oecd-ilibrary.org/education/the-well-being-of-nations_9789264189515-en) (accessed: 24.02.2022).
  36. OECD. Where are the Resources for Lifelong Learning? 2000. Available at: [https://read.oecd-ilibrary.org/education/where-are-the-resources-for-lifelong-learning\\_9789264061439-en](https://read.oecd-ilibrary.org/education/where-are-the-resources-for-lifelong-learning_9789264061439-en) (accessed: 17.04.2022).
  37. OECDiLibrary. Education at a Glance 2021. Available at: [https://www.oecd-ilibrary.org/education/education-at-a-glance-2021\\_b35a14e5-en;jsessionid=aO-2z3L-5wFFhm7yc-iwV8L-t.ip-10-240-5-73](https://www.oecd-ilibrary.org/education/education-at-a-glance-2021_b35a14e5-en;jsessionid=aO-2z3L-5wFFhm7yc-iwV8L-t.ip-10-240-5-73) (accessed: 24.02.2022).
  38. Priorities and strategies for education. A World Bank review. 1995. Available at: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/117381468331890337/pdf/multi-page.pdf> (accessed: 17.04.2022).
  39. Redecker. C. Foreword: The Future of Learning is Lifelong, Lifewide and Open. 2014: 1–9. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/260863664\\_Foreword\\_The\\_Future\\_of\\_Learning\\_is\\_Lifelong\\_Lifewide\\_and\\_Open](https://www.researchgate.net/publication/260863664_Foreword_The_Future_of_Learning_is_Lifelong_Lifewide_and_Open) (accessed: 17.04.2022).
  40. Reinsel D., Gantz J., Rydning J. The Digitization of the World. From Edge to Core. Analyze the future. November 2018. Available at: <https://www.seagate.com/files/www-content/our-story/trends/files/idc-seagate-data-age-whitepaper.pdf> (accessed: 24.02.2022).
  41. Renschler Hans E. Lifelong Learning for Doctors. Available at: [https://gma2016.de/files/ZMA-Archiv/1994/2/Renschler\\_HE-r.pdf](https://gma2016.de/files/ZMA-Archiv/1994/2/Renschler_HE-r.pdf) (accessed: 27.03.2022).
  42. Reyes-Fournier. E. Lifelong and lifewide learning. 2017. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/337011056\\_LIFELONG\\_AND\\_LIFEWIDE\\_LEARNING](https://www.researchgate.net/publication/337011056_LIFELONG_AND_LIFEWIDE_LEARNING) (accessed: 17.04.2022).
  43. UNEP. Inclusive Wealth Report 2018. November 2018: 12. Available at: <https://www.unep.org/resources/inclusive-wealth-report-2018> (accessed: 24.02.2022).
  44. UNESCO Institute for Lifelong Learning. UIL Virtual Annual Report 2020. Available at: <https://uil.unesco.org/uil-virtual-annual-report-2020-0> (accessed: 24.02.2022).

45. UNESCO. A Memorandum on Lifelong Learning. European Communities. 2000. Available at: <https://uil.unesco.org/i/doc/lifelong-learning/policies/european-communities-a-memorandum-on-lifelong-learning.pdf> pp1–36 (accessed: 17.04.2022).
46. UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. Human Development Index (HDI). Available at: [https://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi\[i\]](https://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi[i]) (accessed: 24.02.2022).
47. What Is Learning For? European Journal of education. Research, development and policy. 2015. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/14653435/2015/50/1> (accessed: 17.04.2022).
48. WIPO IP Facts and Figures 2021. Available at: [https://www.wipo.int/edocs/pubdocs/en/wipo\\_pub\\_943\\_2021.pdf](https://www.wipo.int/edocs/pubdocs/en/wipo_pub_943_2021.pdf) (accessed: 24.02.2022).
49. WIPO. Global Innovation Index (GII). Tracking Innovation through the COVID-19 Crisis. Available at: [https://www.wipo.int/edocs/pubdocs/en/wipo\\_pub\\_gii\\_2021.pdf](https://www.wipo.int/edocs/pubdocs/en/wipo_pub_gii_2021.pdf) (accessed: 24.02.2022).
50. World Economic Forum. Skill, re-skill and re-skill again. How to keep up with the future of work. Jul 2017. Available at: <https://www.weforum.org/agenda/2017/07/skill-reskill-prepare-for-future-of-work/> (accessed: 24.02.2022).
51. Youth not in employment, education or training (NEET). Available at: <https://data.oecd.org/youthinac/youth-not-in-employment-education-or-training-neet.htm> (accessed: 24.02.2022).
52. Zarrin Seema Siddiqui. Lifelong learning in medical education: From CME to CPD. *Journal of the College of Physicians and Surgeons*. 2003; 13(1): 44–7. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/10813206\\_Lifelong\\_learning\\_in\\_medical\\_education\\_From\\_CME\\_to\\_CPD](https://www.researchgate.net/publication/10813206_Lifelong_learning_in_medical_education_From_CME_to_CPD) (accessed: 24.02.2022).
53. Zhelyazkova-Teya T. Prolegomena in pedagogy of informal education. *Pedagogika-Pedagogy*. 2022: 41–51. Available at: [https://azbuki.bg/wp-content/uploads/2022/02/Pedagogy\\_1\\_22\\_Tanya-Zhelyazkova-Teya.pdf](https://azbuki.bg/wp-content/uploads/2022/02/Pedagogy_1_22_Tanya-Zhelyazkova-Teya.pdf) (accessed: 17.04.2022).
3. Indikatory obrazovaniya: 2022. Statisticheskiy sbornik. [Indicators of education: 2022. Statistical compendium]. Available at: <https://issek.hse.ru/news/557242573.html> (accessed 24.02.2022). (in Russian).
4. Issledovanie rynka onlayn-obrazovaniya. [Online education market research]. Available at: <https://talenttech.ru/research/issledovanie-rynka-onlajn-obrazovaniya/> (accessed 24.02.2022). (in Russian).
5. Obrazovanie v tsifrah: 2020. Kratkiy statisticheskiy sbornik. [Education in numbers: 2020. Brief statistical compendium]. *Natsional'nyy issledovatel'skiy universitet «Vysshaya shkola ekonomiki»*; 2020. (in Russian).
6. Obrazovanie-2030: obespechenie vseobshchego inklyuzivnogo i spravedlivogo kachestvennogo obrazovaniya i obucheniya na protyazhenii vsey zhizni. [Education 2030: ensuring universal inclusive and equitable quality education and lifelong learning]. Available at: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000233137\\_rus](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000233137_rus) (accessed: 17.04.2022). (in Russian).
7. OON. Tseli v oblasti ustoychivogo razvitiya. [UN. Sustainable Development Goals]. Available at: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/education/> (accessed: 17.04.2022). (in Russian).
8. Sudova T.L. Starenie naseleniya: vozmozhnye problem na rynke truda. [Population aging: possible problems in the labor market]. In: *Ustoychivoe razvitie: obshchestvo i ekonomika. Materialy VI mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii. Sankt-Peterburg. 28 fevralya — 1 marta 2019. Sankt-Peterburg; 2019: 158–61.* (in Russian).
9. Toffler E.: Shok budushchego. Chast' VI. Strategii vyzhivaniya. Glava 18. Obrazovanie v budushchem vremeni. [Shock of the future. Part VI. survival strategies. Chapter 18]. Available at: <https://gtmarket.ru/library/basis/4797/4816#t129> (accessed: 24.02.2022). (in Russian).
10. Ustoychivoe razvitie: obshchestvo i ekonomika: materialy. *Materialy VI mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii. Sankt-Peterburg. 28 fevralya — 1 marta 2019. [Sustainable development: society and economy: materials of the VI International scientific and practical conference. St. Petersburg. February 28 — March 1, 2019]. Sankt-Peterburg; 2019.* Available at: [https://dspace.spbu.ru/bitstream/11701/16537/3/sust\\_develop.pdf](https://dspace.spbu.ru/bitstream/11701/16537/3/sust_develop.pdf) (accessed: 24.02.2022). (in Russian).
11. Uchit'sya, uchit'sya i eshche raz pereuchivat'sya. *Kommersant*. 2019. [Learn, learn and relearn 2019]. Available at: <https://www.kommersant.ru/doc/4157133> (accessed: 24.02.2022). (in Russian).
12. Chto govoryat indicatory informal'nogo obrazovaniya o ego roli dlya vzroslykh v novom veke. [What indicators of informal education say about its role for adults in the new century]. *Vyshee obrazovanie segodnya*. 2020; 8: 47–51. (in Russian).
13. Yakovleva E.A., Galakhova A.A. Fenomen NEET sovremennoy pokoleniyai ego vliyanie na makroekonomicheskie pokazateli. [The phenomenon of NEET of the modern generation and its impact on macroeconomic

## REFERENCES

1. Delor Zh. i dr. *Mezhdunarodnaya komissiya po obrazovaniyu dlya XXI veka. Obrazovanie — sokrytoe sokrovishche (Learning: The Treasure Within)*. [International Commission on Education for the XXI century. Education is a hidden treasure (Learning: The Treasure Within)]. Parizh: YuNESKO; 1996. Available at: <https://ifap.ru/library/book201.pdf> (accessed: 17.04.2022). (in Russian).
2. Zhelyazkova-Teya T.K. Modeli differentsiatsii formal'nogo, neformal'nogo i informal'nogo obrazovaniya. [Models of differentiation of formal, non-formal and informal education]. *Pedagogika i psikhologiya obrazovaniya*. 2018; 4: 20–36. Available at: <http://pp-obr.ru/wp-content/uploads/2019/01/2018-4-20.pdf> (accessed: 17.04.2022). (in Russian).

- indicators]. *Molodoy uchenyy*. 2017; 51(185): 196–201. Available at: <https://moluch.ru/archive/185/47491/> (accessed: 24.02.2022). (in Russian).
14. Babenko O., Daniels L.M., Ross S. et al. Medical student well-being and lifelong learning: A motivational perspective. *Educ Health (Abingdon)*. 2019; 32(1): 25–32.
  15. Babenko O., Koppula S., Daniels L. et al. ‘Lifelong learning along the education and career continuum: Meta-analysis of studies in health professions’. *Advances in Medical Education & Professionalism*. 2017; 5(4): 157–63. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5611424/> (accessed: 24.02.2022).
  16. Changing Perceptions, Changing Cities, Changing Economies. A historical review of the development of learning cities and learning regions. Available at: <https://www.thersa.org/globalassets/pdfs/city-growth-commission/evidence/learning-cities-and-regions-historical-review.pdf> (accessed: 24.02.2022).
  17. Cohen WJ. Lifelong learning — A definition and a challenge//ASCD Educational Leadership. November 1975. Available at: [https://files.ascd.org/staticfiles/ascd/pdf/journals/ed\\_lead/el\\_197511\\_cohen.pdf](https://files.ascd.org/staticfiles/ascd/pdf/journals/ed_lead/el_197511_cohen.pdf) (accessed: 24.02.2022).
  18. Densen P. Challenges and Opportunities Facing Medical Education. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*. 2011; 122: 48–58. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3116346/pdf/tacca122000048.pdf> (accessed: 24.02.2022).
  19. Education 2030: Incheon Declaration and Framework for Action for the implementation of Sustainable Development Goal 4: Ensure inclusive and equitable quality education and promote lifelong learning opportunities for all. Available at: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245656> (accessed: 17.04.2022).
  20. Elfert M. Revisiting Faure Report and the Delors Report. Why Was UNESCO’s Utopian Vision of Lifelong Learning an “Unfailure”? Power and Possibility. *Adult Education in a Diverse and Complex World*. 2019; 7. Available at: <https://brill.com/view/title/56049/> (accessed: 17.04.2022).
  21. Elfert M. UNESCO. The Faure Report, the Delors Report, and the Political Utopia of Lifelong Learning: 88–100.
  22. Eurostat Statistics Explained. Adult learning statistics — characteristics of education and training. June 2021. Available at: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Adult\\_learning\\_statistics\\_-\\_characteristics\\_of\\_education\\_and\\_training#Adult\\_education\\_and\\_training\\_by\\_field\\_of\\_study](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Adult_learning_statistics_-_characteristics_of_education_and_training#Adult_education_and_training_by_field_of_study) (accessed: 24.02.2022).
  23. Faure E. et al. Learning to be: the world of education today and tomorrow. UNESCO. 1972. Available at: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000001801> (accessed: 17.04.2022).
  24. Global Competitiveness Report Special Edition 2020: How Countries are Performing on the Road to Recovery. Available at: <https://www.weforum.org/reports/the-global-competitiveness-report-2020> (accessed: 24.02.2022).
  25. Hauer K.E., Iverson N., Quach A. et al. Fostering medical students’ lifelong learning skills with a dashboard, coaching and learning planning. *Perspect Med Educ*. 2018; 7: 311–7. Available at: <https://doi.org/10.1007/s40037-018-0449-2> (accessed: 24.02.2022).
  26. Hojat M., Veloski J., Gonnella J. Measurement and Correlates of Physicians’ Lifelong Learning. *Academic Medicine*. 2009; 84(8): 1066–74. Available at: [https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2009/08000/Measurement\\_and\\_Correlates\\_of\\_Physicians\\_Lifelong.21.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2009/08000/Measurement_and_Correlates_of_Physicians_Lifelong.21.aspx) (accessed: 27.03.2022).
  27. Jackson N. Lifewide Learning & Education: Why Are These Important Concepts For All Education Systems? Available at: <https://www.educationthatinspires.ca/2018/05/29/lifewide-learning-education-why-are-these-important-concepts-for-all-education-systems/> (accessed: 17.04.2022).
  28. Johri A. Lifelong and lifewide learning for the perpetual development of expertise in engineering *European Journal of Engineering Education*. 2022: 70–84.
  29. Keating K. The mindset of a lifelong learner. May 2020. Available at: <https://www.chieflearningofficer.com/2020/05/26/the-mindset-of-a-lifelong-learner/> (accessed: 24.02.2022).
  30. Lifelong and Lifewide Learning: A policy statement. 2013. Available at: <https://ala.asn.au/wp-content/uploads/2011/02/ALA-Policy-Statement-.pdf> (accessed: 17.04.2022).
  31. Medicine in a Changing World. March 2017. Available at: <https://hms.harvard.edu/news/medicine-changing-world> (accessed: 24.02.2022).
  32. OECD. Adult education and learning. Feb 2022. Available at: [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=EAG\\_AL](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=EAG_AL) (accessed: 24.02.2022).
  33. OECD. Education at a glance 2021. Sep 2021. Available at: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/b35a14e5-en.pdf> (accessed: 24.02.2022).
  34. OECD. Family Database. Available at: [https://www.oecd.org/els/soc/CO\\_3\\_5\\_Young\\_people\\_not\\_in\\_education\\_or\\_employment.pdf](https://www.oecd.org/els/soc/CO_3_5_Young_people_not_in_education_or_employment.pdf) (accessed: 17.04.2022).
  35. OECD. The Well-being of Nations. The role of human and social capital. May 2001. Available at: [https://www.oecd-ilibrary.org/education/the-well-being-of-nations\\_9789264189515-en](https://www.oecd-ilibrary.org/education/the-well-being-of-nations_9789264189515-en) (accessed: 24.02.2022).
  36. OECD. Where are the Resources for Lifelong Learning? 2000. Available at: [https://read.oecd-ilibrary.org/education/where-are-the-resources-for-lifelong-learning\\_9789264061439-en](https://read.oecd-ilibrary.org/education/where-are-the-resources-for-lifelong-learning_9789264061439-en) (accessed: 17.04.2022).
  37. OECDiLibrary. Education at a Glance 2021. Available at: [https://www.oecd-ilibrary.org/education/education-at-a-glance-2021\\_b35a14e5-en;jsessionid=aO2z3L-5wFFhm7yc-iwV8L-t.ip-10-240-5-73](https://www.oecd-ilibrary.org/education/education-at-a-glance-2021_b35a14e5-en;jsessionid=aO2z3L-5wFFhm7yc-iwV8L-t.ip-10-240-5-73) (accessed: 24.02.2022).
  38. Priorities and strategies for education. A World Bank review. 1995. Available at: <https://documents1.worldbank.org>

- org/curated/en/117381468331890337/pdf/multi-page.pdf (accessed: 17.04.2022).
39. Redecker. C. Foreword: The Future of Learning is Lifelong, Lifewide and Open. 2014: 1–9. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/260863664\\_Foreword\\_The\\_Future\\_of\\_Learning\\_is\\_Lifelong\\_Lifewide\\_and\\_Open](https://www.researchgate.net/publication/260863664_Foreword_The_Future_of_Learning_is_Lifelong_Lifewide_and_Open) (accessed: 17.04.2022).
  40. Reinsel D., Gantz J., Rydning J. The Digitization of the World. From Edge to Core. Analyze the future. November 2018. Available at: <https://www.seagate.com/files/www-content/our-story/trends/files/idc-seagate-data-age-whitepaper.pdf> (accessed: 24.02.2022).
  41. Renschler Hans E. Lifelong Learning for Doctors. Available at: [https://gma2016.de/files/ZMA-Archiv/1994/2/Renschler\\_HE-r.pdf](https://gma2016.de/files/ZMA-Archiv/1994/2/Renschler_HE-r.pdf) (accessed: 27.03.2022).
  42. Reyes-Fournier. E. Lifelong and lifewide learning. 2017. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/337011056\\_LIFELONG\\_AND\\_LIFEWIDE\\_LEARNING](https://www.researchgate.net/publication/337011056_LIFELONG_AND_LIFEWIDE_LEARNING) (accessed: 17.04.2022).
  43. UNEP. Inclusive Wealth Report 2018. November 2018: 12. Available at: <https://www.unep.org/resources/inclusive-wealth-report-2018> (accessed: 24.02.2022).
  44. UNESCO Institute for Lifelong Learning. UIL Virtual Annual Report 2020. Available at: <https://uil.unesco.org/uil-virtual-annual-report-2020-0> (accessed: 24.02.2022).
  45. UNESKO. A Memorandum on Lifelong Learning. European Communities. 2000. Available at: <https://uil.unesco.org/i/doc/lifelong-learning/policies/european-communities-a-memorandum-on-lifelong-learning.pdf> pp1-36 (accessed: 17.04.2022).
  46. UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. Human Development Index (HDI). Available at: [https://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi\[i\]](https://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi[i]) (accessed: 24.02.2022).
  47. What Is Learning For? European Journal of education. Research, development and policy. 2015. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/14653435/2015/50/1> (accessed: 17.04.2022).
  48. WIPO IP Facts and Figures 2021. Available at: [https://www.wipo.int/edocs/pubdocs/en/wipo\\_pub\\_943\\_2021.pdf](https://www.wipo.int/edocs/pubdocs/en/wipo_pub_943_2021.pdf) (accessed: 24.02.2022).
  49. WIPO. Global Innovation Index (GII). Tracking Innovation through the COVID-19 Crisis. Available at: [https://www.wipo.int/edocs/pubdocs/en/wipo\\_pub\\_gii\\_2021.pdf](https://www.wipo.int/edocs/pubdocs/en/wipo_pub_gii_2021.pdf) (accessed: 24.02.2022).
  50. World Economic Forum. Skill, re-skill and re-skill again. How to keep up with the future of work. Jul 2017. Available at: <https://www.weforum.org/agenda/2017/07/skill-reskill-prepare-for-future-of-work/> (accessed: 24.02.2022).
  51. Youth not in employment, education or training (NEET). Available at: <https://data.oecd.org/youthinac/youth-not-in-employment-education-or-training-neet.htm> (accessed: 24.02.2022).
  52. Zarrin Seema Siddiqui. Lifelong learning in medical education: From CME to CPD. Journal of the College of Physicians and Surgeons. 2003; 13(1): 44–7. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/10813206\\_Lifelong\\_learning\\_in\\_medical\\_education\\_From\\_CME\\_to\\_CPD](https://www.researchgate.net/publication/10813206_Lifelong_learning_in_medical_education_From_CME_to_CPD) (accessed: 24.02.2022).
  53. Zhelyazkova-Teya T. Prolegomena in pedagogy of informal education. Pedagogika-Pedagogy. 2022: 41–51. Available at: [https://azbuki.bg/wp-content/uploads/2022/02/Pedagogy\\_1\\_22\\_Tanya-Zhelyazkova-Teya.pdf](https://azbuki.bg/wp-content/uploads/2022/02/Pedagogy_1_22_Tanya-Zhelyazkova-Teya.pdf) (accessed: 17.04.2022).

УДК 929.52+656.071.61+614.255.3  
DOI: 10.56871/4841.2022.38.70.010

## НЕИСТОВАЯ ВЕРА (К 170-ЛЕТИЮ ВЕРЫ НИКОЛАЕВНЫ ФИГНЕР)

© Александр Павлович Щербо

Медицинский центр Корпорации РМІ. 191186, Российская Федерация, Санкт-Петербург, Гороховая ул., д. 6

**Контактная информация:** Александр Павлович Щербо — член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, заместитель генерального директора по научной работе. E-mail: ashcherbo@yandex.ru

Поступила: 07.06.2022

Одобрена: 05.09.2022

Принята к печати: 30.09.2022

**РЕЗЮМЕ:** В статье сделана попытка прикоснуться к сложным судьбам двух ярких представителей общественной жизни и медицины до- и послереволюционной России — З.Г. Френкеля и В.Н. Фигнер. Каждый из них прожил долгую жизнь, не без труда нашёл своё место в советской России, оставил значительное интеллектуальное наследие. Академик АМН СССР З.Г. Френкель — в области общественной медицины, В.Н. Фигнер — в немалом литературном творчестве, где отражён её драматический путь члена Центрального Комитета партии «Народная воля». В связи со 170-летием со дня её рождения приведены воспоминания современников об этой незаурядной и целеустремлённой женщине, её роли в революционном движении, о её неповторимых личных качествах. О народовольцах, и о Вере Фигнер в частности, существует большая литература. Настоящая статья не претендует на сколько-нибудь заметный вклад в эту обширную библиографию; автор ставит своей целью в эти юбилейные дни лишь напомнить читателю о незаурядном человеке, который оставил яркий и неоднозначный след в истории нашей страны.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Вера Фигнер; вера в идеалы; стойкость; обаяние; мужество; юбилей; литературное наследие.

## FRANTIC VERA (TO THE 170<sup>th</sup> ANNIVERSARY OF VERA NIKOLAEVNA FIGNER)

© Alexander P. Shcherbo

The Medical Center of the corporation «Petersburg Music Industry». Gorokhovaya str., 6. Saint-Petersburg, Russia, 191186

**Contact information:** Alexander P. Shcherbo — RAS, Prof., MD, PhD, Deputy Director General for Scientific Work.  
E-mail: ashcherbo@yandex.ru

Received: 07.06.2022

Revised: 05.09.2022

Accepted: 30.09.2022

**ABSTRACT:** The article attempts to touch on the complex destinies of two prominent representatives of public life and medicine of pre- and post-revolutionary Russia — Z.G. Frenkel and V.N. Figner. Each of them lived a long life, not without difficulty finally found one's own place in the life of Soviet Russia, and left behind a significant intellectual legacy. Academician of the Academy of Medical Sciences of the USSR Z.G. Frenkel — in the field of public medicine, V.N. Figner — in an essential literary work, which reflects her dramatic path as a member of the Central Committee of

the «Narodnaya Volya» party. In connection with the 170<sup>th</sup> anniversary of her birth, the memoirs of contemporaries about this extraordinary and purposeful woman, her role in the revolutionary movement, and her unique personal qualities are presented. There is a lot of literature about the «Narodnaya Volya» party, and about Vera Figner in particular. This article does not pretend to make any significant contribution to this extensive bibliography; the author aims at these jubilee days only to remind the reader of an extraordinary person who left bright and ambiguous mark in the history of our country.

**KEY WORDS:** Vera Figner; faith in ideals; perseverance; charm; courage; anniversary, literary heritage.

Долго и, в общем, безуспешно искал живое и точное прилагательное, выразительный эпитет к имени Вера, что в заглавии. Не вообще, а только для Имени мятежного лидера народо-вольцев Веры Фигнер (рис. 1). Чтобы такое определение, в возможно полной мере, отражало бы её сущность, её **веру**, её характер, её главную черту — стержень, туго натянутую тетиву, струну её натуры, как в смысле высокого звучания, так и во всех прочих смыслах, включая её неколебимый жизненный вектор. И что определило всю её исполненную драматизма долгую жизнь.

Словари подсказывают, что «неистовый» — это находящийся в состоянии неистовства, иступления, несдержанный в проявлении своих чувств. Александр Сергеевич, к примеру, в «Руслане и Людмиле», ярко формулировал так: «И вдруг, неистовый, ужасный, стремится вить по садам, Людмилу с воплем призывает, с

холмов утесы отрывает, всё рушит, всё крушит мечом...». Ну, и тому подобное.

Нет, это, пожалуй, не про Веру Николаевну. Хотя... Как не вспомнить беспрецедентное по жестокости убийство Императора под воительством двух фурий — Перовской и Фигнер. Воистину «...с холмов утёсы отрывает...».

Другое толкование всё же поближе: неистовый — чрезвычайно сильный в своём проявлении, например, неистовый порыв, неистовое упорство. Вот такую природу личности и мировоззрения Веры Николаевны попробуем здесь прокомментировать. Не ставя при этом задачи планомерного изложения её биографии — в литературе и в сети она представлена широко и, порой, что неудивительно, с весьма крайних точек зрения.

Некоторая часть моих публикаций посвящена одному из предшественников по хлопинской кафедре ГИДУВа довоенных лет академику АМН СССР Захарию Григорьевичу Френкелю. В главной из них была небольшая глава о Вере Фигнер, поскольку Захар Френкель, тогда ещё не академик, а всего лишь член ЦК партии кадетов, в переломные для страны годы был с нею знаком. В названии этой главы издатель допустил опечатку, единственную на всю 584-страничную монографию, и поэтому особенно досадную [8]. Вместо «Вера Фигнер» стояло «Вара Фигнер», отчего всякий раз при передаче кому-либо книги приходилось «неправильную» букву подчищать и исправлять. При этом понятно, наталкивался на имя мятежницы и в очередной раз пытался вспомнить, что же я знаю об этом человеке, кроме того, что написал в книге в 2009 году.

Так было и на этот раз; как и все, я помнил, что Веру Николаевну советская власть не очень-то жаловала: с одной стороны, она боролась с проклятым царизмом, с другой — возмутительно прохладно отнеслась к октябрю 17-го, чего никогда не скрывала. Во всяком случае, в школьной программе 50–60-х, когда я учился, среди декабристов, разбуженного ими Герцена, а также Чернышевского и Перовской с Желя-



Рис. 1. Вера Николаевна Фигнер

Fig. 1. Vera N. Figner

бовым, Вера Фигнер особенно не звучала. Упоминалась как-то вскользь. Может быть потому, что перечисленные граждане не дожили до октябрьской революции и не успели выразить к ней своё отношение. А две Веры, вспомним и Засулич, дожили и сформулировали.

Глянул год рождения Веры Николаевны — ба, 1852-й! Значит, в этом году 170 лет со дня её рождения. Любопытно, кто нынче, кроме нашего журнала, вспомнит об этом «полукруглом», но достойном юбилее.

В сложных судьбах Френкеля и Фигнер прослеживается и некоторое сходство. Их жизнь протекала в двух контрастных эпохах, правда, Вера Николаевна была старше на 17 лет, и более значительный, 65-летний отрезок её 90-летней жизни пришёлся на время империи. Столетняя жизнь Захара Френкеля распределилась по эпохам почти поровну.

Но это арифметика, которая мало что значит. Важнее то, что к октябрю 1917-го наши герои пришли давно сложившимися гражданами России, с бескомпромиссной политической позицией в отношении царского режима, радикальность которой, правда, была далеко не одинаковой. Оттого и их преследование царизмом было категорически разным: Захар Григорьевич, будучи депутатом самой первой Государственной Думы, за подписание Выборгского воззвания в 1906 году, «отделался» всего несколькими месяцами тюрьмы, тогда как Вера Николаевна за убийство царя в 1881-м, выслеженная двумя годами позже, была приговорена к повешению, заменённому через несколько дней пожизненной каторгой.

Сходство судеб и в том, что после Октября как Вере Николаевне, так и Захару Григорьевичу, с их биографиями и неприятием октябрьского переворота, надо было ещё как-то выжить. Невероятно, но это им удалось. Конечно, ценой тяжёлых переживаний и вынужденного внутреннего компромисса. Не забудем, кстати, что оба наши героя были не только общественными деятелями, но и медиками: за плечами Захара был Дерптский университет, который он окончил в 1896 году, правда, без особого блеска; у Веры — почти завершённый врачебный курс Цюрихского и Бернского университетов и, позже, фельдшерская школа ещё в дореволюционной России.

Заметим, что до врачебного диплома Вере оставался один семестр; она мучительно решала: завершать образование или немедленно вернуться в Россию и присоединиться к единомышленникам в служении угнетённому народу. Пожертвовав благополучным браком с

Алексеем Филипповым, который учился вместе с ней, в 23 года Вера вернулась в Россию. Через год, в 1876-м, она успешно сдала экзамены на диплом фельдшера. Несколько лет, под постоянным давлением и надзором, Вера совмещала подпольную работу с фельдшерской практикой в глубинке Саратовской губернии. Этот её «врачебный» период продолжался до 1879 года, когда она перешла на нелегальное положение и покинула губернию. До динамитных бомб 1881 года оставалось совсем немного...

1 сентября 1917 года, после разгрома Корнилова, Временное правительство провозгласило образование Российской Республики. До формирования нового кабинета была создана Директория из пяти членов: А.Ф. Керенский, М.И. Терещенко, А.М. Никитин, генерал А.И. Верховский и адмирал Д.Н. Ведеревский. Все они вошли в третьёе, и последнее, коалиционное правительство, которое сформировал А.Ф. Керенский 25 сентября.

3 сентября в «Известиях» сообщалось о «Созыве в Петрограде съезда всей организованной Демократии в России для создания сильной революционной власти, способной объединить всю революционную Россию для отпора внешним врагам и для подавления всяких покушений на завоёванную свободу». 14–22 сентября такой съезд, названный Всероссийским Демократическим совещанием (1582 делегата), состоялся и принял решение о создании Временного Совета Российской Республики — Предпарламента из 555 человек. В Совет, среди других представителей конституционных демократов, был избран и Захар Френкель.

В Предпарламент вошла и Вера Фигнер, уже 65-летняя, за плечами которой было двадцать лет Шлиссельбургской одиночки. Для понимания её характера, а также природы тех драматических событий, — «почему всё случилось так, как случилось», — приведём письмо Веры Николаевны двоюродной сестре Н.П. Куприяновой, которое она написала ещё 21 сентября во время работы Демократического совещания: *«Все утомлены фразой, бездействием, и вязнем безнадежно в трясине наших расхождений. Только большевики плавают, как цука в море, не сознавая, что своей необузданностью и неосуществимыми приманками тёмных масс постыдно предают родину немцам, а свободу — реакции. Ни у кого нет и следа подъёма благородных чувств, стремления к жертвам. У одних потому, что этих чувств и стремлений у них вообще нет, а у других потому, что они измучены духовно и телесно, подавлены*

величиной задач и ничтожеством средств человеческих и вещественных для выполнения их. У меня лично, конечно, от того, что в прошлом был громадный, тяжёлый опыт, разбивший бесполезные иллюзии относительно духовного облика средних людей, — с самого начала не было радостного возбуждения, великого чаяния, что свобода будет водворена без тяжких потрясений, а Россия не раздавлена несчастной войной» [4].

Позже Вера Николаевна вспоминала: «Я была членом Предпарламента, оценивала его, как говорильню, которую стоит уничтожить, тем не менее, когда пришли солдаты с приказом очистить Мариинский дворец, я чувствовала себя глубоко униженной и была в числе меньшинства, голосовавшего за то, чтобы не расходиться и быть удалёнными силой. Роспуск Учредительного собрания<sup>1</sup> был новым унижением заветной мечты многих поколений и наивно-го благоговения веривших в него масс...» [2].

Вот такое живое слово Веры Николаевны и людей, которые её знали, представляется более важным сегодня, чем многие работы знатоков и интерпретаторов революционного движения в России, а также личности, образа и характера В.Н. Фигнер. Невозможно при этом уйти от соблазна вспомнить хотя бы несколькими словами впечатления о ней Викентия Вересаева, когда-то делившего с Захаром Френкелем комнату в общежитии Дерптского университета. Вересаев и Фигнер познакомились накануне Февральской революции, когда в московском литературно-художественном кружке Вера Николаевна читала свои воспоминания: «На чтении, сколько я помню, присутствовали В.Я. Брюсов, И.А.<sup>2</sup> и Ю.А. Бунины, Б.К. Зайцев, А.С. Серафимович, Н.Д. Телешов, А.Н. Толстой, И.С. Шмелёв и др. Один из товарищей, впервые увидевший Веру Николаевну, был изумлён безмерно:

— Я думал, увижу косматую, безобразную нигилистку, с грязными ногами, размахивающую руками, и вдруг, — какая красота, какое изящество!

И правда: ей было за шестьдесят лет, но и теперь она поражала сдержанно-гордой, властной красотой и каким-то прирождённым изяществом. Что же было, когда она была молода!» [3].

<sup>1</sup> После Предпарламента (сентябрь-октябрь 1917-го) В.Н. Фигнер была избрана и членом Учредительного собрания, которое было разогнано в январе 1918-го.

<sup>2</sup> Иван Алексеевич, который собратьев по перу не щадил, о публицистике Веры Николаевны однажды заметил: «Вот у кого нужно учиться писать».



Рис. 2. Воронихин А.В. Вера Николаевна Фигнер. Взгляд на женщину русских революций из XXI века. Обложка книги

Fig. 2. Voronikhin A.V. Vera Nikolaevna Figner. A look at the woman of the Russian revolutions from the XXI century. Book cover

В. Вересаев вспоминает фотографию Веры Николаевны 1883 года, которая была сделана для Александра III после её ареста (современный биограф В.Н. Фигнер Андрей Воронихин вынес этот портрет на обложку своей недавней книги [4], рис. 2): «Невозможно себе представить более трагического лица. Но невозможно представить и более трагического положения, вызывавшего такое лицо... 10 февраля 1883 года, преданная Дегаевым, Фигнер была арестована. Тут и была снята с неё фотография, о которой я упомянул. Изумительный портрет по глубочайшей, безысходной трагичности прекрасного лица. И когда смотришь на этот портрет, как смешон становится трагизм разных Федр и Медей, леди Макбет и Дездемон! Мелкие любовные делишки, мелкая месть, своекорыстные преступления. А здесь... Фигнер вспоминает: “Революционное движение было разбито, организация разрушена, исполнительный комитет погиб до последнего человека. Народ и общество не поддержали нас. Мы оказались одиноки...”

Веру Фигнер судили. Суд приговорил её к смертной казни. Через восемь дней объявили, что государь император всемилостивейшее изволил заменить ей смертную казнь каторгой

без срока. Надели на неё пропитанный потом, несоразмерно большой арестантский серый халат с жёлтым бубновым тузом на спине и отправили в Шлиссельбургскую крепость. Там она пробыла в одиночном заключении двадцать два года» [3].

А вот некоторые другие свидетельства. Сора́тник Веры, народоволец И.И. Попов, так писал о ней: «С конца 1881 года имя В.Н. Фигнер уже было достоянием широких кругов общества и было окружено особым ореолом. Для нас, примкнувших к революции, В.Н. явилась, я бы сказал, сверх-революционером. Много говорилось о её красоте, изяществе, воспитанности, уме, умении держать себя во всех кругах общества, не исключая аристократических. Как революционер, она являлась для нас идеалом, женщиной с железной волей, одним, а с 1882 г. единственным вождём и водителем партии «Народной воли», не желающим покидать Россию и обрекшим себя на служение народу» [5].

Лев Тихомиров, член Исполкома «Народной воли», а впоследствии — монархист (! — разные были народовольцы, как и упомянутый Вересаевым Сергей Дегаев<sup>3</sup>), отзывался о В.Н. более критично и, по мнению современников, вследствие радикальной переориентации, несправедливо: «Фигнер сама по себе очень милая и до мозга костей убеждённая террористка. Увлекала она людей много, больше своей искренностью и красотой. (Ах, Лев Александрович, ровесник Веры; отрекшись от «Народной воли», гордился, что ни с кем из соратников не сводил счёты. А перед смертью в 1923 году всё-таки успел обругать её книгу воспоминаний, дескать, недостаточно отобразила его борьбу с царизмом!) Но, собственно, она ровно ничего не смыслила в людях, в голове её был большой сумбур, и, как заговорщица, она хороша была только в руках умных людей (как А. Михайлов или Желябов). «Старые» деятели терроризма пришли бы в ужас от одной мысли, что Фигнер руководит делами. Она была незаменимая агитаторша. В полном смысле красавица, обворожительных, кокетливых манер, она увлекала всех, с кем сталкивалась. Между прочим, она принимала большое уча-

стие в создании петербургской военной организации. Но у неё было полное отсутствие конспиративных способностей. Страстная, увлекающаяся, она не имела понятия об осторожности, её близким другом сделался Дегаев, который впоследствии выдал её самым бессовестным образом» [2].

Лев Тихомиров, как кажется, здесь вполне искренен, отдаёт должное как очарованию Веры, так и её роли в создании и деятельности боевой организации народовольцев в Петербурге. Достаточно вспомнить детали подготовки к убийству царя: кое-кто из соратников предлагал перенести покушение вследствие недостаточной подготовки, но Вера, вместе с Перовской, настояла на первом марта. И всю ночь накануне трагедии, в подвале на Малой Конюшенной, вместе с Кибальчицем и парой друзей, лихорадочно собирала бомбы...

Активный участник событий тех дней Лев Тихомиров позже «пошёл другим путём». После убийства царя уехал в Швейцарию, потом во Францию; понаблюдав тамошнюю лукавую демократию, резко «переобулся» в монархиста, написав труд «Почему я перестал быть революционером». Император «отречение» оценил и в 1889 году разрешил вернуться в Россию. После 1905 года Тихомиров разработал любопытную, знакомую по нынешним временам, схему реформ системы, как он называл, «думской монархии». Он полагал, что «представительством могут пользоваться только гражданские группы, а не элементы антигосударственные, как ныне. В законодательных учреждениях не могут быть представительства ни от каких групп, враждебных обществу или государству...» [2].

По мнению современников, триумф революции был для Тихомирова, как монархиста и религиозного философа, каковым он стал на рубеже эпох, большим наказанием. От политики он отошёл, работал в Сергиевом Посаде делопроизводителем в школе, пенсии не было, жил скудно. В 1922 году, за год до смерти, попросил помощи у Комиссии по улучшению быта учёных; несмотря на сильно подмоченную репутацию Льва Александровича, просьбу поддержали оставшиеся в живых народовольцы Михаил Фроленко и Вера Фигнер...

Кстати, М. Фроленко, имя которого никогда не было «на слуху», тоже был членом исполкома «Народной воли», участвовал в подготовке убийства царя, был арестован и приговорён к смертной казни, заменённой каторгой. Сидел в Петропавловской крепости и, как и Вера, в Шлиссельбурге в общей сложности 24 года.

<sup>3</sup> Будущий профессор математики в США Александр Пелль. История Сергея Дегаева — невероятный сюжет, заслуживающий отдельной статьи. Да они и написаны и, даже, есть что-то в сюжетах Акунина. Стипендия доктора А. Пелля до сих пор вручается успешным студентам университета Ю. Дакоты. Как не вспомнить циника, «короля беспринципности» Талейрана: «Во время предать — это значит предвидеть».

Россию не покинул, после революции был в составе «Общества бывших политкаторжан и ссыльнопоселенцев», вместе, как значится во многих источниках, с Верой Фигнер и другими видными участниками революционного движения. Михаил Фёдорович умер в 1938 году в возрасте 89 лет. Примечательно, что за два года до кончины вступил в ряды ВКП(б).

На самом деле Вера Николаевна не была членом Общества политкаторжан, и это ещё один яркий штрих к её необыкновенному нравственному портрету.

Знатный партиец с нарочито сермяжным псевдонимом Емельян Ярославский, поздравляя Веру Николаевну от имени Общества с 80-летним юбилеем 7 июля 1932 года, писал: «*О том, что Вы не состоите членом нашего общества, я с изумлением и огорчением узнал только сегодня, в день Вашего юбилея... Кроме того, я выражаю уверенность, что Вы, подобно всем нашим товарищам, вступите в члены Общества б. политкаторжан и ссыльных.*»

Через десять дней В.Н. ответила блестящим документом, актуальным и сегодня, который не могу не привести полностью:

*«Ваше извещение от 8.VII привело меня в смущение и побуждает объяснить вам, почему до сих пор принципиально я не вступила в О-во.*

*1). Я принципиальная противница смертной казни и дважды вместе с некоторыми старыми товарищами по революционному движению подавала во ВЦИК петицию об отмене ее.*

*Между тем О-во, втянутое в политику, ставится иногда в необходимость высказаться по поводу применения этой репрессии и, увы, выражает одобрение применению ее.*

*2). Не зная современного метода политического расследования дел, в которых на карте стоит свобода и жизнь человека, не зная, чем вызываются признания подследственных виновности своей при полном отсутствии ее, О-во, втянутое в политику, ставится в необходимость давать резолюцию, одобряющую деятельность ГПУ, и, увы, дает одобрительную санкцию.*

*3). Следуя тому, что делается в правительственных учреждениях, О-во, втянутое в политику, производит “чистку”, употребляя недопустимое вторжение во внутреннее “я” человека, и практикует то, что возмущает всех мыслящих людей унижением человеческой личности, — вместо того, чтобы поднять свой голос против этого метода контроля, противоречащего всей нашей прежней революционной этике.*

*4). Втянутое в политику О-во, как все русские граждане, стремившиеся к свободе, гражданскому и социальному равенству, терпят неравенство, имея монопольную политическую фракцию и подъяремное большинство, именуемое беспартийным. Положение этих двух сторон я считаю ненормальным и для составляющих большинство — унижительным.*

*...Находясь официально вне О-ва, я всегда чувствовала тягость своего положения: революционная среда — моя родная среда. С О-вом, с совокупностью его членов я связана неразрывными узами, связана всей жизнью, жизнью революционера и жизнью человека.*

*Со стороны товарищей — членов О-ва я всегда видела хорошее, теплое отношение: мне было приятно слышать, когда с особенным чувством кто-нибудь говорил: “Наша Вера Николаевна”.*

*...Я пишу вам все это, руководствуясь единственно тем, что не могу и не хочу получить знак доверия и почта воровским способом. Судите сами!*

*У меня же нет ни мелкого тщеславия, ни мелкого честолюбия.*

*Вера Фигнер» [2].*

Приведённое письмо, — «живой» голос уже 80-летней Веры Николаевны, — свидетельство принципиальной позиции, бесстрашия и красоты натуры, пронесённых через все невзгоды и разочарования. Несколько смущает, правда, её праведный взгляд на смертную казнь — взгляд убийцы царя, что называется, «без суда и следствия». Но вернёмся в застенки, в её двадцатилетний Шлиссельбург 1883–1904 годов.

Шлиссельбургская крепость — тюрьма на 40 камер, предназначенная для особо опасных политических заключённых, была известна строжайшим режимом, без каких-либо посещений; на каждого узника приходилось по 25 солдат охраны во главе со свирепыми надзирателями. По свидетельству современников, заключение здесь Александр III считал страшнее смерти.

Тюремщики часто повторяли, что из Шлиссельбурга не выходят, а выносят. Суть режима убедительно выразил один из самых жестоких надзирателей по фамилии Соколов, по прозвищу Ирод: «*Если прикажут говорить заключенному “ваши сиятельство”, буду говорить “ваши сиятельство”. Если прикажут задущить, задущу» [7].* В самом деле, в крепости с 1884 по 1906 год казнили 13 человек, умерли 15 человек, трое покончили жизнь самоубийством и 5 человек сошли с ума.

Тридцатилетнюю Веру поместили в камеру № 26. Во втором томе воспоминаний «Когда

часы жизни остановились» она описывает смятение самых тяжёлых первых дней: «...мужайся, Вера, и крепись; вспомни весь народ русский, как он живет; вспомни всех обездоленных мира; вспомни подавляющий труд, жизнь без света радости; вспомни унижение, голод, болезнь и нищету!..

...Будь тверда! Не плачь, что у тебя отняли мать, которую не отнимают у гнусного растлителя и корыстного убийцы... Не плачь о неудачах борьбы, о погибших товарищах... Не плачь над развалинами, которые покрыли поле твоей жизни!..

...Не бойся! Не бойся! В этой таинственной тиши, за этими глухими камнями невидимо присутствуют твои друзья. Не одной тебе здесь тяжело, тяжело и им... Ты не одна... ты не одна!» [7].

...Потекли дни, недели, месяцы, годы. Ка-торга «без срока». Человек привыкает ко всему. Вера и здесь среди сидельцев приобрела удивительный авторитет. Уже в начале нового XX века тюрьму инспектировал представитель Министерства внутренних дел полковник Каи-ров, — беспощадно вскрывал нарушения режима; при этом Вере Николаевне посвятил в рапорте специальный пункт:

*«Арестантка № 11 составляет как бы культ для всей тюрьмы, арестанты относятся к ней с величайшим почтением и уважением, она, несомненно, руководит общественным мнением всей тюрьмы, и её приказания все подчиняются почти беспрекословно; с большой уверенностью можно сказать, что проявляющиеся в тюрьме протесты арестантов в виде общих голодовок, отказывания от гуляний, работ и т.п. делаются по её камертону»* [2].

...В литературе о В.Н. есть некоторые расхождения — 20 или 22 года провела она в тюрьме. Всё просто: после ареста, до двадцатилетнего заключения в Шлиссельбурге, она почти два года ждала суда в Петропавловской крепости.

...Спустя несколько недель после ареста в камеру в Трубецком бастионе «вошёл высокий пожилой жандармский генерал с лицом довольно красивым и симпатичным». Тонко чувствующая слово Вера Николаевна не случайно, думаю, поставила рядом эти два эпитета, которые в таком соседстве выглядят как-то неловко. Но, в самом деле, красивый человек может быть и вовсе несимпатичным. Несмотря на принятую после развода с Филипповым революционную аскезу и тюремную обстановку, Вера молода, хороша собой и чувствует собеседника...

Генерал представился и сообщил, что ему поручено расследование политической пропа-

ганды в войсках империи. Надо признать, что среди народовольцев было немало блестящих офицеров, решительно не принимавших самодержавный строй. «Он взял мою руку и, несмотря на сопротивление, поцеловал её. “Вы хороший человек, — сказал он. — Ваше несчастье, что, выйдя замуж, вы не имели детей”». Вера Николаевна никак не комментирует это заявление генерала, назвав его лишь «оригинальным вступлением», а, между тем, оно, как мне кажется, является одним из ключевых, скажем так, холодных кристаллов её горькой женской судьбы.

На вопрос В.Н. о масштабах будущего процесса, каким его видит генерал со столь широкими полномочиями, гость ответил: «Нет, создавать большого дела я не намерен, суду будут преданы лишь самые деятельные». В.Н. замечает, что генерал сдержал слово. Завершая визит, генерал заметил, что он не сторонник существующей системы, что любит свободу, но политическим убийствам не сочувствует: «Я понимаю борьбу на баррикадах, но не удар кинжалом из-за угла» [6].

Здесь, в Трубецком бастионе, Вера узнала о предательстве Дегаева: ей показали его рапорты, переплетённые полицией в отдельную тетрадь. Это был неожиданный и страшный удар. На его фоне поблекли даже письменные раскаяния некоторых народовольцев-офицеров, с которыми её одновременно познакомили. О провокаторе она писала: «Это был не провинциальный офицер, окружённый уездной серенькой средой, неопытный и никогда не бывавший в лапах полиции. Он четыре года действовал на революционном поприще среди отборной группы товарищей... и имел совершенно определённую политическую репутацию... Испытать такую измену значило испытать ни с чем не сравнимое несчастье...» [6].

Дегаев, как сегодня видится, не был профессиональным провокатором, систематически ведущим двойную игру, как позже Азеф. Скорее он не был и банальным отступником, предателем (хотя, конечно, был), но он был игрок, судя по его американской карьере — талантливый; «делал свои ставки» в зависимости от конъюнктуры момента и расклада сил. Ставки были невероятно высоки, но он, увы, выиграл.

Вера Николаевна вспоминает: «Мне хотелось умереть. Хотелось умереть, а надо было жить. Я должна была жить, жить, чтобы быть на суде — этом заключительном акте деятельности активного революционера. Как член Исполнительного комитета, я должна была сказать своё слово — исполнить послед-

ний долг, как его исполняли все, кто предварил меня. И, как товарищ тех, кого предал Дегаев, я должна была разделить до конца участь, общую с ними» [6].

Речь Веры Николаевны на суде, её последнее слово, — несколько страниц убористого текста, — невероятно цельная убедительная вещь, — безупречная логика, ничего лишнего, ровный, полный достоинства стиль — её надо читать собственными глазами, пересказывать — вздор. Недаром потом она распространялась как талантливая прокламация революционеров. Ограничусь лишь двумя-тремя заключительными фразами: *«Моя предыдущая жизнь привела меня к убеждению, что единственный путь, которым данный порядок может быть изменен, есть путь насильственный. Мирным путем я идти не могла: печать, как известно, у нас не свободна, так что думать о распространении идей посредством печатного слова невозможно... Собственно, я не придаю практического значения тому, стоит ли у нас в программе республика или конституционная монархия...»*

*Я считаю самым главным, самым существенным, чтоб явились такие условия, при которых личность имела бы возможность всесторонне развивать свои силы и всецело отдавать их на пользу общества. И мне кажется, что при наших порядках таких условий не существует»* [6].

Каким был приговор 28 сентября 1884 года, мы уже знаем.

О безупречном авторитете тридцатилетней Веры не только у соратников, но в среде охраны, и даже о некотором, скажем так, благородстве в отношении известной узницы и осуждённых «господ офицеров», говорит и такой, исполненный, если хотите, античной трагедии факт. После суда, ещё до «помилования» двенадцати осуждённых из четырнадцати, к ней в камеру пришёл смотритель дома предварительного заключения, морской офицер в отставке.

*«— Военные, приговоренные к смертной казни, решили подать прошение о помиловании, — сказал он. — Но барон Штромберг колеблется и просил узнать ваше мнение, как поступить ему: должен ли он ввиду желания товарищей тоже подать прошение или, не примыкая к ним, воздержаться от этого?»*

*— Скажите Штромбергу, — ответила я, — что никогда я не посоветую другим делать то, чего ни при каких условиях не сделала бы сама.*

*Смотритель с укором глядел мне в лицо.*

*— Какая вы жестокая! — промолвил он»* [6].

Из шести осуждённых офицеров были казнены двое: Александр Павлович Штромберг, лейтенант флота 30-ти лет и Николай Михайлович Рогачёв, артиллерийский поручик, дворянин 28-и лет; повешены в Шлиссельбурге 10 октября 1884 года.

\* \* \*

...Сочиняя эти эмоциональные, полные симпатии и сочувствия героине, несистематические заметки, ничего не могу с собой поделывать: смотрю на Веру Николаевну глазами влюблённого в неё Вересаева, которого почитаю со студенческих «медицинских» времён. При этом, пересказывать классика — дурной тон, потому ничего не остаётся, как опять цитировать. В своих воспоминаниях Викентий Викентьевич горяч, страстен, можно сказать, пылок, хронологии не придерживается: эпизоды двадцатых годов прошлого века перемежаются с дореволюционными, и наоборот. (Так невольно и у меня здесь, в этих заметках.) *«Она невысокого роста. Губы решительные, властные, во всём что-то благородно-соколиное. Но иногда при разговоре вдруг брови поднимаются, как у двенадцатилетней девочки, и всё лицо делается трогательно-детским. Но какая красота! Какая красота!»* [3].

Вересаев, знавший в женщинах толк, как было отмечено, познакомился с В.Н. в 15–16-х годах, следовательно, его восторги, которым у нас нет оснований не доверять, относятся ко времени, когда В.Н. была уже отнюдь не юна. И тем не менее: *«Какая красота!»*. Невольно увлекаешься вместе с ним.

Опять-таки вместе с ним возвращаемся в Шлиссельбург, где В.Н. год за годом поддерживает не только интеллектуальный тонус (*«...если я писательница, то меня сделал ею Шлиссельбург»*), но и физическую форму: вышагивает по крохотной камере из угла в угол, как отмечает её биограф Элеонора Павлюченко, *«до десяти вёрст в день»*. Вересаев останавливается на эпизодах, когда В.Н. с товарищами (переступиваясь<sup>4</sup>) объявляли голодовку. Некоторые, в отличие от Веры, не выдерживали и, что называется, сходили с дистанции. Спортивная метафора, увы, не вполне уместная, но точная.

В другой раз, уже не рассчитывая на стойкость союзников, голодала одна: *«В объяснении с офицером-смотрителем она сорвала с*

<sup>4</sup> Это был специальный, примитивный, но понятный тюремный код. Хотя азбука Морзе, её русский вариант, в России уже была известна. Но узникам было не до её освоения.

*него погоны* (выделено мной, — под угрозой причитающейся ей за это бессудной казни! — А.Щ.), — *величайшее для офицера бесчестие, — чтобы её судили и там она бы могла рассказать о всех незаконных притеснениях, чинимых над ними. Несколько месяцев она жила в ожидании суда с неминуемо долженствовавшей последовать смертной казнью. Но дело предпочли замять*» [3].

Буквально на следующей странице Вересаев приводит эпизод уже из 20-х годов, когда В.Н. подарила ему только что вышедшую книгу «Запечатленный труд». Это 1921–1922 год: *«Позвольте, например, узнать, — вы этого в своей книге не объясняете, — почему товарищи называли вас “Топни ножкой”?»*

*Вера Николаевна засмеялась.*

*— Потому что у хорошеньких женщин есть привычка топтать ножкой.*

*Ну, разве от одной этой подробности образ “стальной революционерки” Веры Фигнер не становится живее, ближе и милее?»* [3].

Сердечно присоединяемся.

\* \* \*

Шестеро детей в семье Николая Александровича Фигнера и Екатерины Христофоровны, урождённой Куприяновой — дочери крупного помещика, уездного судьи Христофора Петровича Куприянова. Суровый и строгий отец семейства был выходцем из дворянского рода лифляндских немцев принадлежал, по некоторым источникам, к боковой ветви Героя Отечественной войны 1812 года, полковника русской армии, одного из создателей партизанского движения Александра Фигнера (1787–1813). Молодой полковник был беспощадным и жестоким к врагу воином, первоклассным командиром, изобретательным разведчиком, и погиб в бою уже на вражеской земле. Как знать, возможно, его впечатляющие черты передались и потомкам.

Вера была старшей из детей; после неё родились три сестры и два брата. В книгах Веры Николаевны и других многочисленных источниках подробно описаны их незаурядные судьбы, всегда можно познакомиться.

Подчеркнём лишь одну неожиданную для непосвящённых деталь: все четыре сестры, — слабый пол, — стали народовольцами, узниками режима, ссыльными, подвергались репрессиям той или иной меры жестокости.

А братья... С ними не так. Старший, Пётр (1855–1916), стал выдающимся горным инженером, руководителем горных и металлургических предприятий России, талантливым радио-

нализатором литейного дела, крупным предпринимателем, статским советником. Правда, поначалу, будучи студентом Горного института в столице, был замечен в некотором вольнодумстве, и, даже ненадолго арестован за участие в студенческих волнениях. Вторым и, насколько известно, последним эпизодом его революционной деятельности был арест в 1879 году за причастность к кружку, близкому к «Земле и воле».

Пётр Николаевич, как видим, сделал изрядную карьеру, был награждён орденом св. Станислава; в браке с супругой Анной Ивановной детей не нажил, умер всего 60 лет в 1916 году. Несмотря на яркую и противоправную революционную деятельность родных сестёр, особенно Веры, карьера и личная жизнь Петра Николаевича не пострадали.

В ещё большей степени это касается и брата Николая — двумя годами младше Петра (1857–1918), который стал выдающимся оперным певцом. Однако, опять-таки, несмотря на более чем неоднозначные семейные обстоятельства, связанные с активностью родных сестёр, Николай Николаевич в 1887 году стал солистом Императорских театров, в 1895-м получил официальное звание Солиста Его Величества, с 1912 года был уже действительным статским советником (по военной таблице — генерал-майором). Надо признать, что хлопотам Николая Николаевича и их матери Екатерины Христофоровны Вера Николаевна обязана заменой её вечной каторги на 20-летний срок и освобождением из Шлиссельбурга в 1903 году. Правда, мама Веру из тюрьмы не дождалась...

\* \* \*

После Шлиссельбурга Вера Николаевна напряжённо искала своё место в общественной жизни и дальнейшей борьбе. В рядах эсеров, после знакомства с Савинковым в 1907 году, она состояла недолго, до разоблачения в 1908 году главы их боевой организации, профессионального провокатора Евно Азефа. Она до конца, в силу своей чистоты и доверчивости, а, может, и некоторой упёртости, не верила в его предательство, как и в давнем, трагичном для неё, случае с Сергеем Дегаевым. Марк Алданов в очерке «Азеф» представил все детали разоблачения провокатора публицистом В.Л. Бурцевым. Состоялось 18 заседаний суда чести эсеров, и даже после 17-го Вера Николаевна, выходя, сказала Бурцеву: *«Вы ужасный человек, вы оклеветали героя, вам остаётся только застрелиться!»*. Бурцев тогда ответил:

«Я и застрелюсь, если окажется, что Азеф не провокатор!..» [1].

Оставаться вне борьбы, вне какой-либо реальной политической силы, Вера Николаевна, видимо, не могла. Некоторые источники говорят о том, что в канун революции она была близка к партии Конституционных демократов, членом ЦК которой был Захар Френкель. И даже баллотировалась в Предпарламент (предтечу Учредительного собрания) от партии кадетов.

На выборах в I Думу уверенную победу одержала партия конституционных демократов — 34,1% всего состава Думы (153 мандата); позже их фракция увеличилась на 20–25 человек, — к ним присоединились беспартийные кандидаты, разделявшие взгляды кадетов.

Несмотря на то что кадеты, по разным причинам, к 1917 году изрядно растеряли свой авторитет, их политические установки, видимо, оставались близкими к взглядам Веры Николаевны, что обусловило её позицию в период выборов в Предпарламент. На предыдущих страницах, приводя прямую речь В.Н., мы уже коснулись её отношения к драматическим событиям лета и осени 17-го. А теперь чуть подробнее.

Февральскую революцию Вера Николаевна встретила с нескрываемым энтузиазмом. Уже 28 февраля она выступала на большом собрании делегатов, избранных от российского Красного Креста, политкаторжан, ссыльнопоселенцев, и Шлиссельбургского комитета. Собрание сформировало Комитет помощи политкаторжанам во главе с В.Н. Фигнер и её заместителем Ольгой Львовной Керенской<sup>5</sup>.

В недолгие, увы, месяцы Февральской революции уже не столь молодая Вера Николаевна была невероятно популярна и практически ежедневно пребывала в гуще событий. В автобиографии 1926 года она вспоминала, что только публичных выступлений было шестьдесят...

При этом у неё не было особенной эйфории. Даже наоборот, появилась некоторая настроенность; припомним письмо двоюродной сестре Н.П. Куприяновой, которое процитировано в начале статьи: «У меня лично <...> с самого начала не было радостного возбуждения, великого чаяния, что свобода будет водворена без тяжких потрясений...». Обратим внима-

ние, что В.Н. писала эти строки не после Октября, когда всё было ясно, а, — скажем возвышенно, — в Дни Надежды...

Автор недавней научной биографии Веры Николаевны А.В. Воронихин в своей книге перечисляет некоторые выступления В.Н. в разных аудиториях вместе с Керенским, Плехановым, Милюковым, Горьким, Маяковским и другими яркими фигурами [4]. Он также цитирует воспоминания посла Франции в России Мориса Палеолога (француза румынских кровей) о крупном собрании «общественности» в Мариинском театре 7 апреля. Приведём некоторые впечатления француза, они стоят того: «...интерес всего зала сосредоточен на большой императорской ложе. Тут Морозов, Лопатин, Вера Фигнер, Вера Засулич и пр. Концерт начинается “Марсельезой”, которая теперь сделалась русским гимном... Затем длинная речь министра юстиции Керенского. Искусная речь; ...дикция резвая, отрывистая; жест резкий, неожиданный, повелительный...

Шёпот симпатии и какого-то благоговения проносится по залу: какая-то безмолвная овация. Это Вера Фигнер появилась на сцене, на месте дирижёра оркестра. Очень простая, с гладко причёсанными седыми волосами, одетая в чёрное шерстяное платье, с белой косынкой, она похожа на знатную старую даму. Ничто не обнаруживает в ней страшной нигилистки, какой она была некогда, во время своей молодости. <...> Тоном спокойным, ровным, без малейшего жеста, без малейшего повышения голоса, в котором бы промелькнула резкость или напыщенность, горечь злопамятности или гордость победы, она поминает бесчисленную армию всех тех, кто безвестно пожертвовал жизнью для настоящего торжества революции, кто анонимно погиб в государственных тюрьмах и на каторге в Сибири. <...>

Последние фразы, произнесённые более медленно, имеют непередаваемый оттенок грусти, покорности, жалости. Может быть, одна только славянская душа способна на такой резонанс. <...> Большинство присутствующих плачут...»<sup>6</sup> [4].

\* \* \*

Октябрь 17-го биограф А.В. Воронихин, уже в наши дни, вслед за советскими интерпретаторами,

<sup>5</sup> Более чем драматическая судьба Ольги Львовны, оставшейся после Октября в России без средств, с двумя сыновьями и, позже, за границей, после развода с Александром Федоровичем Керенским, заслуживает отдельного повествования.

<sup>6</sup> Удалось найти эту речь Веры Николаевны. Борюсь с искушением привести её здесь целиком — это торжество достоинства и интеллекта. Но это не для статьи, и так пересыщенной цитатами. Надо писать книгу.

всё ещё называет Великой Октябрьской социалистической революцией, которую героиня его книги, как он пишет, «не приняла». Ближе к истине формулирует сама В.Н., слова которой автор тут же и приводит: «Переворот 25 октября ст.ст., которым началась наша социальная революция, и всё последовавшее затем, я пережила крайне болезненно», — запишет она в 1926 году [4].

Так или иначе, надо было жить. И, зная нашу послереволюционную историю, что греха таить — выживать. Как говорит нынче наш известный публицист (что справедливо), себя цитировать негоже. Но всё же рискну, поскольку судьбы академика Френкеля и В.Н. в исторических вехах довольно близки, особенно на осеннем переломе 17-го года. О Френкеле тех дней в главе «Лихолетье» в 2009-м я писал: «Послереволюционная часть воспоминаний Захара Григорьевича озаглавлена нейтрально: “Научно-педагогическая деятельность в советские годы”, и изложена, как кажется, уже на ином уровне эмоциональности, в каком-то другом психологическом регистре, отличном от характера описания, теперь уже прошедшего, — времени больших надежд.

Сегодня можно только предполагать, что чувствовал З.Г. Френкель с его десятилетиями сложившимся, истинно демократическим мировоззрением, плодотворными, но нереализованными идеями земского самоуправления — актуальными, но не востребованными и сегодня, — что было в его душе после октябрьского переворота и в последующие годы советской власти. Бывший депутат Думы, один из руководителей партии кадетов, активный деятель Февральской революции, жёстко критиковавший большевиков — с таким политическим анамнезом после революции надо было ещё выжить. Захару Григорьевичу повезло» [8].

Вере Николаевне, если иметь в виду печальные исходы большинства старых революционеров, повезло тоже. Она нашла свою нишу в литературной<sup>7</sup> и общественной работе, пользовалась глубоким уважением соотечественников. И сохраняла редкую и рискованную независимость и верность своим идеалам; достаточно вспомнить приведённую ранее её дискуссию с Емельяном Ярославским.

В сети вокруг имени Веры Николаевны циркулирует яркая легенда, вполне способная

быть правдой; первоисточника найти не удалось. Будто бы, когда в 30-х годах тучи сгустились над её роднёй, В.Н. позвонила Сталину со словами: «Иосиф! Я отсидела в Шлиссельбурге 20 лет и думаю, что этого достаточно. Оставь мою семью в покое!», и вождь действительно оставил семью в покое... История красивая, что и говорить, но достоверность её, по ряду признаков, весьма сомнительная.

С этой легендой, иллюстрирующей авторитет героини, созвучен текст письма другого мученика идеи, хорошего писателя, несчастная короткая личная жизнь которого гораздо ближе моему поколению. Николай Островский писал Вере Николаевне 9 сентября 1933 года:

*«Хочу лишь одного, чтобы мое письмо перешло хотя бы частичку того глубокого чувства уважения и гордости за Веру Фигнер, переживаемого мной сейчас, когда мне читают Ваши книги.*

*Вам, наверное, много пишут, и мое письмо может затеряться в Вашей памяти. Я его пишу как привет...*

**Мне 29 лет. В прошлом я — кочегар. Не окончил начальную школу. Стал наемным рабочим с двенадцати лет. Пятнадцати лет вступил в Комсомол и в Революционную армию. Два года боев. Два тяжелых ранения, потеря глаза, тяжелая контузия. Затем опять мастерские, работа в комсомоле. С двадцать восьмого года я парализован, неподвижен, потерял последний глаз. Пять лет напряженной работы, и как результат, две книги о былом, о нашей мятежной юности. Я — один из Молодой гвардии большевиков. Железная партия воспитала нас. Мы — рожденные бурей...**

*Примите же этот горячий привет от одного из Ваших “партийных внуков”.*

**Залитое кровью бойцов знамя «Народной воли» — наше знамя.**

*Сжимаю Ваши руки. Н. Островский»* [2].

Выделенные мной строки изъятые из текста, помещённого в трёхтомник писателя, выпущенный в 1955 году. Это вмешательство в авторский текст значительно снижает уровень доверительности тёплого послания...

\* \* \*

Главу о В.Н. в книге о Френкеле я закончил так: «Да простит меня читатель — о Вере Фигнер надо писать другую книгу — да такие книги уже и написаны. Замечу лишь: когда в начале войны ей предложили эвакуироваться, и врачей тревожило, выдержит ли переезд почти не покидавшая постели девяностолетняя

<sup>7</sup> В 1929 г. все воспоминания В.Н. Фигнер, а также ее очерки, статьи и письма вышли отдельным изданием в шести томах, а в 1932 г. переизданы в семи томах. Мнение И.А. Бунина о её трудах мы уже знаем.

женщина, Вера Николаевна сказала: “*пусть заботятся о живых*”»...

Если эти слова тоже легенда, то она вполне в духе Веры Николаевны Фигнер — прекрасного мужественного человека, которого грех не вспомнить добрым словом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алданов М.А. Портреты. В 2-х томах. Т. 2. М.: Захаров; 2007.
2. Вера Николаевна Фигнер. Доступно по: <http://narovol.narod.ru/Person/figner.htm> (дата обращения 27.05.2022).
3. Вересаев В.В. Собрание сочинений в пяти томах. Т. 5. М.: Правда; 1961.
4. Воронихин А.В. Вера Николаевна Фигнер. Взгляд на женщину русских революций из XXI века. М.-Саратов: Common place; 2020.
5. Попов И.И. Революционные организации в Петербурге в 1882–1885 гг. В кн.: Народовольцы после 1-го марта 1881 года. М.: Изд. Всесоюзного общества политкаторжан и ссыльнопоселенцев; 1928: 49–80.
6. Фигнер В.Н. Запечатленный труд. Воспоминания в двух томах. Т. 1. М.: Изд. социально-экономической литературы «Мысль»; 1964.
7. Фигнер В.Н. Запечатленный труд. Воспоминания в двух томах. Т. 2. М.: Изд. социально-экономической литературы «Мысль»; 1964.
8. Щербо А.П. Захарий Григорьевич Френкель. Жизнь длиною в век. СПб.: Изд. СПбМАПО; 2009.

## REFERENCES

1. Aldanov M.A. Portrety. [Portraits]. V 2-kh tomakh. T. 2. Moskva: Zakharov Publ.; 2007. (in Russian).
2. Vera Nikolaevna Figner. [Vera Nikolaevna Figner]. Available at: <http://narovol.narod.ru/Person/figner.htm> (accessed 27.05.2022). (in Russian).
3. Veresaev V.V. Sobranie sochineniy v pyati tomakh. [Collected works in five volumes]. T. 5. Moskva: Pravda Publ.; 1961. (in Russian).
4. Voronikhin A.V. Vera Nikolaevna Figner. Vzglyad na zhenshchinu russkikh revolyutsiy iz XXI veka. [Vera Nikolaevna Figner. A look at the woman of the Russian revolutions from the XXI century]. Moskva-Saratov: Common place Publ.; 2020. (in Russian).
5. Popov I.I. Revolyutsionnye organizatsii v Peterburge v 1882–1885 gg. [Revolutionary organizations in St. Petersburg in 1882–1885]. In.: Narodovol'tsy posle 1-go marta 1881 goda. Moskva: Izd. Vsesoyuznogo obshchestva politkatorzhan i ssyl'no-poselentsev; 1928: 49–80. (in Russian).
6. Figner V.N. Zapechatlennyy trud. [Imprinted work]. Vospominaniya v dvukh tomakh. T. 1. Moskva: Izd. sotsial'no-ekonomicheskoy literatury Mysl'; 1964. (in Russian).
7. Figner V.N. Zapechatlennyy trud. [Imprinted work]. Vospominaniya v dvukh tomakh. T. 2. Moskva: Izd. sotsial'no-ekonomicheskoy literatury Mysl'; 1964. (in Russian).
8. Shcherbo A.P. Zakhariy Grigor'evich Frenkel'. Zhizn' dlinoyu v vek. [Zachary Grigorievich Frenkel. A century-long life]. Sankt-Peterburg: Izd. SPbMAPO; 2009. (in Russian).

УДК 929+616.8-08+616-053.2+37.013.32+378+001.891+378.147  
DOI: 10.56871/5331.2022.86.19.011

## 90 ЛЕТ КАФЕДРЕ НЕВРОЛОГИИ, НЕЙРОХИРУРГИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА. В ПАМЯТЬ О НАШИХ УЧИТЕЛЯХ

© *Валентина Ивановна Гузева, Инна Владимировна Охрим, Оксана Валентиновна Гузева, Виктория Валентиновна Гузева, Вугар Рауфович Касумов, Михаил Анатольевич Разумовский, Юлия Анатольевна Еремкина, Елена Андреевна Севрук*

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

**Контактная информация:** Оксана Валентиновна Гузева — д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики. E-mail: viktoryka@mail.ru

Поступила: 26.04.2022

Одобрена: 25.08.2022

Принята к печати: 30.09.2022

**РЕЗЮМЕ:** Необходимость изучения заболеваний нервной системы в детском возрасте обусловлена значительной их распространенностью, особенностями клинического течения, а также высоким риском формирования неврологического и интеллектуального дефицита. Упоминания и описания неврологических симптомов у детей встречаются в работах ученых и врачей в течение всей истории развития медицины. Однако последовательная и углубленная разработка клинических форм в детской неврологии началась в конце XIX века. Ученики основателя отечественной неврологии Алексея Яковлевича Кожевникова (1836–1902) развивали научные идеи своего руководителя в исследованиях неврологической патологии у детей. В.А. Муратов (1865–1916) первым организовал преподавание нервных болезней детского возраста на медицинском факультете Московского государственного университета и опубликовал «Клинические лекции по нервным болезням детского возраста» (1898). В начале XX века неврология детского возраста выделена в самостоятельную дисциплину. История петербургской неврологической школы в этой области восходит к детским неврологическим отделениям нашего города. Научно-исследовательская деятельность сотрудников Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета и систематизация накопленного опыта внесли большой вклад в изучение неврологических заболеваний детского возраста. Статья посвящена истории кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики (ранее кафедра нервных болезней) — первой в нашей стране и Европе, занимающейся исследованием заболеваний нервной системы у детей. Архивные данные свидетельствуют о том, что уже в начале XX века научная и учебная работа сотрудников кафедры под руководством выдающихся ученых-неврологов охватывала широкий спектр неврологической патологии детского возраста.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** история кафедры нервных болезней; детская неврология; педиатрический институт; заведующие кафедрой; сотрудники; научная и образовательная деятельность.

# 90 YEARS OF THE DEPARTMENT OF NEUROLOGY, NEUROSURGERY AND MEDICAL GENETICS SAINT-PETERSBURG STATE PEDIATRIC MEDICAL UNIVERSITY. IN MEMORY OF OUR TEACHERS

© *Valentina I. Guzeva, Inna V. Okhrim, Oksana V. Guzeva, Victoria V. Guzeva, Vugar R. Kasumov, Mikhail A. Razumovsky, Yulia A. Eremkina, Elena A. Sevruk*

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

**Contact information:** Oksana V. Guzeva — MD, PhD, Professor of the Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics. E-mail: viktoryka@mail.ru

Received: 26.04.2022

Revised: 25.08.2022

Accepted: 30.09.2022

**ABSTRACT:** The need to study diseases of the nervous system in childhood is due to their significant prevalence, features of the clinical course, as well as a high risk of developing neurological and intellectual deficits. Mentions and descriptions of neurological symptoms in children are found in the works of scientists and doctors throughout the history of the development of medicine. However, consistent and in-depth development of clinical forms in pediatric neurology from the end of the 19th century. The students of Alexei Yakovlevich Kozhevnikov (1836–1902), the founder of Russian neurology, developed scientific ideas of their leader in the study of neurological pathology in children. V.A. Muratov (1865–1916) was the first to organize the teaching course of nervous diseases of childhood at the medical faculty of Moscow State University and published “Clinical lectures on nervous diseases of childhood” (1898). At the beginning of the 20th century, childhood neurology became an independent discipline. The history of the St. Petersburg Neurological School in this area dates back to the children’s neurological departments of our city. The research activities of the employees of the St. Petersburg State Pediatric Medical University and the systematization of the accumulated experience have made a great contribution to the study of neurological diseases of childhood. The article is devoted to the history of the Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics (the former Department of Nervous Diseases) — the first in our country and Europe, engaged in the study of diseases of the nervous system in children. Archival data indicate that already at the beginning of the 20th century, the scientific and educational work of the staff of the department under the guidance of prominent neurologists covered a wide range of neurological pathologies in childhood.

**KEY WORDS:** history of the Department of Nervous Diseases; pediatric neurology; pediatric institute; head of the department; staff; scientific and educational activities.

Неврология детского возраста выделена в самостоятельную дисциплину в начале XX века. Истоки научной и учебной деятельности в этой области восходят к детским неврологическим отделениям нашего города.

25 мая 1905 г. приступила к приему больных детей клиническая больница «В память священного коронования их императорских Величеств Николая Александровича и Александры Федоровны» на Выборгской стороне. В 1925 г. больница была преобразована в Ленинградский научно-практический институт материнства и младенчества, в 1928 г. — в Научно-исследовательский институт охраны материнства и детства.

## МАРТЫН ИОСИФОВИЧ ИОГИХЕС

1 декабря 1929 г. по инициативе директора Научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества профессора Юлии Ароновны Менделевой открывается отделение для детей с нервными заболеваниями. Заведование отделением для детей с заболеваниями нервной системы поручено Мартыну Иосифовичу Иогихесу (1874–1936), который возглавлял также курс доцентуры по детской неврологии, открытый при кафедре педиатрии института (рис. 1).

На должность врача-невролога отделения нервных болезней принимают Надежду Николаевну Келер.

Мартын Иосифович родился в Могилевской губернии в семье провизора. Окончив с серебряной медалью Могилевскую гимназию (1892), медицинский факультет Московского университета (1892–1898), он работал в Берлинской клинике Е. Gravitz'a, поликлинике Н. Neumann'a, а с 1900 г. — в Воронежском уездном земстве врачом-экстерном при детской больнице П. Ольденбургского под руководством К.А. Раухфуса (с 1901 г.).

Научные исследования М.И. Иогихеса посвящены патологии нервной системы у детей. Первая работа «Об изменениях в спинномозговых узлах при острых инфекционных болезнях у детей» опубликована в трудах IX Пироговского съезда врачей (1905). В своей диссертационной работе «К вопросу об агглютинации стрептококков кровяной сывороткой скарлатинозных больных» на степень доктора медицины Мартын Иосифович пришел к выводу, что реакция агглютинации не является специфической реакцией для определения роли микроорганизма в этиологии заболевания [13].

Доцент М.И. Иогихес получил звание профессора, и с 1 января 1932 г. его назначили на должность заведующего первой в стране и в Европе кафедры детской неврологии, учебной базой которой становится детское отделение нервных болезней клинической больницы института, а заведующей детским нервным отделением становится Н.Н. Келер. Кафедра начинает изучать и накапливать опыт по различным методам диагностики и лечения заболеваний нервной системы у детей.

Под руководством М.И. Иогихеса на кафедре нервных болезней изучался весь спектр известных тогда заболеваний нервной системы у детей: инфекционные, нервно-мышечные, пароксизмальные состояния, опухоли, родовые параличи, функциональные нарушения. Мартын Иосифович выделял экзогенные и эндогенные причины детской нервности, предлагал разграничивать истерическую реакцию и конституциональную истерию, подробно останавливался на вопросах профилактики и лечения «детских невропатий» (фобий, психогенного тика, заикания, нарушений сна и др.).

Профессор М.И. Иогихес описал наблюдения последовательных стадий развития моторики ребенка (1925) — таламо-паллидарную, стрио-паллидарную, кортикальную. Изучал и систематизировал дифференциальные признаки между хореическими гиперкинезами и избыточной подвижностью «невропатов» (1927),



Рис. 1. Мартын Иосифович Иогихес. Заведующий кафедрой (1932–1936)

Fig. 1. Martyn I. Iogikhes. Head of the Department (1932–1936)

рекомендовал метод изучения координации движений у больных хореическим гиперкинезом по их способности повторять движения руки врача (проба Иогихеса).

По результатам исследований изданы монографии М.И. Иогихеса «Неврозы в детском возрасте» (1929), «Органические заболевания нервной системы у детей» (1931), статьи «К диагностике хореических дискинезий», «Цистернальная пункция у детей» и др. [12, 14–17].

В этот период публикуются работы заведующей отделением и кафедральных сотрудников: Н.Н. Келер «К технике и клинике вдувания воздуха при пневмоэнцефалографии у детей», Н.Н. Келер и Д.С. Линденбрантена «Клинико-рентгенологические наблюдения при пневмоэнцефалографии у детей с различными заболеваниями центральной нервной системы», «Клинико-рентгенологические наблюдения при пневмоэнцефалографии у детей-эпилептиков», С.Я. Хотинной «Тяжелая желтуха новорожденных и спастикоатетотические заболевания у детей».

Обходы профессора, клинические разборы, лекции в институте и Ленинградском ГИДУВе были востребованы и пользовались популярностью у врачей. Эти лекции привлекали новизной предмета, обширной эрудицией лектора. Ассистент С.Я. Хотина и заведующая клиникой Н.Н. Келер проводили практические занятия с врачами, с аспирантами и интернами других кафедр, направлявшихся на месяц для работы в клинику нервных болезней. С 1930 по 1933 гг. на кафедре проходила аспирантуру первый в



Рис. 2. Гедалий Давидович Аронович. Заведующий кафедрой (1936–1953)

Fig. 2. Gedaliy D. Aronovich. Head of the Department (1936–1953)

Советском Союзе аспирант по детской неврологии врач Г.Г. Маковская.

## ГЕДАЛИЙ ДАВИДОВИЧ АРОНОВИЧ

В 1935 г. Больница–медвуз реорганизована в Педиатрический медицинский институт, в 1936 г. второй клинической базой кафедры становится неврологическое отделение больницы им. В.В. Куйбышева (на 70 коек).

В августе 1936 г. заведующим кафедрой детской неврологии института избран профессор Г.Д. Аронович, который проработал в институте до 1953 г. (рис. 2).

Гедалий Давидович Аронович (1894–1966) родился в Риге в семье служащего банка. После окончания немецкой гимназии поступил на медицинский факультет Дерптского (Юрьевского) университета, а после окончания вступил в ряды Красной армии. В мае 1917 г. его направили полковым доктором на Пермский фронт. В 1918 г. военврач Аронович был ранен в левую руку, которую ему ампутировали в полевых условиях. Это стало трагедией для молодого хирурга. Однако, вернувшись в Петроград, Г.Д. Аронович продолжил образование в Военно-Медицинской академии по специальности психиатрия и неврология, вел активную научно-практическую работу, участвовал в работе комиссии по борьбе с беспризорностью. Гедалий Давидович работал в Психоневрологическом институте под руководством Владимира Михайловича Бехтерева (современный «НМИЦ психиатрии и неврологии

им. В.М. Бехтерева»), далее проходил стажировку в университете Германии. В этот период Г.Д. Аронович пишет статьи по проблемам нейросифилиса, менингита, спинной сухотки.

В 1939 г. Г.Д. Аронович опубликовал монографию «Клиника субарахноидальных кровоизлияний», где представил анализ 60 собственных наблюдений [2]. Автор предлагал выделять две формы заболевания — псевдоменингеальную (менингеальную) и менинго-церебральную (менинго-энцефалитическую). Позднее издана монография «Морфогенез артерий головного мозга у человеческих плодов и новорожденных» [4].

В годы Великой Отечественной войны, в условиях тяжелейшей блокады и голода, под обстрелами вражеской авиации продолжалась учебная (кроме зимы 1941–1942) и лечебная работа в институте. На второй день войны на военную службу начальником военного госпиталя мобилизуется В.М. Быховская. У персонала кафедры и клиники появились новые обязанности: служба местной противовоздушной обороны, организация затемнения и бомбоубежища, ночные дежурства по охране порядка и другие. При налетах вражеской авиации выносили и выводили детей в бомбоубежище, но несколько тяжелых нетранспортабельных больных постоянно оставались в клинике под присмотром ответственного дежурного. Из-за массовой эвакуации и призыва в армию стало не хватать медицинского персонала, возросла нагрузка на оставшихся сотрудников клиники и кафедры. В 1941 г. профессора Г.Д. Ароновича назначают консультантом-неврологом нейрохирургического центра Ленинградского фронта. На кафедре и в клинике из врачей оставались Н.Н. Келер и М.А. Леонтьева. С декабря 1941 г. количество коек сократилось до 10. Многие сотрудники преждевременно ушли из жизни. Для поддержания сил профессорско-преподавательского состава и врачей директор института Ю.А. Менделева организовала добавочное питание без карточек — обед и ужин в течение трех месяцев. В самое тяжелое время, зимой 1941–1942 г., занятий со студентами не было. С 27 декабря 1942 г., включая летний период, для 335 студентов в течение трех семестров по неврологии читали лекции и проводили практические занятия Н.Н. Келер и врачи больницы им. В.В. Куйбышева — С.Г. Гольдберг и А.Г. Нехамкина. Занятия со студентами в 1943 и 1944 гг. продолжались по ускоренной программе. В течение всего военного времени и блокады консультации в клиниках института, в военном госпитале и поликлинике осуществляла Н.Н. Келер. С 1945 г. учебный процесс

возобновился в полном объеме, и в клинику были прикомандированы 5 врачей-интернов для первичной специализации по детской неврологии.

В этот трудный период научные исследования резко сократились, однако продолжалась работа над диссертациями. Н.Н. Келер защитила кандидатскую диссертацию на тему «Острые энцефалиты у детей» в 1946 г., Г.Г. Маковская — «Лечение эпидемического церебрального менингита у детей белым стрептоцидом» в 1943 г., В.М. Быховская состояла на военной службе и работала над кандидатской диссертацией «Острый полиомиелит», которую защитила в 1945 г., аспирант Е.В. Зеленина — «Хроноксия мышц в разные периоды заболевания острым полиомиелитом» в 1946 г. Возобновились общепитательские конференции, на которых наряду с другими вопросами обсуждались проблемы детской неврологии. Подводя итоги военного периода деятельности кафедры и клиники нервных болезней, необходимо отметить беззаветную преданность делу, высокое сознание долга, профессионализм всех сотрудников, многие из них получили медали «За оборону Ленинграда» и «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.».

Профессор Г.Д. Аронович до конца войны был главным неврологом Ленинградского фронта. На кафедру он вернулся в конце 1943 г., но вскоре тяжело заболел и вновь приступил к работе лишь в марте 1944 г.

Из воспоминаний дочери ученого О.Г. Марголиной (Аронович): «Мой отец вызывал безграничное уважение у всех, кто его знал. Он был доброжелателен и приветлив с больными и здоровыми, как истинный интеллигент, отец был высокообразован, деликатен и демократичен. Мой отец знал несколько живых языков: немецкий, французский, английский, идиш, латышский и несколько мертвых: латынь, древнегреческий, древнееврейский и что-то еще. Он одевался изысканно и с большим вкусом, галстуки всегда тщательно подбирались к рубашкам, шляпы и шарфы — к пальто. Обувь начищалась до блеска, костюм подчеркивал стройность фигуры, а отсутствие руки не бросалось в глаза. Человек, имевший право на исключительность и повышенное к своей профессорской персоне внимание, был неприхотлив и демократичен. Он никогда не просил ему подавать, приносить, что-то делать» [22].

В декабре 1946 г. заведующая клиникой и ассистент кафедры Н.Н. Келер избирается доцентом, а вместо нее заведующей клиникой

становится В.М. Быховская, которая работала в этой должности до ухода на пенсию в 1968 г.

С 1947 г. оживилась научная работа кафедры, в которой активно участвовали врачи. Кроме проблем, касающихся инфекционного поражения нервной системы и опухолей головного мозга у детей, стали разрабатываться вопросы травматических повреждений головного мозга.

С августа 1949 г. кафедра и клиника (на 35 коек) размещается в двухэтажном здании, в котором находится по настоящее время. Сотрудники кафедры и клиники оказывают консультативную и лечебную помощь подшефным районам Ленинградской области, поликлиникам и больницам города. Из новых методов лечения вводится электросон для больных неврозами и хореей.

Учебная работа на кафедре не ограничивается обучением студентов института, регулярно проводятся курсы первичной специализации. В клинику стали направляться Городским и Областным Управлениями здравоохранения врачи на рабочие места на 2–3 месяца для повышения квалификации и для первичной специализации по неврологии — на 5–6 месяцев. Руководила этой работой В.М. Быховская [7].

Благодаря деятельности Г.Д. Ароновича наладились контакты с Ленинградским нейрохирургическим институтом, куда переводили детей, нуждающихся в хирургическом лечении.

В связи с эпидемией острого полиомиелита в мае 1951 г. в Ленинграде возникла необходимость организации специализированных отделений. Количество коек в детской клинике увеличили до 45, из них 25 предназначалось для лечения больных полиомиелитом, а остальные — для детей с прочими заболеваниями нервной системы. Исследовательская работа также расширяется, в 1951 г. создается лаборатория изучения высшей нервной деятельности у детей, а в 1952 г. в детской клинике ассистент кафедры нервных болезней Г.Г. Маковская и ассистент кафедры химии М.И. Куленок организовали биохимическую лабораторию, в которой разработали метод определения окисляемости ликвора. Длительное время в этой лаборатории работала ветеран Великой Отечественной войны лаборант В.Н. Морозова, которая проводила исследования не только для больных клиники, но и других учреждений города [7].

Научные направления кафедры включали разделы исследования новообразований головного мозга (Г.Д. Аронович), полиомиелита (В.М. Быховская), менингита (Г.Г. Маковская), хореей (Н.Н. Келер), миотонии Оппенгейма (М.А. Леонтьева). Заведующий кафедрой уделял внимание вопросам неврологии гриппа,



Рис. 3. Александр Гаврилович Панов. Заведующий кафедрой (1953–1955)

Fig. 3. Alexander G. Panov. Head of the Department (1953–1955)

паркинсонизму, сыпнотифозной инфекции. Гедалий Давидович описал симптом «кукольных глаз», наблюдающийся при паркинсонизме, когда глазные яблоки двигаются кверху при наклоне головы вперед и книзу при откидывании головы назад (симптом Ароновича).

В 1947 г. Г.Д. Аронович опубликовал сборник рецептов при нервных болезнях у детей и взрослых, который в настоящее время существует в виде фармакотерапевтического справочника невропатолога (1959) [3].

В 1953 г. Г.Д. Аронович оставляет заведование кафедрой по состоянию здоровья.

### **АЛЕКСАНДР ГАВРИЛОВИЧ ПАНОВ**

С сентября 1953 г. кафедру возглавил профессор А.Г. Панов (1905–1978), который работал до 1955 г. (рис. 3). Основной работой Александра Гавриловича была кафедра нервных болезней Военно-морской медицинской академии. Научные исследования, которым посвятил свою жизнь А.Г. Панов, касались нейроинфекций. Им впервые в литературе описан клещевой энцефалит, который он изучал на Дальнем Востоке.

В связи с организационными штатными преобразованиями и назначением А.Г. Панова начальником кафедры нервных болезней ВММА, он был вынужден оставить работу в Педиатрическом медицинском институте.

### **ЕВГЕНИЯ ФЕДОРОВНА ДАВИДЕНКОВА**

С сентября 1955 г. заведующей кафедрой становится профессор Е.Ф. Давиденкова (1902–1996) (рис. 4).

Евгения Федоровна Давиденкова (Кулькова) родилась в 1902 г. в Москве. Ее отец (Ф.А. Кульков) был президентом крупной чайной фирмы, а мать принадлежала к дворянскому польскому роду. Во время революции семья уехала в Новосибирск, где отец получил место финансового служащего.

Е.Ф. Давиденкова окончила среднюю школу, три года проработала машинисткой и в 1922 г. поступила на медицинский факультет Иркутского университета. Практическая медицинская деятельность Евгении Федоровны началась в районной больнице Бурятской АССР врачом общей практики, а после специализации в Ленинградском ГИДУВе — неврологом в Улан-Удэ [21, 23].

В 1934 г. она была принята в аспирантуру в клинику неврозов академика И.П. Павлова Института экспериментальной медицины (ИЭМ) в Ленинграде и под руководством С.Н. Давиденкова ее успешно закончила в 1937 г. В дальнейшем, до 1952 г., работала в должности ассистента кафедры неврологии Ленинградского института усовершенствования врачей. В эти годы Е.Ф. Давиденкова принимала активное участие в изучении клещевого двухволнового менингоэнцефалита. После защиты докторской диссертации в 1953 г. на тему «Диэнцефальная эпилепсия» Е.Ф. Давиденкову утверждают заведующей кафедрой нервных болезней Ленинградского педиатрического медицинского института, в этой должности она проработала до 1972 г. Впервые в Ленинграде студентам-медикам стали читать лекции и проводить практические занятия по основам медицинской генетики и наследственным заболеваниям нервной системы.

В течение последних 35 лет медицинская генетика занимала ведущее место в ее работе. В 1961 г., после смерти академика С.Н. Давиденкова, Евгения Федоровна становится заведующей лабораторией медицинской генетики. После избрания в 1963 г. членом-корреспондентом АМН СССР, она получила академическую группу, которой руководила до последних дней жизни.

Под руководством Е.Ф. Давиденковой на кафедре в этот период изучались хромосомные болезни человека — болезнь Дауна, синдромы Шерешевского–Тернера, Клайнфельтера и другие, а также особенности наследования биохимических



Рис. 4. Евгения Федоровна Давиденкова. Заведующая кафедрой (1955–1972)

Fig. 4. Evgeniya F. Davidenkova. Head of the Department (1955–1972)

мических нарушений при нервно-мышечных заболеваниях, эпилепсии, мозжечковой атаксии.

По инициативе Е.Ф. Давиденковой в нашей стране создана медико-генетическая служба в виде медико-генетических консультаций, а в Ленинграде — Консультативно-диагностический медико-генетический центр.

Научные исследования Е.Ф. Давиденковой отражены в 10 монографиях и 362 других научных публикациях [9–11]. Под ее руководством защищено 7 докторских и 22 кандидатских диссертаций. Е.Ф. Давиденкова — лауреат Государственной премии за «Цикл работ по исследованиям хромосом человека в норме и патологии» (1983) [7, 21].

### ЕЛЕНА АЛЕКСАНДРОВНА САВЕЛЬЕВА-ВАСИЛЬЕВА

В начале 70-х гг. XX века Е.Ф. Давиденкова оставляет заведование кафедрой, в течение нескольких месяцев обязанности заведующей кафедрой исполняет Е.А. Савельева-Васильева, вся жизнь которой связана с Педиатрическим институтом (рис. 5).

Елена Александровна в 1948 г. окончила ЛПМИ и с 1954 г. работала на кафедре нервных болезней: 1954–1957 гг. — клиническим ординатором, далее — старшим лаборантом, ассистентом, доцентом, а с 1972 г. — профессором.

Е.А. Савельева-Васильева участвовала в Общесоюзной программе по изучению безопасности живой ослабленной вакцины против полиомиелита. Программу возглавляли академик А.А. Смородинцев и член-корреспондент Е.Ф. Давиденкова. Кандидатская диссертация, защищенная Еленой Александровной в 1963 г., посвящена этой теме. Докторская диссертация, защищенная в 1972 г., посвящена клинко-генетическим исследованиям детской спинальной амиотрофии. В результате анализа 90 наблюдений выделены три самостоятельные формы заболевания [26, 27].

Основные научные работы посвящены наследственной патологии. Это одна глава в БМЭ (1969) и две главы в ММЭ, монография «Молекулярная неврология» (2000), глава в руководстве по детской неврологии о наследственных болезнях нервной системы (1998) и более 150 научных работ [4].

Профессор Е.А. Савельева-Васильева — признанный клиницист и наставник многих поколений детских неврологов. На протяжении многих лет (1971–1980) она возглавляла факультет усовершенствования преподавателей медицинских вузов страны (рис. 7).

Одним из направлений научных исследований на кафедре на протяжении многих лет оставалась психоневрология детского возраста, которое



Рис. 5. Елена Александровна Савельева-Васильева. Заведующая кафедрой 1972 г.

Fig. 5. Elena A. Savelyeva-Vasilyeva. Head of Department 1972



Рис. 6. Нижний ряд слева направо: Е.А. Савельева-Васильева, Е.Ф. Давиденкова, Н.Н. Келер

Fig. 6. Bottom row from left to right: E.A. Savelyeva-Vasilyeva, E.F. Davidenkova, N.N. Kehler



Рис. 7. Нижний ряд: Г.Г. Маковская, Н.Н. Келер, В.М. Быховская, В.С. Морозова. Верхний ряд: Е.А. Савельева-Васильева (вторая слева), А.И. Лепукальн, В.И. Нарциссова (крайняя справа)

Fig. 7. Bottom row: G.G. Makovskaya, N.N. Kehler, V.M. Bykhovskaya, V.S. Morozova. Top row: E.A. Savelyeva-Vasilyeva (second row, second from the left), A.I. Lepukaln, V.I. Narcissova (far right)

курировала ассистент А.И. Лепукальн. Много времени студенческой научной работе уделяла также ассистент Т.А. Лазебник, которая пришла работать на кафедру из академической группы Е.Ф. Давиденковой в начале 1980 г., где она изучала генетические аспекты миодистрофии Дюшенна и защитила кандидатскую диссертацию.

После окончания Ленинградского медицинского института им. акад. И.П. Павлова на кафедру в аспирантуру поступил Е.Г. Амос, который после успешной защиты кандидатской диссертации, посвященной особенностям торсионной дистонии у детей, был принят на работу на должность ассистента. Евгений Гаврилович в 1993 г. получил звание доцента и возглавил при кафедре курс по детской неврологии факультета усовершенствования врачей СПбГПМА, основной базой которого стали неврологические отделения детской городской больницы № 4 (им. Святой Ольги). С момента организации курса прошли первичную специализацию и усовершенствование по неврологии более 2000 врачей [7].

В 1992 г. на кафедру приходит к.м.н. М.Л. Чухловина, которая в короткое время завершает докторскую диссертацию, посвященную патогенетическим аспектам миастении, получает звание профессора и активно включается в работу кафедры. В этот период еще одна клиническая база кафедры организуется в неврологическом отделении Мариинской больницы, и Мария Лазаревна становится там основным консультантом. Профессор М.Л. Чухловина была автором нескольких глав в «Руководстве по детской неврологии» (1998), соавтором монографии «Головные боли», нескольких методических пособий и др. [7].

### **АЛЕКСЕЙ МИХАЙЛОВИЧ КОРОВИН**

В 1972 г. заведующим кафедрой избирается профессор А.М. Коровин (рис. 8).

Алексей Михайлович родился 25 декабря 1925 г. в Рязани. В 1949 г. с отличием закончил Военно-медицинскую академию и там же адъюнктуру. В 1954 г. он защитил кандидатскую диссертацию, посвященную травматической эпилепсии, а в 1967 г. — докторскую диссертацию по диагностике и терапии пароксизмальных расстройств сознания. По этой теме опубликованы монографии «Пароксизмальные расстройства сознания» (1973), «Судорожные состояния у детей» (1984) и еще более 200 работ [18–20]. Под его руководством защищены 2 докторские и 15 кандидатских диссертаций.

В работах сотрудников кафедры (В.И. Гузевой, Я.И. Сепиашвили, И.В. Башкировой) всесторонне освещались вопросы патогенеза, клинических проявлений пароксизмальных состояний эпилептического и неэпилептического генеза (рис. 9).

Научные интересы кафедры также включали изучение дегенеративных поражений мозжечка (М.С. Костомарова), радиологических методов диагностики сосудистых заболеваний головного мозга (И.Я. Руденко), неврозы и неврозоподобные состояния у детей (А.И. Лепукальн), миастению (М.Л. Чухловина) [23].

Профессор А.М. Коровин в течение нескольких лет был Главным неврологом города Ленинграда, членом правления Всероссийского общества, имеет почетное звание — Отличник здравоохранения СССР, избран почетным членом Санкт-Петербургской ассоциации неврологов.

С 1993 г. А.М. Коровин трудился профессором кафедры. Современники ученого отмечали умение просто и понятно излагать сложные вопросы неврологии, его прямую и доверительную манеру общения. Его удивительная сдержанность и скромность проявлялись в поведении и оценке собственных достижений.

Большой вклад в лечебную и научную работу кафедры внес д.м.н. профессор Б.М. Никифоров (1926–2004). Борис Михайлович родился



Рис. 8. Алексей Михайлович Коровин. Заведующий кафедрой (1972–1993)

Fig. 8. Alexey M. Korovin. Head of the Department (1972–1993)



Рис. 9. Е.А. Савельева-Васильева, Т.В. Круганова, А.М. Коровин на клиническом обходе

Fig. 9. E.A. Savelyeva-Vasilyeva, T.V. Kruganova, A.M. Korovin on a clinical round



Рис. 10. Нижний ряд: М.С. Костомарова, Б.М. Никифоров, Т.А. Лазебник. Верхний ряд слева направо: А.М. Коровин (второй), Н.М. Богоявленская, В.И. Гузева (в центре), О.А. Кузнецова (крайняя справа)

Fig. 10. Bottom row: M.S. Kostomarova, B.M. Nikiforov, T.A. Lazebnik. Top row from left to right: A.M. Korovin (second), N.M. Bogoyavlenskaya, V.I. Guzeva (center), O.A. Kuznetsova (far right)

16 июня 1926 г. в Шанхае (Китай), в семье русских эмигрантов. Начальное образование получил во французском колледже, где помимо французского языка с первых классов преподавался английский, а затем и русский языки. Окончил медицинский факультет университета «Аврора» в городе Шанхае (Китай) в 1951 г., затем в течение года работал ординатором в Шанхае, общим

хирургом и нейрохирургом в больнице города Калининграда.

С 1972 г. Борис Михайлович — профессор кафедры нервных болезней Педиатрического института (рис. 10). Кандидатская диссертация по хирургической анатомии венозных образований продольной щели головного мозга защищена в 1962 г., а докторская — по хирур-

гическому лечению аневризм переднего отдела виллизиева круга — в 1972 г. Б.М. Никифоров — один из ведущих нейрохирургов страны, лауреат Государственной премии СССР за разработку способа лечения аневризм сосудов головного мозга в составе группы ученых страны, имеет свыше 360 публикаций. Среди них наиболее значимые — «Закрытая травма черепа, головного мозга, позвоночника, спинного мозга и конского хвоста» (1989), «Дополнительные методы обследования в неврологии и нейрохирургии» (1989), «Заболевания центральной и периферической нервной системы» (1991) и другие [1, 24].

Более 40 лет Б.М. Никифоров руководил первым в нашей стране нейрососудистым хирургическим отделением, созданным по инициативе С.Н. Давиденкова, В.Н. Шамова, В.М. Угрюмова и Е.Ф. Давиденковой в 1961 г. на базе многопрофильной больницы им. В.В. Куйбышева (ныне Городская Мариинская больница).

### ВАЛЕНТИНА ИВАНОВНА ГУЗЕВА

Современная история кафедры начинается с 1993 г., когда на должность заведующей по конкурсу избрана В.И. Гузева. Валентина Ивановна родилась 15 апреля 1944 г.

После окончания Педиатрического института (1967) В.И. Гузева работала педиатром в Калининской области (1967–1971).

Дальнейшая практическая деятельность связана с Педиатрическим институтом: врач приемного отделения клинической больницы, старший лаборант, врач клиники, а с 1979 г. — работа ассистентом и доцентом на кафедре нервных болезней.

В 1992 г. В.И. Гузева защитила докторскую диссертацию «Пароксизмальные расстройства сознания у детей раннего возраста (диагностика и реабилитация)».

В 1993 г. профессор В.И. Гузева возглавила кафедру нервных болезней (рис. 11).

Практически с началом заведования кафедрой совпала работа в должности проректора по учебной и научной работе (3,5 года), затем — проректора по учебной работе (1,5 года), а в 1999 г. — исполнение обязанностей ректора.

С 2012 г. В.И. Гузева является Главным внештатным детским специалистом неврологом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Валентина Ивановна руководит школой по эпилепсии в Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Является членом президиума Российского общества неврологов, членом



Рис. 10. Валентина Ивановна Гузева. Заведующая кафедрой с 1993 г. по настоящее время

Fig. 10. Guzeva Valentina Ivanovna. Head of Department 1993 until now

проблемной комиссии по эпилепсии при научном совете по неврологии РАМН и Минздрава России, членом Центральной методической комиссии по неврологии Минздрава России, членом аттестационной комиссии по неврологии при Главном управлении здравоохранения Санкт-Петербурга, членом специализированного Совета (Военно-медицинская академия) и председателем специализированного диссертационного совета Педиатрического университета, заместителем редактора российского журнала «Неврология и нейрохирургия детского возраста», членом редакционного совета трех журналов по неврологии.

В.И. Гузевой опубликовано более 700 научных трудов [4–6, 8, 25]. Под редакцией профессора В.И. Гузевой написаны «Руководство по детской неврологии» (1998, 2004, 2009), монография «Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей» (2007), для детских неврологов РФ издано «Федеральное руководство по детской неврологии» (2016). С 2014 г. В.И. Гузева принимала участие в разработке клинических рекомендаций более чем по 40 заболеваниям нервной системы у детей.

При содействии и непосредственном участии В.И. Гузевой в должности Главного внештатного детского специалиста невролога в РФ улучшилось качество и доступность диагностики орфанных и тяжелых нервно-мышечных

заболеваний, что позволило обеспечить пациентов современными препаратами в лечении проксимальной спинальной мышечной атрофии. Шире используется ферментозаместительная терапия.

Кафедра — одна из ведущих в России по проблеме эпилепсии у детей и подростков, а заведующая кафедрой В.И. Гузева является членом Российской и Европейской противоэпилептической лиги.

За период с 1993 по 2022 гг. под руководством и со руководством профессора В.И. Гузевой защищено 47 кандидатских и 5 докторских диссертаций. Диссертационные работы посвящены актуальным проблемам взрослой и детской неврологии.

В настоящее время на кафедре проводится большая учебно-методическая работа, обучаются студенты 5 факультетов, ординаторы, аспиранты и соискатели, выполняются 2 кандидатских и докторская диссертации.

Ежегодно кафедра организует научно-практические конференции:

- «Балтийский конгресс по детской неврологии с международным участием» (в июне 2022 г. проведен XII Конгресс);
- «Трудный клинический случай в практике психоневролога»;
- «Современная фармакотерапия. Загадки мозга» для врачей Северо-Западного федерального округа;
- секция по детской неврологии на конференции «Здоровые дети — будущее страны».

Большую помощь в педагогической работе кафедре оказывают сотрудники неврологических отделений СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 4 Святой Ольги», ЛОГБУЗ «Детская клиническая больница», клиники психоневрологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ, Клиники позвоночника доктора Разумовского.

Традиции медиков начала XX века продолжают современные врачи и ученые. Значительное развитие получила детская неврология за последние 10–15 лет. Продолжаются исследования эпилепсии, изучаются наследственные заболевания, перинатальная патология, опирающиеся на вклад великих ученых-неврологов, наших учителей.

Благодаря беззаветной преданности делу, высокому сознанию долга и профессионализму заведующих и сотрудников кафедры (М.И. Иогихес, Н.Н. Келер, Г.Д. Аронович, А.Г. Панов, Е.Ф. Давиденкова, А.М. Коровин, Е.А. Савельева-Васильева, В.М. Никифоров, В.И. Гузева и многих других) с момента основания и до

настоящего времени она остается одной из ведущих кафедр, занимающихся вопросами детской неврологии в России.

Коллектив кафедры приносит благодарность руководству и всем сотрудникам Педиатрического университета и надеется на дальнейшее понимание и поддержку в решении сложных научно-исследовательских и педагогических задач в неврологии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов Г.А., Михайленко А.А., Никифоров Б.М. и др. Рецидивирующие гнойные менингиты и назоальная ликворея. Журнал невропатологии и психиатрии. 1986; 2: 167–70.
2. Аронович Г.Д. Клиника субарахноидальных кровоизлияний. Л.: Педиатрия медицинского института; 1939.
3. Аронович Г.Д. Фармакотерапевтический справочник невропатолога. Л.: Медгиз; 1959.
4. Горбунова В.Н., Савельева-Васильева Е.А., Красильников В.В. Молекулярная неврология. СПб.: Интермедика; 2000.
5. Гузева В.И. Эпилептические и неэпилептические пароксизмы у детей раннего возраста (диагностика и реабилитация). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л.; 1983.
6. Гузева В.И. Пароксизмальные расстройства сознания у детей раннего возраста. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб.; 1992.
7. Гузева В.И. Страницы истории кафедры нервных болезней и нейрохирургии. СПб.; 2002.
8. Гузева В.И., Михайлов И.Б. Фармакотерапия нервных болезней у взрослых и детей. СПб.: Фолиант; 2000.
9. Давиденкова-Кулькова Е.Ф. Диэнцефальная эпилепсия (припадки при поражении подбугровой области в клинике и эксперименте). Л.: Медгиз; 1959.
10. Давиденкова Е.Ф., Либерман И.С. Что такое наследственные болезни. М.: Знание; 1968.
11. Давиденкова Е.Ф., Либерман И.С. Клиническая генетика. Л.: Медицина; 1976.
12. Иогихес М.И. Об изменениях в спинномозговых узлах при острых инфекционных болезнях у детей. Труды IX Пироговского съезда врач. Т. 3. М.; 1905: 216–17.
13. Иогихес М.И. К вопросу об агглютинации стрептококков кровяной сывороткой скарлатинозных больных. Дис. ... д-ра мед. наук. Л.; 1906.
14. Иогихес М.И. Экстрапирамидные функции головного мозга и их расстройства в детском возрасте. Журнал для усовершенствования врачей. 1925; 1: 24–31.
15. Иогихес М.И. К диагностике и оценке хореатических состояний у детей. Журнал для усовершенствования врачей. 1927; 4: 320–2.
16. Иогихес М.И. Неврозы в детском возрасте. Л.; 1929.

17. Иогихес М.И. Органические заболевания нервной системы у детей. Л.; 1931.
18. Коровин А.М. Травматическая эпилепсия. Дис. ... канд. мед. наук. Л.; 1954.
19. Коровин А.М. Пароксизмальные расстройства сознания. Л.: Медицина; 1973.
20. Коровин А.М. Судорожные состояния у детей. Л.: Медицина; 1984.
21. Лазебник Т.А. Евгения Федоровна Давиденкова. Врач, ученый, педагог. СПб.; 2002.
22. Марголина О.Г. Мы жили в Толстовском доме. В кн.: На память. Воспоминания жителей Толстовского Дома. Доступно по: <http://20vek.ru.com/oa/mans/kmnp/gm4.pdf> (дата обращения 07.04.2022).
23. Михайленко А.А. Ленинградский педиатрический медицинский институт (СПбГПМА). В кн.: Михайленко А.А. История отечественной неврологии. Петербургская неврологическая школа. СПб.: Фолиант; 2007: 442–59.
24. Никифоров Б.М. Клинические лекции по неврологии и нейрохирургии. СПб.: Питер; 1999.
25. Руководство по детской неврологии. Под ред. В.И. Гузевой. СПб.: СПбГПМА; 1998.
26. Савельева-Васильева Е.А. Клинические материалы к иммунизации против полиомиелита живой ослабленной вакциной. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л.; 1963.
27. Савельева-Васильева Е.А. Детская спинальная амиотрофия Верднига–Гоффмана. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Л.; 1972.
7. Guzeva V.I. Stranitsy istorii kafedry nervnykh bolezney i neyrokhirurgii. [Pages of the history of the department of nervous diseases and neurosurgery]. Sankt-Peterburg; 2002. (in Russian).
8. Guzeva V.I., Mikhaylov I.B. Farmakoterapiya nervnykh bolezney u vzroslykh i detey. [Pharmacotherapy of nervous diseases in adults and children]. Sankt-Peterburg: Foliant Publ.; 2000. (in Russian).
9. Davidenkova-Kul'kova Ye.F. Dientsefal'naya epilepsiya (pripadki pri porazhenii podbugrovoy oblasti v klinike i eksperimente). [Diencephalic epilepsy (seizures in case of damage to the hypothalamic region in the clinic and experiment)]. Leningrad: Medgiz Publ.; 1959. (in Russian).
10. Davidenkova Ye.F., Liberman I.S. Chto takoye nasledstvennyye bolezni. [What are hereditary diseases]. Moskva: Znaniye Publ.; 1968. (in Russian).
11. Davidenkova Ye.F., Liberman I.S. Klinicheskaya genetika. [Clinical genetics]. Leningrad: Meditsina Publ.; 1976. (in Russian).
12. Iogikhes M.I. Ob izmeneniyakh v spinnomozgovykh uzlakh pri ostrykh infektsionnykh boleznyakh u detey. [On changes in the spinal nodes in acute infectious diseases in children]. Trudy IX Pirogovskogo s'ezda vrach. T. 3. Moskva; 1905: 216–17. (in Russian).
13. Iogikhes M.I. K voprosu ob agglyutinatsii streptokokov krovyanoy syvorotkoy skarlatinoznykh bol'nykh. [On the question of agglutination of streptococci by the blood serum of scarlatinal patients]. Dis. ... d-ra med. nauk. Leningrad; 1906. (in Russian).
14. Iogikhes M.I. Ekstrapiramidnyye funktsii golovnogogo mozga i ikh rasstroystvo v detskom vozraste. [Extrapyramidal functions of the brain and their disorder in childhood]. Zhurnal dlya usovershenstvovaniya vrachey. 1925; 1: 24–31. (in Russian).
15. Iogikhes M.I. K diagnostike i otsenke khoreaticheskikh sostoyaniy u detey. [To the diagnosis and evaluation of choreatic conditions in children]. Zhurnal dlya usovershenstvovaniya vrachey. 1927; 4: 320–322. (in Russian).
16. Iogikhes M.I. Nevrozy v detskom vozraste. [Neurosis in childhood]. Leningrad; 1929. (in Russian).
17. Iogikhes M.I. Organicheskiye zabollevaniya nervnoy sistemy u detey. [Organic diseases of the nervous system in children]. Leningrad; 1931. (in Russian).
18. Korovin A.M. Travmaticheskaya epilepsiya. [Traumatic epilepsy]. Dis. ... kand. med. nauk. Leningrad; 1954. (in Russian).
19. Korovin A.M. Paroksizmal'nyye rasstroystva soznaniya. [Paroxysmal disorders of consciousness]. Leningrad: Meditsina Publ.; 1973. (in Russian).
20. Korovin A.M. Sudorozhnyye sostoyaniya u detey. [Convulsive conditions in children]. Leningrad: Meditsina Publ.; 1984. (in Russian).

## REFERENCES

1. Akimov G.A., Mikhaylenko A.A., Nikiforov B.M. i dr. Retsidiviruyushchiye gnoynnye meningity i nazal'naya likvoreya. [Recurrent purulent meningitis and nasal liquorhea]. Zhurnal nevropatologii i psikiatrii. 1986; 2: 167–70. (in Russian).
2. Aronovich G.D. Klinika subarakhnoidal'nykh krovoizliyanii. [Clinical picture of subarachnoid hemorrhages]. Leningrad: Pediatriya meditsinskogo instituta; 1939. (in Russian).
3. Aronovich G.D. Farmakoterapevticheskiy spravochnik nevropatologa. [Pharmacotherapeutic reference book of a neurologist]. Leningrad: Medgiz Publ.; 1959. (in Russian).
4. Gorbunova V.N., Savel'yeva-Vasil'yeva Ye.A., Krasil'nikov V.V. Molekulyarnaya nevrologiya. [Molecular neurology]. Sankt-Peterburg: Intermedika Publ.; 2000. (in Russian).
5. Guzeva V.I. Epilepticheskiye i neepilepticheskiye paroksizmy u detey rannego vozrasta (diagnostika i reabilitatsiya). [Epileptic and non-epileptic paroxysms in young children (diagnosis and rehabilitation)]. Avtoref. dis. ... kand. med.nauk. Leningrad; 1983. (in Russian).
6. Guzeva V.I. Paroksizmal'nyye rasstroystva soznaniya u detey rannego vozrasta. [Paroxysmal disorders of consciousness in young children]. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Sankt-Peterburg; 1992. (in Russian).
7. Guzeva V.I. Stranitsy istorii kafedry nervnykh bolezney i neyrokhirurgii. [Pages of the history of the department of nervous diseases and neurosurgery]. Sankt-Peterburg; 2002. (in Russian).
8. Guzeva V.I., Mikhaylov I.B. Farmakoterapiya nervnykh bolezney u vzroslykh i detey. [Pharmacotherapy of nervous diseases in adults and children]. Sankt-Peterburg: Foliant Publ.; 2000. (in Russian).
9. Davidenkova-Kul'kova Ye.F. Dientsefal'naya epilepsiya (pripadki pri porazhenii podbugrovoy oblasti v klinike i eksperimente). [Diencephalic epilepsy (seizures in case of damage to the hypothalamic region in the clinic and experiment)]. Leningrad: Medgiz Publ.; 1959. (in Russian).
10. Davidenkova Ye.F., Liberman I.S. Chto takoye nasledstvennyye bolezni. [What are hereditary diseases]. Moskva: Znaniye Publ.; 1968. (in Russian).
11. Davidenkova Ye.F., Liberman I.S. Klinicheskaya genetika. [Clinical genetics]. Leningrad: Meditsina Publ.; 1976. (in Russian).
12. Iogikhes M.I. Ob izmeneniyakh v spinnomozgovykh uzlakh pri ostrykh infektsionnykh boleznyakh u detey. [On changes in the spinal nodes in acute infectious diseases in children]. Trudy IX Pirogovskogo s'ezda vrach. T. 3. Moskva; 1905: 216–17. (in Russian).
13. Iogikhes M.I. K voprosu ob agglyutinatsii streptokokov krovyanoy syvorotkoy skarlatinoznykh bol'nykh. [On the question of agglutination of streptococci by the blood serum of scarlatinal patients]. Dis. ... d-ra med. nauk. Leningrad; 1906. (in Russian).
14. Iogikhes M.I. Ekstrapiramidnyye funktsii golovnogogo mozga i ikh rasstroystvo v detskom vozraste. [Extrapyramidal functions of the brain and their disorder in childhood]. Zhurnal dlya usovershenstvovaniya vrachey. 1925; 1: 24–31. (in Russian).
15. Iogikhes M.I. K diagnostike i otsenke khoreaticheskikh sostoyaniy u detey. [To the diagnosis and evaluation of choreatic conditions in children]. Zhurnal dlya usovershenstvovaniya vrachey. 1927; 4: 320–322. (in Russian).
16. Iogikhes M.I. Nevrozy v detskom vozraste. [Neurosis in childhood]. Leningrad; 1929. (in Russian).
17. Iogikhes M.I. Organicheskiye zabollevaniya nervnoy sistemy u detey. [Organic diseases of the nervous system in children]. Leningrad; 1931. (in Russian).
18. Korovin A.M. Travmaticheskaya epilepsiya. [Traumatic epilepsy]. Dis. ... kand. med. nauk. Leningrad; 1954. (in Russian).
19. Korovin A.M. Paroksizmal'nyye rasstroystva soznaniya. [Paroxysmal disorders of consciousness]. Leningrad: Meditsina Publ.; 1973. (in Russian).
20. Korovin A.M. Sudorozhnyye sostoyaniya u detey. [Convulsive conditions in children]. Leningrad: Meditsina Publ.; 1984. (in Russian).

21. Lazebnik T.A. Yevgeniya Fedorovna Davidenkova. Vrach, uchenyy, pedagog. [Evgenia Fedorovna Davidenkova. Doctor, scientist, teacher]. Sankt-Peterburg; 2002. (in Russian).
22. Margolina O.G. My zhili v Tolstovskom dome. [We lived in Tolstoy's house]. In.: Na pamyat'. Vospominaniya zhiteley Tolstovskogo Doma. Available at: <http://20vek.ru.com/oa/mans/kmn/gm4.pdf> (accessed: 07.04.2022). (in Russian).
23. Mikhaylenko A.A. Leningradskiy pediatricheskiy meditsinskiy institut (SPbGPMA). [Leningrad Pediatric Medical Institute (SPbGPMA)] In.: Mikhaylenko A.A. Istoriya otechestvennoy nevrologii. Peterburgskaya nevrologicheskaya shkola. Sankt-Peterburg: Foliant Publ.; 2007: 442–59. (in Russian).
24. Nikiforov B. M. Klinicheskiye lektsii po nevrologii i neyrokhirurgii. [Clinical lectures on neurology and neurosurgery]. Sankt-Peterburg: Piter Publ.; 1999. (in Russian).
25. Rukovodstvo po detskoy nevrologii. [Guide to child neurology]. Pod red. V.I. Guzevoy. Sankt-Peterburg: SpbGPMA Publ.; 1998. (in Russian).
26. Savel'yeva-Vasil'yeva Ye. A. Klinicheskiye materialy k immunizatsii protiv poliomiylita zhivoy oslablennoy vaktsinoy. [Clinical materials for immunization against poliomyelitis with a live attenuated vaccine]. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Leningrad, 1963. (in Russian).
27. Savel'yeva-Vasil'yeva Ye. A. Detskaya spinal'naya amiotrofiya Verdniga–Goffmana. [Children's spinal amyotrophy of Werdnig-Hoffman]. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Leningrad, 1972. (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](mailto:medorgspb@yandex.ru) или [lt2007@inbox.ru](mailto: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](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. 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

ме 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., Тёмкин Я. С., Лихачёв 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. 3<sup>rd</sup> 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 resonance. 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](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](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.

**Объем рукописей.**

Объем рукописи обзора не должен превышать 25 стр. машинописного текста через два интервала, 12 кеглем (включая таблицы, список литературы, подписи к рисункам и резюме на английском языке), поля не менее 25 мм. Нумеруйте страницы последовательно, начиная с титульной. Объем рукописи статьи экспериментального характера не должен превышать 15 стр. машинописного текста; кратких сообщений (писем в редакцию) — 7 стр.; отчетов о конференциях — 3 стр.; рецензий на книги — 3 стр. Используйте колонтитул — сокращенный заголовок и нумерацию страниц, для помещения сверху или внизу всех страниц статьи.

*Иллюстрации и таблицы.* Число рисунков рекомендуется не более 5. В подписях под ри-

сунками 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](mailto:medorgspb@yandex.ru).

Сайт журнала: [http://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/Medicine\\_organization](http://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/Medicine_organization).

---

# ИЗДАТЕЛЬСТВО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПРЕДСТАВЛЯЕТ

---

## ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ. ПРОТЕЗИРОВАНИЕ НЕСЪЕМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

*М. Ф. Сухарев, С. Б. Фищев, М. Г. Рожкова*



Учебник соответствует программе Министерства здравоохранения Российской Федерации по ортопедической стоматологии, предназначен и будет полезным для преподавателей курсов и стоматологических кафедр, студентов стоматологических факультетов, ординаторов, аспирантов, врачей-стоматологов.

Авторы будут признательны за критические замечания и дополнения.

Твердый переплет, цветные иллюстрации, 464 страницы.

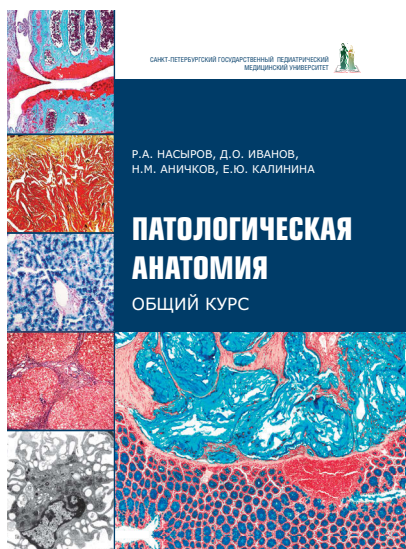
---

Приобрести издание можно в интернет-магазине Лабиринт:  
<https://www.labirint.ru/books/877708/>

---

## ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ. ОБЩИЙ КУРС

*Р.А. Насыров, Д.О. Иванов, Н.М. Аничков, Е.Ю. Калинина*



В общем курсе патологической анатомии (клинической патоморфологии) рассмотрены вопросы общей патологической анатомии: методы исследования в патоморфологии, повреждение и гибель клеток и тканей, в том числе старение; нарушения кровообращения и иных сред организма, воспаление, репарация и регенерация, заживление ран, иммунная патология, адаптация, патология роста клеток и их дифференцировки, опухоли, генетические заболевания, учение о диагнозе в патологической анатомии, патология и факторы окружающей среды, патология, вызванная питанием, констатация смерти и др.

Учебник рассчитан на студентов-медиков всех факультетов, а также на врачей, интересующихся вопросами общей патологической анатомии.

Твердый переплет, цветные иллюстрации, 280 страниц.

---

Приобрести издание можно в интернет-магазине Лабиринт:  
<https://www.labirint.ru/books/777658/>

---

---

# ИЗДАТЕЛЬСТВО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПРЕДСТАВЛЯЕТ

---

## МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

*Под ред. акад. РАН А.В. Шаброва*



Монография посвящена одной из ведущих проблем современного здравоохранения — метаболическому синдрому. Представлены исторические аспекты изучения метаболического синдрома и ассоциированных с ним заболеваний сердечно-сосудистой системы, критерии диагностики, эпидемиологические данные, проанализирована роль таких факторов, как микробиом кишечника, адипокины, оксидативный стресс, нарушение пищевого поведения в патогенезе метаболического синдрома. Рассмотрено влияние метаболического синдрома на бронхолегочную патологию, гастроэнтерологическую патологию, половые дисфункции. Описаны перспективные методы обследования пациентов с метаболическим синдромом, современные подходы к терапии. Монография будет интересна врачам терапевтических специальностей, научным работникам, преподавателям, аспирантам, студентам медицинских вузов.

Твердый переплет, 496 страниц.

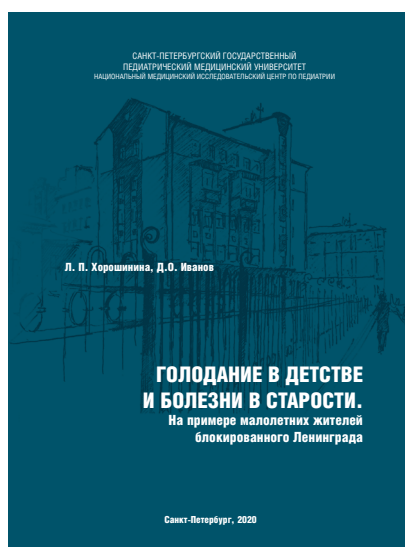
---

Приобрести издание можно в интернет-магазине Лабиринт:  
<https://www.labirint.ru/books/777643/>

---

## ГОЛОДАНИЕ В ДЕТСТВЕ И БОЛЕЗНИ В СТАРОСТИ

*Л.П. Хорошнина, Д.О. Иванов*



Книга посвящена малоизученным медицинским проблемам у людей старших возрастных групп, переживших в детстве длительные периоды голодания. Авторами изучаются отдаленные последствия длительного голодания детей и подростков в блокированном Ленинграде (1941–1944). Литературный обзор и полученные данные свидетельствуют об особенностях соматических заболеваний у бывших малолетних жителей блокированного Ленинграда, ставших ныне взрослыми. Книга переиздается повторно, текст её дополнен и исправлен.

Издание может быть интересно патологам, врачам-клиницистам, специалистам по организации здравоохранения и всем гражданам, интересующимся историей блокады Ленинграда.

2-е издание, переработанное и дополненное.

Твердый переплет, 176 страниц.

---

Приобрести издание можно в интернет-магазине Лабиринт:  
<https://www.labirint.ru/books/777647/>

---

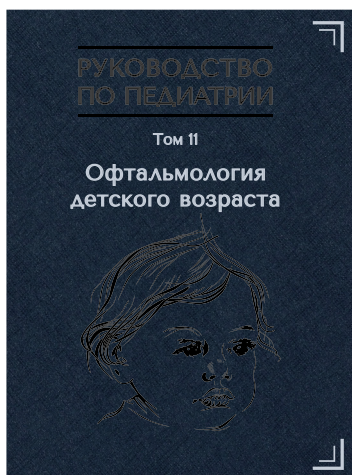
---

# ИЗДАТЕЛЬСТВО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПРЕДСТАВЛЯЕТ

---

## Руководство по педиатрии. ОФТАЛЬМОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

*Редакционная коллегия тома: Д.О. Иванов, В.В. Бржеский*



Том 11 «Руководства по педиатрии» отражает современный уровень развития офтальмологии детского возраста. Книга содержит актуальную информацию о современных методах диагностики и лечения заболеваний глаз у детей. Отдельные разделы посвящены клиническим рекомендациям по основным синдромам и заболеваниям.

Издание предназначено офтальмологам, педиатрам и представителям других медицинских дисциплин, а также студентам старших курсов медицинских вузов.

Твердый переплет, цветные иллюстрации, 344 страницы.

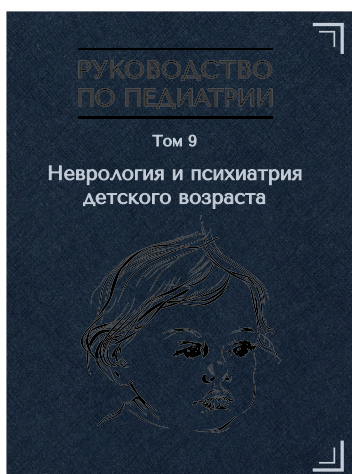
---

Приобрести издание можно в интернет-магазине Лабиринт:  
<https://www.labirint.ru/books/877706/>

---

## Руководство по педиатрии. НЕВРОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

*Редакционная коллегия тома: Д.О. Иванов, В.И. Гузева, С.В. Гречаный*



Том 9 «Руководства по педиатрии» отражает современный уровень развития неврологии и психиатрии детского возраста. Книга содержит актуальную информацию о современных методах диагностики и лечения заболеваний нервной системы и психических расстройствах. Отдельные разделы посвящены клиническим рекомендациям по основным синдромам и заболеваниям.

Руководство предназначено неврологам, нейрохирургам, психиатрам, психотерапевтам и представителям других медицинских дисциплин, а также студентам старших курсов медицинских вузов.

Твердый переплет, 288 страниц.

---

Приобрести издание можно в интернет-магазине Лабиринт:  
<https://www.labirint.ru/books/877707/>

---