

# MEDICINE AND HEALTH CARE ORGANIZATION

2016, VOLUME 1, N 1

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

Ежеквартальное издание  
Журнал реферируется РЖ ВИНТИ

#### Учредитель:

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России,

Журнал зарегистрирован Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Северо-Западному федеральному округу,  
ПИ № ТУ78-01872 от 17 мая 2016 г.

Проект-макет: Титова Л. А.

Распространяется по подписке.

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

#### Издатель, учредитель:

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России  
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](mailto:medorgspb@yandex.ru)

Статьи просьба направлять по адресу:  
[medorgspb@yandex.ru](mailto: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](mailto:medorgspb@yandex.ru).

Формат 60 × 90/8. Усл.-печ. л. 3,25.

Тираж до 500 экз. Цена свободная.

Оригинал-макет изготовлен

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.  
Отпечатано ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Литовская ул., 2, Санкт-Петербург, 194100.  
Заказ 28. Подписано в печать 05.11.2016.

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

#### Члены редколлегии Members of the Editorial Board

Член-корр. РАН, д.м.н., проф. В.А. Медик (В. Новгород) V.A. Medik, Corresponding Members of the RAS, Prof., MD, PhD (V. Novgorod)

Член-корр. РАН, д.м.н., проф. Н.В. Полунина (Москва) N.V. Polunina, Corresponding Members of the RAS, Prof., MD, PhD (Moscow)

Н.В. Полунина (Москва) A.P. Shcherbo, Corresponding Members of the RAS, Prof., MD, PhD

Член-корр. РАН, д.м.н., проф. А.П. Щербо

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

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

(Москва)

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.м.н., проф. И.В. Зимин I.V. Zimin, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. М.П. Королев M.P. Korolev, Prof., MD, PhD

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

К.м.н., доц. С.Н. Львов S.N. L'vov, Associate 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., проф. П.В. Павлов P.V. Pavlov, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. Т.П. Павлович (Беларусь) P.V. Pavlov, Prof., MD, PhD (Belarus)

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

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

Д.м.н., проф., Т.В. Яковлева (Москва) T.V. Yakovleva, Prof., MD, PhD (Moscow)

#### Редакционный совет: Editorial Council:

Д.м.н., проф. М.Ю. Абросимова (Казань) M.Yu. Abrosimova, Prof., MD, PhD (Kazan)

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

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

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

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

Д.м.н., проф. Е.М. Булатова E.M. Bulatova, Prof., MD, PhD

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

Д.м.н., проф. Д.П. Дербенев (Тверь) D.P. Derbenev, Prof., MD, PhD (Tver)

Д.м.н., проф. Т.С. Дьяченко (Волгоград) T.S. D'yachenko, Prof., MD, PhD (Volgograd)

Дист.н., проф. Н.Т. Ерегина (Ярославль) N.T. Eregina, Prof., PhD (Yaroslavl)

Д.м.н., проф. В.Е. Жолобов V.E. Zholobov, Prof., MD, PhD

Проф. М. Зильберман (США) M. Zilberman, Prof., MD, PhD (USA)

Д.м.н. А.В. Ким A.V. Kim, MD, PhD

Д.м.н., проф. Д.И. Кича (Москва) D.I. Kicha, Prof., MD, PhD (Moscow)

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

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

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

Д.м.н., проф. Л.И. Лавлинская (Воронеж) L.I. Lavlinskaya, Prof., MD, PhD (Voronezh)

Д.м.н., проф. Д.Е. Мохов D.E. Mokhov, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф., В.М. Остапенко (Смоленск) V.M. Ostapenko, Prof., MD, PhD (Smolensk)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Д.м.н., проф., А.М. Шелепов A.M. Shelepov, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф., Ю.Г. Элланский Yu.G. Ellanskiy, Prof., MD, PhD

(Ростов-на-Дону) (Rostov-na-Donu)

2016, ТОМ 1, № 1

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

# МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

# CONTENT

# СОДЕРЖАНИЕ

## ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

От редактора.....3

*Д.О. Иванов, В.И. Орел*

Современные особенности здоровья  
детей мегаполиса..... 6

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

*В. Г. Пузырев, В. А. Глущенко*

Создание эффективной системы контроля  
качества медицинской помощи  
в лечебно-профилактическом учреждении ..... 12

*Т. И. Ионова, О. Г. Шевцова*

Качество жизни и здоровьесберегающие факторы  
образа жизни студентов медицинского вуза ..... 21

*Г.Х. Абдрафикова, Н.Л. Самус, А.З. Лихтшиангоф*

Медико-психологическая характеристика  
ветеранов боевых действий..... 28

*С. В. Васильев, В. В. Дудка, Д. Е. Попов*

Становление и развитие колопроктологической  
службы в Санкт-Петербурге ..... 32

## БИОЭТИКА

*О. И. Кубарь, Г. Л. Микиртичан,  
А. Е. Никитина, Е. Ю. Владимирова,  
Л. А. Пынченкова*

Совершенствование нормативной базы  
по биоэтике и правам человека в сфере систем  
здравоохранения государств-участников СНГ .... 38

## ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

*Г. Л. Микиртичан*

Истоки изучения медико-социальных проблем  
детства: XVIII — первая половина XIX века ..... 44

*В.И. Орел*

Первой в стране кафедрой  
социальной педиатрии — тридцать лет..... 54

## EDITORIAL

From the editor ..... 3

*D.O. Ivanov, V.I. Orel*

The modern features of health  
of children of the metropolis ..... 6

## ORIGINAL PAPERS

*V. G. Puzyrev, V. A. Glushchenko*

Creation of the effective medical care quality  
monitoring system in preventive  
healthcare institution..... 12

*T. I. Ionova, O. G. Shevtsova,*

Quality of Life and health-lifestyle factors of medical  
students ..... 21

*G.H. Abdrafikova, N.L. Samus, A.Z. Likhtshangof*

Medico-psychological characteristics of combat  
veterans ..... 28

*S. V. Vasilyev, V. V. Dudka, D. E. Popov*

Formation and development of coloproctological  
service in St. Petersburg ..... 32

## BIOETHICS

*O. I. Kubar, G. L. Mikirtichan,  
A. E. Nikitina, E. Yu. Vladimirova,  
L. A. Pynchenkova*

The Development of Regulatory Base on Bioethics  
and Human Rights in the CIS Member-Countries  
Healthcare Systems ..... 38

## HISTORY OF MEDICINE

*G. L. Mikirtichan*

History of Research on Medical and Social Problems  
of Childhood: the 18th – First Part of the 19thcc ..... 44

*V.I. Orel*

To the first in a country department  
of social paediatrics — thirty years ..... 54

---

**ПЕРСОНАЛИИ**

---

---

**PERSONALITIES**

---

Памяти Валерия Ивановича Сабанова ..... 61

In memory of Valery Ivanovich Sabanov ..... 61

---

**ИНФОРМАЦИЯ**

---

---

**INFORMATION**

---

Правила для авторов ..... 63

Rules for authors ..... 63



## Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас для публикаций с обсуждением и предложениями по решению научно-практических проблем современной медицины и организации здравоохранения на страницах нового журнала «Медицина и организация здравоохранения». Планируя новое ежеквартальное издание в Санкт-Петербургском педиатрическом медицинском университете, авторы идеи предполагают на страницах этого журнала предоставить возможность высказать свою точку зрения широкому кругу специалистов, заинтересованных в оценке происходящих процессов в медицине XXI века и в реформировании здравоохранения России.

Нельзя не согласиться с тезисом, что современная медицина — это система научных знаний и практической деятельности, основной целью которой является укрепление и сохранение здоровья, продление активной и качественной жизни, предупреждение и лечение болезней человека. В настоящее время осо-

бый смысл приобретает в медицинской среде понятие и трактовка термина доказательная медицина. Фундаментальные ее принципы, а именно добросовестное, явное и разумное использование текущих лучших обоснованных доказательств в отношении принятия решений относительно оказания медицинской помощи индивидуальным пациентам. Практика доказательной медицины подразумевает объединение индивидуального профессионализма с лучшим доступным внешним обоснованным доказательством.

Новые социально-экономические условия в стране обусловили реформирование всех сфер жизнедеятельности населения. Особую значимость приобретают радикальные изменения в социальных отраслях, прежде всего, эти реформы затрагивают медицину и ее систему организации — здравоохранение. За последние годы отмечаются серьезные изменения, произошедшие в организации оказания меди-

цинской помощи, наблюдается улучшение основных показателей состояния здоровья населения во всех возрастных и социальных группах, регистрируется положительная динамика демографических критериев. В большинстве регионов страны повышены показатели рождаемости и продолжительности жизни, снизились показатели общей, детской и особенно младенческой смертности.

Конкретные шаги, направленные на увеличение финансирования государственной и страховой систем здравоохранения, поиск дополнительных финансовых источников, активизацию платного сектора и привлечение государственно-частного партнерства в отрасль, наметили пути рационального использования финансовых ресурсов. Путем конкретизации региональных особенностей разработаны «Дорожные карты» с предложениями по модернизации оборудования медицинских организаций и повышению заработной платы всем категориям медицинских работников.

В ходе выполнения поставленных задач была существенно обновлена законодательная база здравоохранения. Принят целый блок новых Федеральных и региональных законов, меняющих деятельность системы обязательного медицинского страхования, порядок и особенности новой системы финансирования медицинских учреждений с различной формой собственности.

Обсуждение особенностей кадрового обеспечения, которое должно соответствовать современным нормам планирования числа должностей, мощности медицинской организации, и требованиям качественной медицинской помощи.

На страницах журнала предлагается ответить особое место дискуссии о реформировании системы охраны материнства и детства, мероприятиям по защите здоровья детей, подростков и женщин фертильного возраста.

Здравоохранение или «охрана здоровья» в современных условиях требует новых подходов в организации медицинской и здравоохранительской деятельности, это не только государственная отрасль, организующая и обеспечивающая охрану здоровья населения, которая представляет собой совокупность мер политического, экономического, социального, правового, научного, медицинского, санитарно-гигиенического, противоэпидемического и культурного характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, а также предоставление медицинской помощи при ухудшении здоровья, при активной «медицинской позиции» населения.

Научно обоснованное здравоохранение — это добросовестное использование современных доказательств в отношении принятия решений об оказании медицинской помощи индивидуальным пациентам или предоставлении медицинских услуг, а грамотно аргументированная практика включает в себя комплексное и добросовестное принятие решения, основанного не только на доступном доказательстве, но также и на характеристиках, положении и предпочтениях пациента.

Новый журнал на своей дискуссионной площадке будет публиковать оригинальные, методические, обзорные, исторические и другие статьи, посвященные современным проблемам медицины и организации здравоохранения. Планируется регистрация журнала в РИНЦ и других информационных системах.

Журнал предназначен для практикующих врачей, организаторов здравоохранения, аспирантов, ординаторов и студентов, проявляющих интерес к проблемам и реформам в современной медицинской науке и практике, в организации здравоохранения.

*Главный редактор  
заслуженный деятель науки РФ,  
доктор медицинских наук,  
профессор В.И. Орел*

## СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ МЕГАПОЛИСА

© *Дмитрий Олегович Иванов, Василий Иванович Орел*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

**Контактная информация:** Дмитрий Олегович Иванов — д. м. н., и. о. ректора ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. E-mail: spb@gpma.ru

**РЕЗЮМЕ:** Данные официальной статистики и научно-исследовательские работы, проведенные в последние годы в различных регионах России, свидетельствуют об ухудшении состояния здоровья детского населения, что во многом связано с такими мощными факторами риска, как неблагоприятная экологическая обстановка и катастрофическое снижение социально-экономического благополучия населения России. Наблюдается значительное изменение картины заболеваемости в детском возрасте, выражающееся в увеличении числа хронических и сочетанных форм заболеваний, возрастании частоты интранатальных повреждений и наследственных патологий, что, в свою очередь, приводит к повышению численности детей-инвалидов. Особенностью современной патологии детского возраста является учащение перехода острых форм заболеваний в рецидивирующие и хронические, а также нарастание первичной хронической патологии. От качества получаемых сведений, степени их приближения к реальным цифрам, так называемой истинной заболеваемости, зависит эффективность принимаемых управленческих решений в отношении кадров, распределения сил и средств в отрасли, направленность профилактических мероприятий. В статье на основании анализа данных статистической отчетности за период 2011–2015 гг., в том числе статистических форм № 12, форм № 31, форм № 19, отчетных форм, содержащих информацию о важнейших социально значимых заболеваниях, представлены основные тенденции в состоянии здоровья детского населения Санкт-Петербурга. Полученные результаты о заболеваемости детей и подростков, наряду с показателями смертности, инвалидности и физического развития являются основными в оценке состояния здоровья детского населения и необходимыми для выработки мер по его сохранению и укреплению.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** дети 0–14 лет; подростки 15–17 лет; состояние здоровья; заболеваемость.

## THE MODERN FEATURES OF HEALTH OF CHILDREN OF THE METROPOLIS

© *Dmitriy O. Ivanov, Vasily I. Orel*

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

**Contact Information:** Ivanov Dmitriy Olegovich — MD., PhD, Acting Rector of Saint Petersburg state pediatric medical University. E-mail: spb@gpma.ru

**ABSTRACT:** Official statistics and scientific research conducted in recent years in various regions of Russia, indicate the deterioration of the health of the child population, largely due to such potent risk factors like unfavorable environmental conditions and catastrophic decline in the socio-economic well-being of the Russian population. There is a significant change in the pattern of morbidity in childhood, reflected in the increase in the number of chronic and combined forms of disease, the increase in the frequency of intrapartum damage and hereditary pathology, which in turn leads to an increase in the number of children with disabilities. A feature of the modern pathology of

childhood is the frequent transition of acute forms of disease in recurrent and chronic and increase in primary chronic disease. From the quality of the information, degree of their approximation to the real numbers, the so-called true incidence depends on the effectiveness of managerial decisions in regard to personnel, allocation of forces and resources in the industry, the focus of preventive measures. In the article on the basis of the analysis of statistical reporting for the period 2011–2015, including statistical forms No. 12, form No. 31, form No. 19, report forms containing information about the most important socially significant diseases, are the main trends in the health status of the child population of St. Petersburg. The results obtained about the incidence of children and adolescents, along with mortality, disability, and physical development are essential in assessing the state of health of children population and is necessary for the adoption of measures for its preservation and enhancement.

**KEY WORDS:** children 0–14 teenagers 15–17 years of age; health status; morbidity.

Основы здоровья взрослого населения формируются в детском возрасте. Согласно данным официальной статистической отчетности, за последние пятнадцать лет отмечаются неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья детей и подростков. Увеличиваются показатели как первичной, так общей заболеваемости среди детского населения, при этом ежегодный рост заболеваемости подростков 15–17 лет в 2 раза выше, чем детей 0–14 лет. Специальными исследованиями показано, что инвалидность при соматической патологии формируется уже к 12 годам, что связано с недостаточным уровнем профилактической работы со здоровым ребенком, оздоровительной и реабилитационной работой с детьми, страдающими хронической патологией [1].

Поэтому в сложившейся ситуации охрана здоровья детей является приоритетной задачей государственной политики, поскольку подрастающее поколение является самым главным потенциалом страны, ее кадровым и демографическим ресурсом, без которого невозможен ни экономический, ни социальный рост государства [5]. От уровня здоровья в подростковом периоде жизни зависит реализация жизненных планов, в том числе профессиональная подготовка, стремление к социальному развитию, создание семьи и рождение детей, то есть именно те факторы, которые определяют развитие страны в целом [2].

Для выработки основных мероприятий по сохранению и повышению уровня здоровья детского контингента необходимо наличие достоверной информации о физическом развитии детей, их заболеваемости, демографических характеристик и прочее [3].

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (СПбГПМУ) проводит постоянный мониторинг состояния здоровья детского населения г. Санкт-Петербурга. На основании получен-

ных данных совместно с Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга ежегодно издаются информационно-аналитические сборники «Служба охраны здоровья матери и ребенка Санкт-Петербурга». Последний сборник 2016 г. включает в себя данные за период 2011–2015 гг. [4].

Санкт-Петербург является одним из крупнейших мировых научно-производственных центров Северо-Западного Федерального округа Российской Федерации, имеет в своем составе 18 административных районов. На 01.01.2016 г. в Санкт-Петербурге проживает 890,8 тыс. детей и подростков в возрасте до 18 лет. По сравнению с 2011 г., число детей в возрасте от 0 до 18 лет увеличилось на 178,7 тыс. чел. (25,1%) за счет увеличения численности детского населения 0–14 лет на 168,5 тыс. чел. Доля детей в общей численности населения составляет 17,2%, подростков — 2,7%.

Особенностью демографической ситуации Санкт-Петербурга является то, что рождаемость в городе всегда была ниже, чем в целом по России. Несмотря на некоторое сближение показателей рождаемости в Санкт-Петербурге (13,1 на 1000) и в России (13,3 на 1000) в 2014 году, в 2015 году в Санкт-Петербурге показатель снизился до 12,3 на 1000, в то время как в РФ — остался на уровне предыдущего года (13,3 на 1000). В целом общий коэффициент рождаемости в городе повысился на 5,1% с 11,7 на 1000 в 2011 г. до 12,3 на 1000 в 2015 г.

Для оценки социального, демографического и медицинского благополучия той или иной территории необходимо учитывать не только показатели рождаемости, но и показатели смертности. Младенческая и детская смертность входят в группу показателей, характеризующих здоровье детского населения, и являются чутким барометром социально-экономического развития региона, а также

эффективности деятельности службы охраны материнства и детства.

В Санкт-Петербурге в 2015 г. показатель младенческой смертности составил 4,4 на 1000 родившихся живыми (2014 г. — 4,2 на 1000). В течение 5 лет показатель оставался стабильно ниже общероссийского, с небольшими колебаниями 4,2–4,5 на 1000 детей, родившихся живыми. Среди умерших 50,8% мальчики и 49,2% девочки, 61,0% родились недоношенными.

В структуре младенческой смертности в зависимости от периода жизни ребенка ведущее место занимает постнеонатальная смертность — 1,6 на 1000 родившихся живыми, на втором месте ранняя неонатальная смертность — 0,9 на 1000 родившихся живыми, на третьем месте поздняя неонатальная смертность — 0,7 на 1000 родившихся живыми.

Основными причинами младенческой смертности являются заболевания перинатального периода — 55,3% (2014 г. — 48,3%) и врожденные пороки развития — 23,5% (2014 г. — 28,9%), на их долю приходится около 80,0% всех смертей детей до года. Среди остальных причин болезни органов дыхания составляют 7,7% (2014 г. — 9,2%); болезни нервной системы — 2,9% (2014 г. — 4,2%); травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин — 2,9% (2014 г. — 3,1%); злокачественные новообразования — 2,2% (2014 г. — 1,8%); некоторые инфекционные и паразитарные болезни — 1,9% (2014 г. — 1,4%); прочие — 3,6%. Среди заболеваний перинатального периода, как причин смерти, растет удельный вес детей, родившихся с экстремально низкой (500,0–999,0 г) и очень низкой (1000,0–1500,0 г) массой тела — 48,9% (2014 г. — 42,9%) с присущими этому состоянию поражениями.

Показатель смертности детей от 0 до 4 лет в 2015 г. составил 5,15 на 1000 детей, родившихся живыми (в 2014 г. — 5,22). Среди причин смертности данной возрастной группы на первом месте стоят заболевания перинатального периода — 55,3% (2014 г. — 39,0%), рост за последние два года составил почти 30,0%, далее следуют врожденные пороки развития — 25,7% (2014 г. — 25,9%), болезни органов дыхания — 8,4% (2014 г. — 8,3%), болезни нервной системы — 4,5% (2014 г. — 7,1%), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин — 9,3% (2014 г. — 6,0%), злокачественные новообразования — 5,8% (2014 г. — 5,7%). В возрасте детей до 1 года и

до 4 лет злокачественные новообразования и травмы становятся значимыми причинами смерти.

В возрастной группе детей от 1 года до 17 лет в 2015 г. показатель смертности составил — 0,27 на 1000 детей соответствующего возраста (2014 г. — 0,22). Среди умерших преобладают мальчики — 55,7%, на долю девочек приходится 44,3%. На протяжении последних пяти лет основными причинами смертности детей в возрасте 1–17 лет явились травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин — 47,5% (2014 г. — 32,9%). За последние два года удельный вес данной причины вырос на 44,4%, из них ведущие — дорожно-транспортная травма, падения с высоты, поражения при пожаре, утопления. На втором месте стоят злокачественные новообразования — 19,4% (2014 г. — 20,5%); на третьем месте — заболевания центральной нервной системы — 8,7% (2014 г. — 16,1%); на четвертом месте — врожденные пороки развития — 9,6% (2014 г. — 6,8%), среди прочих причин вклад каждого класса болезней не превышает 4,5%.

Структура и уровень заболеваемости являются одними из важнейших индикаторов комплексной оценки здоровья населения.

В 2015 г. под наблюдение медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детям в амбулаторных условиях, поступило 62 620 новорожденных детей, что на 1712 чел. больше чем в 2014 г. Удельный вес недоношенных детей составил 4,1%. Из числа поступивших новорожденных заболело 13 503 ребенка (21,6%), показатель заболеваемости составил 215,63 на 1000. В структуре заболеваемости новорожденных ведущими являются заболевания перинатального периода 215,63 на 1000, врожденные пороки развития — 19,61 на 1000, пневмонии — 5,5 на 1000.

Среди заболеваний перинатального периода в анализируемый период первое место занимает замедление роста и недостаток питания плода — 41,9 на 1000, на втором месте перинатальная энцефалопатия — 39,3 на 1000, на третьем месте внутриматочная гипоксия и асфиксия — 24,8 на 1000, на четвертом месте родовая травма — 22,9 на 1000, далее инфекции перинатального периода — 18,2 на 1000 и гемолитическая болезнь новорожденных — 10,9 на 1000. Общая заболеваемость новорожденных снижалась с 2011 по 2013 гг., темп снижения составил 9,0%. В 2015 г. по сравнению с 2013 г. показатель вырос на 7,1% и составил 215,63 на 1000 новорожденных.

У детей первого года жизни показатель заболеваемости в 2015 г. составил 3454,1 на 1000, что на 12,0% больше, чем в 2011 г. Ведущими в структуре заболеваемости являются болезни органов дыхания (1556,9 на 1000), болезни нервной системы (418,0 на 1000), болезни органов пищеварения (259,2 на 1000), болезни перинатального периода (217,4 на 1000). С 2014 г. наблюдается увеличение заболеваемости детей первого года жизни болезнями глаза и его придаточного аппарата с 171,0 до 214,8 на 1000 (+25,6%), болезнями мочеполовой системы с 76,8 до 98,1 на 1000 (+27,7%).

Анализируя данные отчетной форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», в частности таблицы № 1000 (дети 0–14 лет включительно) и № 2000 (подростки 15–17 лет), куда включены сведения о числе зарегистрированных заболеваний и о диспансерном наблюдении, отмечено, что начиная с 2013 г., снижается общая заболеваемость детского населения в возрасте 0–14 лет. В 2015 г. показатель общей заболеваемости детей 0–14 лет был 2457,0, в 2014 г. — 2565,80, в 2013 г. — 2586,7 на 1000 детей соответствующего возраста. Темп снижения за три года составил 5,1%. В структуре общей заболеваемости данной возрастной группы ведущее место занимают болезни органов дыхания — 1341,7, на втором месте стоят болезни глаза и его придаточного аппарата — 162,5, на третьем месте — болезни органов пищеварения — 143,3, далее болезни костно-мышечной системы — 139,3, болезни нервной системы — 133,0. На фоне снижения показателя общей заболеваемости, по некоторым классам болезней зафиксирована тенденция к росту. Так за пять лет заболеваемость костно-мышечной системы и соединительной ткани выросла на 33,2%; новообразованиями — на 25,0%; нервной системы — на 15,5%; болезни глаза и его придаточного аппарата — на 15,2%; мочеполовой системы — на 13,7%; пищеварительной системы — на 4,0%.

Среди подросткового населения 15–17 лет показатель общей заболеваемости, в отличие от детей 0–14 лет, имел волнообразное течение и с 2013 г. отмечается его увеличение. За последние три года показатель вырос на 8,4% и составил в 2015 г. 2023,1 на 1000 детей 15–17 лет (2014 г. — 1944,0, в 2013 г. — 1866,8). Структура общей заболеваемости подростков 15–17 лет несколько отличается от детей

0–14 лет, неизменным остается ведущее место, которое принадлежит болезням органов дыхания — 712,8 на 1000, на втором месте находятся болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани — 246,2 на 1000, темп роста данного класса болезней за 5 лет составил 22,1%, на третьем месте — болезни глаза и его придаточного аппарата — 225,7 на 1000, далее болезни органов пищеварения — 151,9 на 1000, болезни нервной системы — 140,6 на 1000.

Показатель хронической заболеваемости детей 0–14 лет в 2015 г. по сравнению с 2014 г. снизился на 12,5% и составил 209,0 на 1000 детей соответствующего возраста (2014 г. 235,2). В ранговой структуре причин хронической заболеваемости ведущими являются: болезни глаза и его придаточного аппарата — 30,6%, болезни органов дыхания — 29,7%, болезни органов пищеварения — 24,9%, болезни нервной системы — 23,53%, болезни мочеполовой системы — 21,5%. В подростковом возрасте 15–17 лет показатель хронической заболеваемости в 2 раза выше, чем у детей 0–14 лет. В 2015 г. он составил 425,0 на 1000 детей соответствующего возраста. В отличие от детей 0–14 лет у подростков 15–17 лет ведущими являются болезни органов пищеварения — 67,4%, болезни глаза и его придаточного аппарата — 65,6%, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани — 60,4%, болезни органов дыхания — 53,4%, болезни мочеполовой системы — 33,2%, болезни эндокринной системы — 34,7%.

Говоря о социально значимых заболеваниях среди детского населения Санкт-Петербурга, можно отметить снижение числа впервые выявленных заболеваний туберкулезом на 22,0%, в том числе активными формами на 36,3%; ВИЧ-инфекцией на 18,8%; инфекциями, передающимися преимущественно половым путем, на 21,3%, за счет сифилиса на 40,0% и трихомоноза на 57,7%, а вот число впервые выявленных заболеваний гонококковой инфекцией наоборот выросло в 3 раза. На диспансерном учете в отделении материнства и детства Центра СПИД состоит 375 ВИЧ-инфицированных детей в возрасте от 0 до 18 лет. Из них 66 проживают в государственных учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

В зависимости от состояния здоровья дети относятся к той или иной группе здоровья. При распределении детей в возрасте 0–17 лет по группам здоровья выявлено, что самой многочисленной является 2-я группа здоровья (от-

сутствуют хронические заболевания, но имеются функциональные и морфофункциональные нарушения) — 67,6%, за ней следует 3-я группа здоровья (дети, имеющие хронические заболевания) — 22,3%, далее идут 1 группа здоровья (здоровые дети) — 8,8%, 5 группа здоровья (наличие тяжелого хронического заболевания, физического недостатка, дети-инвалиды) — 0,9%, 4 группа здоровья (хронические заболевания, требующие назначения поддерживающего лечения, и состояния, повлекшие ограничения возможности обучения или труда) — 0,4%. Обращает на себя внимание тот факт, что с возрастом снижается численность второй группы здоровья и увеличивается третья группа здоровья, среди учащихся средних специализированных учреждений третья группа здоровья самая многочисленная и составляет 27,4%.

На диспансерном учете по состоянию на 01.01.2016 г. состоит 174 641 ребенок в возрасте 0–17 лет. По результатам диспансеризации в 2015 г. впервые взято на диспансерный учет 14 120 детей с 31 883 заболеваниями, то есть на каждого ребенка приходится 2,26 заболеваний.

Еще одним важным критерием общественного здоровья является показатель инвалидности, который отражает не только уровень социально-экономического развития, но и экологическое состояние территории, а также качество проводимых профилактических мероприятий. По данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, к концу 2015 г. число детей-инвалидов составило 15 614 человек (17,5 на 1000 детей 0–17 лет), из них в возрасте 0–4 года — 2 647 человек (17,0%), 5–9 лет — 5 013 чел. (32,1%), 10–14 лет — 5 160 чел. (33,0%), 15–17 лет — 2 794 чел. (17,9%). Среди детей-инвалидов мальчики составили 60,2%, девочки — 39,8%. В 2015 г. впервые установлена инвалидность 1 834 детям, из них 1 083 мальчика (59,0%) и 751 девочка (41,0%). В структуре причин детской инвалидности ведущими являются психические расстройства и расстройства поведения — 31,1%, болезни нервной системы — 23,0%, врожденные пороки развития, деформации и хромосомные нарушения — 15,0%, болезни эндокринной системы, нарушения обмена веществ — 9,6%. Показатель детской инвалидности, с учетом детской психиатрии, составил 18,8 на 1000 человек детского населения 0–17 лет.

Таким образом, за последние пять лет (2011–2015) в Санкт-Петербурге отмечаются

следующие тенденции в состоянии здоровья детского населения:

- численность детей 0–17 лет включительно растет более быстрыми темпами, чем всего населения в целом, в структуре народонаселения Санкт-Петербурга дети 0–17 лет включительно в 2015 г. стали занимать 17,2% против 14,5% в 2011 г.;
- несмотря на повышение показателя рождаемости за последние пять лет на 5,1%, он остается ниже общероссийского показателя на 15,0%;
- показатель младенческой смертности в городе остается одним из самых низких в Российской Федерации (4,2–4,5 на 1000 родившихся живыми), среди умерших до года 61,0% составили недоношенные дети, растет удельный вес детей, родившихся с экстремально низкой и очень низкой массой тела, умерших от заболеваний перинатального периода;
- показатели детской смертности в зависимости от возраста значительных колебаний не имели, однако, особую тревогу вызывает рост за последние два года на 44,4% удельного веса травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин в структуре смертности детей 1–17 лет включительно, среди умерших в возрасте 1–17 лет преобладают мальчики — 55,7%;
- отмечается рост показателя заболеваемости новорожденных к 2015 г. на 7,1%, детей первого года жизни на 12,0%;
- показатель общей заболеваемости с 2013 г. снижается среди детей 0–14 лет (на 5,1%) и наоборот повышается среди подросткового населения 15–17 лет (на 8,4%). Общим для этих возрастных групп является рост заболеваемости костно-мышечной системы и соединительной ткани, глаза и его придаточного аппарата;
- показатель хронической заболеваемости у подростков 15–17 лет в 2 раза выше, чем у детей 0–14 лет;
- снижается число впервые выявленных заболеваний туберкулезом, в том числе активными формами, ВИЧ-инфекцией, а также в целом инфекциями, передающимися преимущественно половым путем, исключение составляет гонококковая инфекция, число впервые выявленных заболеваний гонококковой инфекцией выросло в 3 раза за пятилетний период;
- по итогам распределения детей по группам здоровья, можно сделать вывод, что у

детей с возрастом нарастает хроническая патология. Если среди детей дошкольного возраста каждый седьмой относился к третьей группе здоровья, то среди школьников — каждый четвертый, а среди учащихся средних специализированных учреждений — практически каждый третий;

- на каждого ребенка, состоящего в диспансерной группе, приходится 2,26 заболеваний;
- наибольшее число детей-инвалидов приходится на возрастную группу 10–14 лет, среди детей-инвалидов мальчики составляют 60,2%.

Проведенный анализ медико-статистических закономерностей в изменении состояния здоровья детей и подростков, проживающих в мегаполисе, позволит планировать и реализовывать комплекс мероприятий и приоритетных направлений по оздоровлению и воспитанию детского населения, рациональному и эффективному использованию медико-социальных ресурсов.

## REFERENCES

1. Baranov A. «Nasha cel' — dobit'sja, chtoby kazhdyi rebenok v Rossii ros zdorovym i schastlivym». [“Our goal is to ensure that every child in Russia grows up healthy and happy”]. Vestnik Roszdravnadzora. 2016; 3: 5–8. (in Russian).
2. Gavrillov D. N., Puhov D. N. Rezultaty issledovaniya zdorovya i povedeniya detey shkolnogo vozrasta. [The results of the study of health and behavior of school-age children]. Profilakticheskaya i klinicheskaya meditsina. 2014; 51 (2): 32–35. (in Russian).
3. Maksimova T. M., Belov V. B., Lushkina N. P., Korolkova T. A., Gaenko O. N., Barabanova N. A., Tokurov T. V., rogovina A. G. Sostoyanie zdorovya, usloviya zhizni i

meditsinskoe obespechenie detey v Rossii. [The state of health, living conditions and medical treatment for children in Russia]. M.: PER SE; 2008. (in Russian).

4. Orel V. I., Kim A. V., Sereda V. M., Gur'eva N. A., SHarafutdinova L. L. i dr. Sluzhba ohrany zdorov'ja materi i rebenka Sankt-Peterburga v 2015 godu. [The health of the mother and child Saint-Petersburg in 2015]. SPbGPMU. 2016. (in Russian).
5. Orel V. I., Choloyan S. B., Sereda V. M., Sheenkova M. V., Gureva N. A., Ekimov A. K., Soloveva E. A., Saydasheva A. T. Kliniko-ekonomicheskie osobennosti profilakticheskoy raboty s detmi do treh let. [Clinical and economic peculiarities of preventive work with children up to three years]. Vestnik Roszdravnadzora. 2016; № 3: 55–61. (in Russian).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. «Наша цель — добиться, чтобы каждый ребенок в России рос здоровым и счастливым». Вестник Росздравнадзора. 2016; 3: 5–8.
2. Гаврилов Д. Н., Пухов Д. Н. Результаты исследования здоровья и поведения детей школьного возраста. Профилактическая и клиническая медицина. 2014; 51 (2): 32–35.
3. Максимова Т. М., Белов В. Б., Лушкина Н. П., Королькова Т. А., Гаенко О. Н., Барабанова Н. А., Токуров Т. В., Роговина А. Г. Состояние здоровья, условия жизни и медицинское обеспечение детей в России. М.: ПЕР СЭ; 2008.
4. Орел В. И., Ким А. В., Середина В. М., Гурьева Н. А., Шарафутдинова Л. Л. и др. Служба охраны здоровья матери и ребенка Санкт-Петербурга в 2015 году. СПб.: СПбГПМУ; 2016.
5. Орел В. И., Чолоян С. Б., Середина В. М., Шеенкова М. В., Гурьева Н. А., Екимов А. К., Соловьева Е. А., Сайдашева А. Т. Клинико-экономические особенности профилактической работы с детьми до трех лет. Вестник Росздравнадзора. 2016; 3: 55–61.

## СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

---

© Виктор Геннадьевич Пузырев, Владимир Александрович Глущенко

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

**Контактная информация:** Виктор Геннадьевич Пузырев — к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: vgpuzurev@mail.ru

---

**РЕЗЮМЕ:** Внутренний контроль в лечебно-профилактическом учреждении является одной из основных составляющих системы управления хозяйственной деятельностью учреждения. Стремление к наиболее высокому уровню качества оказания медицинской помощи и удовлетворенности ею пациентов (за счет эффективного управления с максимальным использованием возможностей системы внутреннего контроля), является одной из наиболее приоритетных задач руководителей медицинских организаций. Однако, отсутствие единых нормативных актов по регламенту организации внутреннего контроля и безопасности медицинской деятельности, вынуждает каждое медицинское учреждение создавать свои процедуры для осуществления внутреннего контроля. В связи с этим представлены наиболее эффективные мероприятия по внедрению внутреннего контроля и аудита в деятельность лечебно-профилактических учреждений.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** внутренний контроль и аудит качества медицинской помощи.

---

## CREATION OF THE EFFECTIVE MEDICAL CARE QUALITY MONITORING SYSTEM IN PREVENTIVE HEALTHCARE INSTITUTION

---

© Viktor G. Puzyrev, Vladimir A. Glushhenko

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

**Contact Information:** Viktor Gennad'evich Puzyrev — MD, PhD, Associate Professor, Department of Public Health and Healthcare. E-mail: vgpuzurev@mail.ru

---

**ABSTRACT:** The internal control in preventive healthcare institution is one of the basic component of economic control activity system. The aspiration to the highest level of health care delivery quality and patients' satisfaction with it (due to effective management with the maximum use of opportunities of the internal control system), is one of the greatest priorities of heads of the medical institution. However, lack of uniform statutory enactments according to internal control organization regulations and safety of medical activities, make every medical establishment to create its procedures for implementation of internal control. In this regard the most effective actions

---

on implementation of internal control and audit are presented in activity of medical preventive healthcare institution.

**KEY WORDS:** internal control and audit medical care quality.

В настоящее время здравоохранение России занимает одно из ведущих мест в развитии социально-ориентированного государства, т.к. отечественное здравоохранение само по себе является сложной социально-экономической системой, ежедневно решающей сложные морально-нравственные проблемы, не замыкаясь на вопросах экономической эффективности. В связи с этим любые неправильные действия в области охраны здоровья могут привести к значительному негативному социальному отклику [10, 18].

В основном законе нашей страны, Конституции Российской Федерации, указано, что каждый гражданин России обладает гарантированным уровнем социальной защищенности и правом на охрану здоровья и медицинскую помощь [7].

В связи с этим деятельность медицинских учреждений постоянно контролируется органами управления здравоохранения РФ. Однако анализ полученных ими данных свидетельствует об увеличении заболеваемости населения, об имеющих место неэффективных, а иногда и незаконных расходах бюджетных средств, что говорит о недостаточной эффективности контроля.

Для обеспечения постоянного развития медицинских учреждений, требуется разработка более совершенного механизма контроля, где одно из главных мест принадлежит институту аудита, который является обязательной частью рыночных отношений. Аудит использования финансовых средств, направленных на обеспечение социальной защиты граждан и реализации в полной мере их права на охрану здоровья и медицинскую помощь, должен являться одним из основных видов контроля. Правильно проводимый аудит позволит выявить имеющиеся недостатки деятельности медицинских учреждений, разработать мероприятия по их устранению и выработать перспективную программу развития учреждений здравоохранения [11, 18].

В Российской Федерации, как и в большинстве западных стран, аудиторский контроль подразделяется на два вида: внешний и внутренний. Осуществление внешнего контроля возлагается на аудиторские фирмы, внешних, независимых auditors. Внутренний аудит проводится либо специально созданной службой самой организации, либо ее сотрудниками,

при непосредственном подчинении руководству этой организации.

Внутренний аудит, позволяющий установить имеющиеся или потенциальные несоответствия и способствующий улучшению деятельности медицинских учреждений, является наиболее современным методом управленческого контроля качества [12].

Аудит медицинских учреждений проводится с целью определения достоверности финансовой (бухгалтерской) отчетности проверяемых медицинских учреждений и корректировки порядка ведения бухгалтерского учета в соответствии с законодательством РФ [11].

Однако, как отмечает большое количество авторов [1, 2, 3, 6, 9 и др.], аудит деятельности любых медицинских учреждений состоит не только из экономического анализа, т.к. их деятельность характеризуется взаимосвязанными медико-экономическими показателями, среди которых одно из главных мест занимает качество оказания медицинской помощи.

Выявлению и мобилизации резервов улучшения качества медицинской помощи в медицинских учреждениях способствует внутренний аудит, который можно рассматривать как функцию управленческого контроля [9].

Роль повышения эффективности внутреннего контроля в лечебно-профилактических учреждениях крайне важна, особенно в настоящее время, когда отмечается увеличение конкуренции на рынке медицинских услуг [17].

Как отмечает М.Ш. Абдулаев [1], внутренний контроль должен осуществляться в условиях открытости, прозрачности и достоверности, что увеличит эффективность управления качеством медицинских услуг.

Круг вопросов и цели внутреннего аудита зависят от размера и структуры медицинского учреждения и требований его руководящего аппарата, поэтому в каждом конкретном случае различны. Как правило, функции службы внутреннего аудита содержат в себе одно или несколько звеньев: контроль за исполнением законов РФ, нормативных актов, внешних и внутренних требований руководства; контроль результативности, экономности и эффективности аудируемого лица; контроль управленческой и финансовой деятельности учреждения; оценка продуктивности процедур внутреннего контроля.

Права и обязанности, ответственность внутренних аудиторов регулируются внутренними регламентами, разработанными самими учреждениями на основании законодательства РФ. Внутренним аудитом должны заниматься подготовленные люди, обладающие определенным знанием, опытом, квалификацией и личными качествами. Внутренний аудит должен быть направлен не на поиск несоответствий в системе, а на каждодневное повышение результативности процессов системы менеджмента качества [6].

Как считают А. В. Тараскина и Ю. А. Зурнаджянц [15], внутренний контроль может осуществляться и самостоятельно без создания органов внутреннего аудита. По их мнению, внутренний аудит, является дополнительным уровнем контроля в системе управления.

По мнению же А. М. Сониной [13, 14] оценкой надежности и эффективности существующей системы внутреннего контроля является именно внутренний аудит.

В соответствии со 2-й статьей Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. «качество медицинской помощи — это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата» [16].

Таким образом, в органах и организациях любой из систем здравоохранения (государственной, муниципальной и частной) внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в порядке, установленном их руководителями. Стремление к наиболее высокому уровню качества оказания медицинской помощи и удовлетворенности ею пациентов (за счет эффективного управления с максимальным использованием возможностей системы внутреннего контроля), является одной из наиболее приоритетных задач руководителей медицинских организаций [19].

Внедрение системы менеджмента качества (СМК) на основе международных стандартов ISO серии 9000, является одним из важных методов, который позволяет достигать и поддерживать высокий уровень качества оказания медицинских услуг [20, 21].

Правильное и целенаправленное введение СМК в деятельность медицинских орга-

низаций позволит освободить врачей и средний медицинский персонал от малосущественного и неэффективного контроля качества и повысить эффективность их работы [4].

Наиболее рациональной, на наш взгляд, является система внутреннего контроля качества, разработанная и используемая с 2011 года в Центральной клинической больнице Российской академии наук (ЦКБ РАН) [5]. Данная система подразумевает, что для более эффективного управления лечебным учреждением, устранения недостатков и улучшения качества работы, необходимо провести ряд следующих мероприятий.

### **Мероприятие № 1: СОЗДАНИЕ ТРЕХСТУПЕНЧАТОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Актуальной задачей является создание модели конкурентноспособного лечебно-профилактического учреждения, где качество будет соответствовать лучшим национальным и мировым стандартам, где будут соблюдаться права пациентов, где будет выстроена система обмена информацией и сотрудничества, где будет работать команда врачей-единомышленников. Ключевой фигурой такого лечебного учреждения является врач, который умеет выстроить отношения с пациентом и оказать современные медицинские услуги. Именно врачи и заведующие структурными подразделениями первыми контактируют с пациентами, или их законными представителями, и они должны осуществлять первую ступень контроля качества медицинской помощи.

В соответствии с действующей структурой учреждения, следующую ступень контроля должны осуществлять заместители главного врача, отвечающие за оперативное управление структурными подразделениями. Ими являются заместители главного врача по хирургии, педиатрии, терапии, а также заместитель главного врача по клинико-экспертной работе.

Третьей ступенью контроля качества медицинской помощи является врачебная комиссия лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). Это особый орган, функционирующий на постоянной регулярной основе при медицинском учреждении в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи гражданам, принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и прочих вопросах.

## **Мероприятие № 2: СОЗДАНИЕ ОТДЕЛА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Целью создания данного отдела является улучшение условий для развития творческой личности, координация работы по совершенствованию профилактической и лечебно-диагностической работы медицинского учреждения. К основным задачам, которые должен решать данный отдел, относятся:

- разработка, внедрение и реализация принципов системы менеджмента качества;
- привлечение управленческого персонала, всех медицинских сотрудников и сотрудников вспомогательных отделов к инновационному процессу улучшения деятельности клиники;
- повышение эффективности и результативности труда в сфере медицинских услуг;
- оптимизация затрат.

Отдел формирует стратегию и координирует работу по функционированию системы менеджмента качества. Основные функции, которые должен обеспечивать отдел:

- разработка и обеспечение идеологии системы менеджмента качества. Разработка планов, стратегических программ и проектов в области улучшения качества профилактической, лечебно-профилактической помощи. Контроль хода их выполнения;
- создание единой структуры документации системы менеджмента качества, включающей политику в области качества, руководство по качеству, документированные процедуры;
- обеспечение соответствия системы менеджмента качества принятой модели менеджмента качества (проведение внутренних аудитов системы менеджмента качества, подготовка больницы к оценке и сертификации качества медицинских услуг);
- сопровождение системы менеджмента качества, поддержание ее в актуальном состоянии, ведение необходимой документации (организация работ по мониторингу качества предоставляемых медицинских услуг и важнейших направлений деятельности в рамках системы менеджмента качества, подготовка отчетов для главного врача по вопросам качества, функционирования и улучшения системы менеджмента качества).

Для руководства отделом целесообразно ввести новую штатную должность — замести-

тель главного врача по качеству. В структуре отдела необходимо выделить профильные подразделения.

Для лучшего взаимодействия с отделениями клиники и координированной работы в области управления качеством, вовлечения в процесс деятельности всех сотрудников клиники создается подразделение организации и координации работ.

Инструктивно-методическое подразделение окажет методическую помощь отделениям клиники в подготовке отчетов, обработке и анализе их данных, а также сможет организовать подготовку и переподготовку работников отдела и сотрудников отделений в области менеджмента качества.

С целью автоматизации подготовки отчетов и взаимодействия всех подразделений и отделений клиники технологически необходимо информационное подразделение.

## **Мероприятие № 3: ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА НА ОСНОВЕ РАЗРАБОТАННЫХ ВНУТРЕННИХ НОРМАТИВНЫХ АКТОВ И ФОРМ ДОКУМЕНТОВ**

Для деятельности любых лечебных подразделений важны внутренние комиссионные проверки. Проверки отделений клиники являются последовательностью действий на базе формализованных нормативных документов, разработанных внутри учреждения и утвержденных приказами руководителя данного учреждения:

- Положение о регламенте проведения внутренней проверки структурных подразделений ЛПУ;
- План внутренних комиссионных проверок деятельности лечебных отделений ЛПУ;
- Приказ о проведении плановой проверки отделения;
- Форма Акта внутренней комиссионной проверки отделений ЛПУ;
- План корректирующих мероприятий по выявленным в ходе внутренних проверок нарушениям отделения ЛПУ.

Положение о регламенте проведения внутренней проверки структурных отделений ЛПУ, осуществляющих медицинскую деятельность, утвержденное руководителем учреждения, является основным нормативным документом, разработанным внутри учреждения, для внедрения и осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности данного учреждения.

### I. Основные положения:

1. Цели проведения проверки.
2. Предмет проведения проверки.
3. Права и обязанности должностных лиц при проведении проверки.
4. Права и обязанности заведующего отделением ЛПУ, в отношении которого осуществляется проверка.

5. Описание результата исполнения проверки.

### II. Порядок плановых и внеплановых проверок:

1. Срок проверки.
2. Процедура плановой и внеплановой проверки.
3. Последовательность процедур при проведении проверки (планирование проверки, выполнение проверки, анализ данных проверки).

III. Ответственность должностных лиц за решения и действия (бездействие), принимаемые (осуществляемые) ими в ходе исполнения внутренней проверки. Внутренние проверки должны проводиться постоянно в течение всего года, согласно заранее разработанному и утвержденному руководителем учреждения Плану данных проверок ЛПУ.

В соответствии с правилами делопроизводства сотрудники отдела делопроизводства доводят до сведения руководителей структурных подразделений сроки проведения проверки их подразделения, согласно приказу о плане осуществления внутренней проверки.

Внутренняя комиссия проверка качества и безопасности медицинской деятельности соответствующего структурного подразделения должна осуществляться ежемесячно.

Приказ, согласно утвержденной руководителем учреждения форме, об осуществлении плановой проверки структурного подразделения, должен содержать следующие основные разделы:

- предмет внутренней проверки;
  - сроки проведения внутренней проверки;
  - основание проведения внутренней проверки;
  - состав комиссии;
  - примерный перечень нормативных актов;
  - основные разделы и ключевые показатели, которые характеризуются абсолютными объективными количественными индикаторами:
- кадровые ресурсы (штатное расписание, списочный состав, график работы, рациональность распределения, табель учета рабочего времени, наличие разрешительных документов по допуску к работе с наркотическими, сильнодействующи-

- ми средствами и психотропными веществами, декретированный контингент);
- документация медицинских услуг (кодировка услуг согласно внутреннему порядку, документация услуг, документация неблагоприятных побочных действий медицинских услуг, соответствие акту оказанных услуг, статистика выписанных пациентов по каналам внебюджетного поступления);
- первичная медицинская документация, контроль качества медицинской помощи (ведение истории болезни пациента, оформление форм юридических взаимоотношений с пациентом);
- медицинский сервис;
- соблюдение санитарно-эпидемиологических норм;
- оборот лекарственных средств и расходных материалов;
- использование лекарственных средств;
- использование контрольно-измерительных приборов (наличие регистрационных удостоверений, соответствие рабочего места требованиям СанПин, журналы учета технического обслуживания медицинской техники — наличие, ведение, своевременность проведения технического обслуживания медицинской техники, проверки измерительных приборов, допуски для работы персонала);
- выявленные нарушения.

Указанные выше процедуры внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности во многом схожи со следующими показателями системы менеджмента качества:

- цели аудита;
- объем, место и график проведения аудита;
- процедуры программы аудита;
- критерии аудита;
- формирование группы аудита;
- необходимые ресурсы;
- процессы, связанные с соблюдением конфиденциальности аудита;
- и т. д.

Согласно приказу об осуществлении внутренней проверки и с учетом направления контроля, члены комиссии обязаны представить свои отчеты председателю комиссии.

По результатам проверки готовится акт и проводится анализ нарушений. На имя главного врача ЛПУ руководитель проверенного структурного подразделения представляет объяснительную записку и план корректирующих мер с перечислением мероприятий по исправлению обнаруженных нарушений, указанием

ответственных лиц за проведение данных мероприятий и сроков исполнения.

После утверждения плана корректирующих мероприятий, в ходе их реализации, должен осуществляться их постоянный мониторинг и контроль исполнения.

Для выявления имеющихся или потенциальных несоответствий в рабочем процессе и возможностей улучшения деятельности в области качества, предоставление текущих консультаций сотрудникам ЛПУ с целью улучшения деятельности, необходимо подразделение внутреннего аудита и его анализа.

Аудит должны проводить специально обученные и компетентные в сфере внутреннего аудита сотрудники, постоянно совершенствующие свои знания. Основные знания, которыми они должны владеть:

- анализ результативности и эффективности лечебно-диагностических, профилактических процессов, неклинических процессов, процессов управления;
- соблюдение прав медицинских работников и пациентов;
- правовые возможности и эффективность внедрения инновационных технологий;
- эффективное взаимодействие отделений клиники, участвующих в выполнении одного процесса;
- преемственность в деятельности внутри клинических отделений клиники и взаимодействие с другими учреждениями здравоохранения;
- правильность применения и точность измерений показателей качества руководителями структурных подразделений клиники;
- своевременность и доступность оказываемой медицинской помощи пациентам клиники.

Непосредственно процесс аудита можно определить в виде последовательных действий таких как:

- составление и утверждение плана аудита;
- сбор информации по конкретно заданной теме;
- измерение фактических показателей и сравнение их с установленными критериями;
- анализ причин выявленных отклонений с составлением обязательного отчета;
- разработка мероприятий и предоставление разъяснений по их применению для устранения выявленных дефектов в рабочем процессе;
- проверка устранения выявленных дефектов в рабочем процессе.

Планирование аудита должно осуществляться путем составления годовой программы, которая включает:

- график проведения аудитов в отделениях;
- темы аудитов;
- порядок проведения и методы аудитов;
- формы и сроки предоставления отчетов.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ВНЕДРЕНИЮ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ И АУДИТА В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЛПУ**

Анализ данных, полученных в ходе осуществления внутреннего контроля и аудита, дает возможность выявить нарушения и недочеты по целому ряду вопросов:

- административных;
- организационных;
- кадровых;
- материально-технических;
- сервисных;
- финансовых, в части оборота лекарственных средств, учета, применения и списания расходных материалов;
- соблюдению требований нормативно-правовых актов в области обеспечения доступного медицинского обслуживания населения, поддержания и улучшения уровня здоровья;
- созданию и налаживанию контроля качества осуществления и безопасности медицинской помощи;
- оформлению медицинской документации;
- соблюдению санитарно-эпидемических условий и многих других.

Внутренний аудит, выполняя функцию управленческого контроля, представляет процесс и систему, направленные на выявление и мобилизацию резервов улучшения качества медицинской помощи в клинике.

Внутренний аудит совместно с иными видами внутреннего контроля является дополнительным информационным ресурсом для руководства клиники, отвечающим всем требованиям, предъявляемым к качеству медицинской помощи.

Осуществление внутренних аудитов, с участием в них сотрудников клиники, помогает утверждению демократических начал в управлении качеством в медицинском учреждении.

Оценка данных, полученных в ходе внутреннего аудита, позволяет оперативно обновлять документы, касающиеся обязанностей медицинских работников, алгоритма оказания медицинской помощи пациентам, юридиче-

ского регулирования взаимоотношений с пациентом, и дает возможность специалистам совершенствовать свои знания и навыки. Выявленные у отдельных специалистов нарушения и замечания, по осуществлению медицинской деятельности, дают возможность применения административных мер к отделениям, которые не выполнили устранение замечаний и недочетов в указанные сроки, не создавая конфликтных ситуаций личного характера, таких, как обвинение в предвзятом отношении со стороны руководителя структурного подразделения, так как замечания и нарушения фиксируются комиссией и являются объективными.

В результате внедрения в 2011 году внутреннего контроля и аудита в ЦКБ РАН было отмечено улучшение целого ряда показателей: количество недочетов при оформлении историй болезней сократилось в шесть раз; число грубых нарушений заполнения карт стационарных больных за два года сократилось с 1,2 до 0,2 на каждую карту стационарного больного; на 34% уменьшилось число врачей, которым требовалось повышение квалификации; количество пролеченных больных ежегодно увеличивалось на 11–13%; удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью возросла на 35%.

Проведенные проверки позволили обновить более 50 внутриучрежденных нормативных документов, регулирующих различные стороны деятельности ЦКБ РАН, касающиеся как медицинских, так и трудовых вопросов.

В результате внедрения трехступенчатого контроля качества, рассмотрение обращений граждан по вопросам проведения лечебных мероприятий врачебной комиссией сократилось на 27% за год [5].

Стандартные критерии, которые должны применяться при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, в стационарных условиях и в условиях дневного стационара при ряде заболеваний и состояний, приведены в приказе Министерства здравоохранения РФ № 422 ан от 07 июля 2015 года «Критерии оценки качества медицинской помощи» [8].

Таким образом, каждое из предлагаемых мероприятий дает стимул к улучшению показателей социальной, медицинской и экономической эффективности деятельности ЛПУ.

## REFERENCES

1. Abdulaev M.Sh. Rol' vnutrennego audita v razvitii mnogoprofil'noj stacionara. [The Role Of Internal Audit in

development of f multidisciplinary inpatient hospital]. *Medicina*. 2013; N 4: 3–5. (in Russian).

2. Bedoreva I.Ju., Sadovoj M.A. Funkcionirovanie i sovershenstvovanie sistemy menedzhmenta kachestva v federal'nom uchrezhdenii zdavoohranenija. [Functioning and development of quality management system in the federal institution of public health service]. *Mezhregional'naja nauch.-prak. konf. s mezhdunarodnym uchastiem «Sovremennye podhody k upravleniju kachestvom medicinskoj pomoshhi»*: tez. dokl. Novosibirsk; 2007: 19–21. (in Russian).
3. Gadzhiev R. S. Jekonomika zdavoohranenija: uchebnoe posobie. [Healthcare economics tutorial]. M.: Medicina; 2003.
4. Gajfulin R. F., Jagudin R. H., Rybkin L. I. Modernizacija vnutrennego kontrolja kachestva okazaniya medicinskoj pomoshhi v sisteme operativnogo upravlenija krupnoj mnogoprofil'noj organizaciej. [Modernization of the internal quality control of the medical care in a system of operative management of a large multipurpose institution]. *Medicinskaja praktika: jelektronnyj informacionnyj sayt dlja specialistov v oblasti mediciny*. Available at: <http://mfvt.ru/modernizacija-vnutrennego-kontrolya-kachestva-okazaniya-medicinskoj-pomoshhi-v-sisteme-operativnogo-upravleniya-krupnoj-mnogoprofilnoj-organizaciej/> (accessed 02.08.2016). (in Russian).
5. Goncharov N. G., Bojchenko Ju. Ja., Oranskaja O. V. Praktika vnedrenija sistemy vnutrennego kontrolja kachestva v CKB RAN. [Introduction of internal quality control in the Central Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences (CCH RAS)]. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2013; N 6: 47–59. (in Russian).
6. Kovalenko T. N., Zahvatkina O. A. Rol' vnutrennego audita s sisteme menedzhmenta kachestva. [The role of internal audit in the quality management system]. *Mezhregional'naja nauch.-prak. konf. s mezhdunarodnym uchastiem «Sovremennye podhody k upravleniju kachestvom medicinskoj pomoshhi»*: tez. dokl. Novosibirsk; 2007: 37–39. (in Russian).
7. Konstitucija Rossijskoj Federacii. [Constitution of the Russian Federation]. SPb.: Piter; 2015. (in Russian).
8. «Kriterii ocenki kachestva medicinskoj pomoshhi» [Criteria for assessing the quality of medical care]: prikaz Ministerstva zdavoohranenija RF № 422an ot 07.07.2015 g. M., 2015. (in Russian).
9. Krishtopa B. P., Gorachuk V. V. Organizacija vnutrennego audita v sisteme kontrolja kachestva medicinskoj pomoshhi. [Organization of internal audit in a quality control system of medical care]. *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta T. 25.*: Belgorod: BGU, 2014; N 4 (175): 163–168. (in Russian).
10. Medik V. A., Jur'ev V. K. Obshhestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie: Uchebnik — 2-e izd., ispr. i dop. [Public health and health care: textbook — 2 edition: corrected and added]. M.: GJeOTAR-Media; 2012. (in Russian).

11. Medicinskaja dejatel'nost': audit finansovo-hozjajstvennoj dejatel'nosti me-dicinskogo predpriyatija. [Medical activities: audit of financial and economic activities of the medical entity]. medicus.ru — posol'stvo mediciny: nauchnyj jelektronnyj zhurnal. Available at: <http://www.medicus.ru/expert/workshop/document27444.phtml> (accessed 02.08.2016). (in Russian).
12. Rukovodstvo po razrabotke strategij obespechenija kachestva i bezopasnosti s po-zicijii sistem zdavoohranenija. [Manual on development of strategy of quality and safety by health service's position] Evropejskoe regional'noe bjuro Vsemirnoj organizacii zdavoohranenija; 2008. (in Russian).
13. Sonin A. M. Rukovodstvo po razrabotke strategij obespechenija kachestva i bezopasnosti s pozicijii sistem zdavoohranenija. [Internal audit: the modern approach]. M.: Finansy i statistika; 2007. (in Russian).
14. Sonin A. M. Vnutrennij kontrol' i vnutrennij audit — neobhodimost' kompanii. [Internal control and internal audit —necessity of the company]. GAAP.RU- teorija i praktika upravlencheskogo ucheta: jelektronnyj zhurnal. Available at: [http://www.gaap.ru/articles/vnutrennij\\_kontrol\\_i\\_vnutrennij\\_audit\\_nbsp\\_ndash\\_nbsp\\_neobkhodimost\\_dlya\\_kompanii](http://www.gaap.ru/articles/vnutrennij_kontrol_i_vnutrennij_audit_nbsp_ndash_nbsp_neobkhodimost_dlya_kompanii) (accessed 02.08.2016). (in Russian).
15. Taraskina A. V., Zurnadzh'jan Ju. A. Osobennosti organizacii vnutrennego kontrolja v uchrezhdenijah zdavoohranenija. [Organization characteristics of the internal control in health protection institutions]. Vestnik Astrahanskogo gosudarstvennogo tehničeskogo universiteta. 2008; 45 (4): 129–135. (in Russian).
16. Federal'nyj zakon ot 21.11.2011 № 323-FZ «Ob osnovah ohrany zdorov'ja grazhdan v Rossijskoj Federacii». [The federal law from 11/21/2011 No. 323-FZ “About citizen's health care foundations in the Russian Federation»]. Rossijskaja gazeta; N 5639. (in Russian).
17. Shevcov V. I., Kovalenko T. N., Popkov A. V. Vyshee rukovodstvo v sisteme menedzhmenta kachestva. [Senior management in the quality of management system]. Mezhhregional'naja nauch.-prak. konf. s mezhdunarodnym uchastiem «Sovremennye podhody k upravleniju kachestvom medicinskoj pomoshhi»: tez. dokl. Novosibirsk, 2007: 79–80. (in Russian).
18. Shibekov D. V. Organizacija i metodika audita medicinskih uchrezhdenij. [Organization and methods of audits of medical institutions]. PhD thesis. Joshkar-Ola; 2009. (in Russian).
19. Iurev V. K., Zaslavskij D. V., Hvedelidze M. G., Belov K. I. Avtomatizirovannaja informacionnaja sistema «ASOKMP» dlja provedenija jekspertizy kachestva stacionarnoj pomoshhi bol'nym s zabolevanijami kozhi i podkozhnoj kletchatki [Automated information system «ISAKMP» for examination of the quality of hospital care for patients with diseases of the skin and subcutaneous tissue]. SPb: Svoe izdatel'stvo; 2016. (in Russian).
20. Jamshhikov A. S., Jurova E. A., Safonova N. Ju. Preimushhestva vnedrenija sistemy menedzhmenta kachestva v medicinskih organizacijah na osnove mezhdunarodnyh standartov ISO serii 9000. [Advantages of implementation of quality management system in the medical organizations based on international standards ISO 9000]. Mezhhregional'naja nauch.-prak. konf. s mezhdunarodnym uchastiem «Sovremennye podhody k upravleniju kachestvom medicinskoj pomoshhi»: tez. dokl. Novosibirsk; 2007: 86–88. (in Russian).
21. Jamshhikov A. S., Sumarokova I. G., Safonova N. Ju. Aktual'nost' vnedrenija sistem menedzhmenta kachestva v zdavoohranenii. [Relevance of implementation of quality management systems in health care]. Mezhhregional'naja nauch.-prak. konf. s mezhdunarodnym uchastiem «Sovremennye podhody k upravleniju kachestvom medicinskoj pomoshhi»: tez. dokl. Novosibirsk; 2007: 84–86. (in Russian).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулаев М. Ш. Роль внутреннего аудита в развитии многопрофильного стационара. М.: Медицина; 2013. N 4: 3–5.
2. Бедорева И. Ю., Садовой М. А. Функционирование и совершенствование системы менеджмента качества в федеральном учреждении здравоохранения. Межрегиональная науч.-прак. конф. с международным участием «Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи»: тез. докл. Новосибирск; 2007: 19–21.
3. Гаджиев Р. С. Экономика здравоохранения: учебное пособие. М.: Медицина; 2003.
4. Гайфулин Р. Ф., Ягудин Р. Х., Рыбкин Л. И. Модернизация внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи в системе оперативного управления крупной многопрофильной организацией. Медицинская практика: электронный информационный сайт для специалистов в области медицины. Доступен по: <http://mfvt.ru/modernizaciya-vnutrennego-kontrolya-kachestva-okazaniya-medicinskoj-pomoshhi-v-sisteme-operativnogo-upravleniya-krupnoj-mnogoprofilnoj-organizacii/> (дата обращения 02.08.2016).
5. Гончаров Н. Г., Бойченко Ю. Я., Оранская О. В. Практика внедрения системы внутреннего контроля качества в ЦКБ РАН. Вестник Росздравнадзора. 2013; N 6: 47–59.
6. Коваленко Т. Н., Захваткина О. А. Роль внутреннего аудита с системы менеджмента качества. Межрегиональная науч.-прак. конф. с международным участием «Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи»: тез. докл. Новосибирск; 2007: 37–39.
7. Конституция Российской Федерации. СПб.: Питер, 2015.
8. «Критерии оценки качества медицинской помощи»: приказ Министерства здравоохранения РФ № 422 ан от 07.07.2015 г. М.; 2015.

9. Криштопа Б. П., Горачук В. В. Организация внутреннего аудита в системе контроля качества медицинской помощи. Научные ведомости Белгородского государственного университета Т. 25. Белгород: БГУ, 2014; 175 (4): 163–168.
10. Медик В. А., Юрьев В. К. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012.
11. Медицинская деятельность: аудит финансово-хозяйственной деятельности медицинского предприятия. medicus.ru — посольство медицины: научный электронный журнал. Доступен по: <http://www.medicus.ru/expert/workshop/document27444.phtml> (дата обращения 02.08.2016).
12. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения; 2008.
13. Сонин А. М. Внутренний аудит: современный подход. М.: Финансы и статистика; 2007.
14. Сонин А. М. Внутренний контроль и внутренний аудит — необходимость компании. GAAP.RU-теория и практика управленческого учета: электронный журнал. Доступен по: [http://www.gaap.ru/articles/vnutrenniy\\_kontrol\\_i\\_vnutrenniy\\_audit\\_nbsp\\_ndash\\_nbsp\\_neobkhodimost\\_dlya\\_kompanii](http://www.gaap.ru/articles/vnutrenniy_kontrol_i_vnutrenniy_audit_nbsp_ndash_nbsp_neobkhodimost_dlya_kompanii) (дата обращения 02.08.2016).
15. Тараскина А. В., Зурнаджянц Ю. А. Особенности организации внутреннего контроля в учреждениях здравоохранения. Вестник Астраханского государственного технического университета. 2008; 45 (4): 129–135.
16. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Российская газета; N 5639.
17. Шевцов В. И., Коваленко Т. Н., Попков А. В. Высшее руководство в системе менеджмента качества. Межрегиональная науч.-прак. конф. с международным участием «Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи»: тез. докл. Новосибирск; 2007: 79–80.
18. Шибеков Д. В. Организация и методика аудита медицинских учреждений. Автореф. дис. ... канд. экон. наук. Йошкар-Ола; 2009.
19. Юрьев В. К., Заславский Д. В., Хведелидзе М. Г., Белов К. И. Автоматизированная информационная система «АСОКМП» для проведения экспертизы качества стационарной помощи больным с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки. СПб.: Свое издательство; 2016.
20. Ямщиков А. С., Юрова Е. А., Сафонова Н. Ю. Преимущества внедрения системы менеджмента качества в медицинских организациях на основе международных стандартов ИСО серии 9000. Межрегиональная науч.-прак. конф. с международным участием «Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи»: тез. докл. Новосибирск; 2007: 86–88.
21. Ямщиков А. С., Сумарокова И. Г., Сафонова Н. Ю. Актуальность внедрения систем менеджмента качества в здравоохранении. Межрегиональная науч.-прак. конф. с международным участием «Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи»: тез. докл. Новосибирск; 2007: 84–86.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

© Татьяна Ивановна Ионова, Оксана Георгиевна Шевцова

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

**Контактная информация:** Татьяна Ивановна Ионова — д.б.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: tation16@gmail.com

**РЕЗЮМЕ:** Проведено изучение качества жизни студентов медицинского вуза и выполнен анализ здоровьесберегающих факторов образа жизни студентов и их связи с показателями качества жизни. В исследовании приняли участие 312 студентов медицинского вуза (140 мужчин, 172 женщины). Средний возраст всех студентов — 21,3 года. Диапазон 16–36 лет. Основная масса студентов относится к возрастной группе 16 лет–24 года (89,0%). Качество жизни студентов оценивалось с помощью русскоязычной версии общего опросника Short Form-36 (SF-36). Анализ здоровьесберегающих факторов образа жизни студентов осуществлялся с использованием самостоятельно разработанной анкеты. Проведенное исследование показало: положительные здоровьесберегающие факторы образа жизни — высокий уровень физической активности, правильное питание, отсутствие вредных привычек, полноценный сон, соблюдение режима труда и отдыха, отсутствие стрессов и каких-либо заболеваний — обеспечивают более высокие показатели качества жизни; отрицательные здоровьесберегающие факторы образа жизни студентов — низкий уровень физической активности, неправильное питание, наличие вредных привычек, неполноценный сон, несоблюдение режима труда и отдыха, частая подверженность стрессам и каким-либо заболеваниям — связаны с низкими показателями физического, психического и социального функционирования.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** качество жизни; здоровье; образ жизни студентов; физическое, психическое и социальное функционирование.

## QUALITY OF LIFE AND HEALTH-LIFESTYLE FACTORS OF MEDICAL STUDENTS

© Tatiana I. Ionova, Oksana G. Shevtsova

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

**Contact Information:** Tatiana Ivanovna Ionova — PhD, Professor, Department of Public Health and Healthcare. E-mail: tation16@gmail.com

**ABSTRACT.** The study of quality of life of medical students and the analysis of health-lifestyle factors of students and their relationship with the indicators of quality of life was conducted. The study involved 312 medical students (140 males, 172 females). The mean age of all students is 21.3 years, ranging between 16–36 years, with the majority of students being aged 16–24 years (89,0 %). The quality of life of students was assessed using a Russian version of the General Questionnaire Short form-36 (SF-36). Skovenborg analysis of lifestyle factors of the students was carried out using a questionnaire we developed. The study showed that positive health affecting factors of the lifestyle such as: high level of physical activity, proper nutrition, absence of bad habits or any disease, proper sleep, keeping work and rest balance, low stress

provide a higher quality of life; while negative health affecting factors of student life are low level of physical activity, poor diet, bad habits, inadequate sleep, imbalance of work and rest, frequent stress and susceptibility to diseases are associated with low levels of physical, mental and social functioning.

**KEY WORDS:** the quality of life; health; lifestyle students; physical, mental and social functioning.

Одним из важнейших факторов обеспечения безопасности и стабильности развития государства является состояние здоровья населения, прежде всего детей и молодежи. Одна из приоритетных задач демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года это укрепление здоровья населения, существенное снижение уровня социально значимых заболеваний, создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни [6].

Здоровью подрастающего поколения уделяется особое внимание специалистами разных дисциплин во многих странах. Помимо интенсивных медико-биологических исследований ученые нацелены на поиск социокультурных и индивидуально-личностных факторов, влияющих на отношение молодых людей к своему здоровью [3].

В отношении здоровья во всех странах студенты выделяются в категорию повышенного риска. Основанием для этого является существующее в системе высшего образования противоречие между необходимостью оптимизировать деятельность высшего профессионального образовательного учреждения с целью сохранения здоровья студентов и одновременной интенсификацией учебного процесса с целью повышения качества и уровня готовности к профессиональной деятельности. И если исследования социальных факторов здоровья детей и подростков становятся более основательными и продуктивными, то в отношении здоровья молодежи и студенчества сохраняется дефицит информации, связанный с недостаточностью принятых в системе медицинской и ведомственной статистики показателей и ограниченностью исследовательских возможностей [4]. Вместе с тем, существующие на данный момент общероссийские и региональные исследования по данной проблематике дают тревожные результаты и указывают на то, что здоровье студентов, в том числе развитие и усовершенствование технологий, связанных с его профилактикой и охраной, — недостаточно изученный аспект студенческой жизни.

Кроме того, современные исследования свидетельствуют о проблемах в формировании отношения к здоровью у подростков во всех его

основных компонентах: когнитивном, эмоциональном и мотивационно-поведенческом. Отмечается низкий уровень знаний о критериях здоровья, факторах риска и способах поддержания своего здоровья.

В отечественных публикациях в качестве основных проявлений здоровьесберегающей ответственности выделяются требовательность и регулярный контроль за выполнением своих обязательств; дисциплинированность и исполнительность в соблюдении правил ведения здорового образа жизни, стремление и настойчивость в овладении необходимыми здоровьесберегающими навыками. При работе по формированию здоровьесберегающего поведения следует придерживаться позитивной организации активности человека при помощи развития «субъекта заботы о своем здоровье». [7]. Процесс формирования здоровьесберегающей деятельности рассматривается как интегральный медикосоциальный критерий, характеризующий степень реализации здоровьесберегающего потенциала (индивида, социально-профессиональной группы) при обеспечении здоровья, степени физического, социального и психологического благополучия как единства уровня и качества жизни.

По данным ВОЗ, здоровье на 50% зависит от образа жизни, откуда следует, что нормы самосохранительного поведения или поведенческие стратегии здоровья (health behavior) в значительной степени определяют продолжительность жизни [5].

Всемирная организация здравоохранения трактует качество жизни как оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации. При этом подчеркивается, что исследование качества жизни является надежным и эффективным методом оценки общего благополучия человека.

Ведущие специалисты по изучению качества жизни в отечественной медицине: Новик А. А., Ионова Т. И., Шевченко Ю. Л. дают следующее определение: «Качество жизни — интегральная характеристика физического, пси-

хологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии».

Специалистами в области доказательной медицины, социологии и психологии доказано, что субъективная оценка населением своего здоровья близка к объективной: в 70–80% случаев она соответствует данным медицинской документации [2].

В течение последних лет для комплексной оценки многообразных сторон образа жизни и факторов риска ухудшения здоровья населения все шире используются методики, основанные на оценке качества жизни. Но вместе с тем, особенности формирования качества жизни, присущего студенческой популяции, остаются полностью не изученными. Указанные аспекты и определили актуальность выбранной темы исследования.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 312 студентов — 140 мужчин, 172 женщины. Средний возраст всех студентов — 21,3 года; диапазон возраста — 16–36 лет. Основная масса студентов относится к возрастной группе 16 лет–24 года (89,0%). Исследование проведено на базе государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Выбор инструмента исследования осуществлялся исходя из поставленных задач. С целью анализа здоровьесберегающих факторов образа жизни студентов была разработана собственная анкета.

Анкета включает в себя:

- социально — демографическую часть, которая отражает пол, возраст, год обучения в университете, страну откуда прибыли на обучение, семейное положение.
- основную часть, состоящую из 38 вопросов, непосредственно характеризующих здоровьесберегающие факторы образа жизни студентов, разделенные на 8 блоков: физическая активность; отдельные вопросы питания; наличие вредных привычек; качество сна; режим труда и отдыха; психологическая сфера; заболеваемость; оценка окружающей среды (проживание, материальное благополучие). К каждому вопросу разработаны многовариантные (от двух до четырех) формализованные ответы.

Оценку качества жизни проводили с использованием опросника SF-36. Опросник SF-36 является общим опросником оценки качества жизни и может применяться как у пациентов с хроническими заболеваниями, так и у здоровых людей, у респондентов в возрасте 14 лет и старше.

Опросник включает в себя 36 вопросов по результатам обработки которых формируются 8 шкал оценки: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психическое здоровье (ПЗ).

Статистическая обработка результатов и анализ данных проведены с использованием компьютерной программы Microsoft Office Excel 2007 и программного пакета для статистического анализа, разработанного компанией StatSoft — Statistica 7.0 Уровень значимости был установлен как  $p < 0,05$ .

Создание базы данных и графическое изображение результатов проводилось с использованием программы Microsoft Office Excel 2007.

Частота встречаемости признака (удельный вес) определялась при помощи частотных таблиц (Statistica 7.0, модуль Basic Statistics (Базовая статистика), Frequency tables);

Достоверность значимости различий между качественными признаками (здоровьесберегающие факторы образа жизни студентов, социально-демографические показатели) проверялась при помощи таблиц сопряженности с использованием критерия  $\chi^2$ -квадрат, наряду с коэффициентом корреляции Пирсона. (Statistica 7.0, модуль Basic Statistics, Tables and banners).

Оценка влияния комплекса медико-социальных факторов на показатели качества жизни осуществлялась при помощи однофакторного и многофакторного дисперсионного анализа (Statistica 7.0, модуль — Basic Statistics, t-test (t-Критерий Стьюдента); модуль — ANOVA, Faktorial ANOVA, метод Ouk specs dialog).

База для исследования выбрана исходя из темы работы. В качестве базы выбрано — государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе проведенного исследования изучены показатели качества жизни у студентов меди-

цинского вуза и дана оценка компонентам качества жизни с учетом пола, возраста, а также в зависимости от года обучения в университете.

Как видно из таблицы № 1, показатели качества жизни студентов достаточно высоки, их средние значения колеблются от 62,01 баллов (по шкале жизнеспособность) до 93,97 баллов (по шкале физического функционирования).

Показатели качества жизни женщин ниже, чем у мужчин, что соответствует данным полученным в ходе популяционного исследования качества жизни населения Санкт-Петербурга (рис. 1).

Однако выявленные различия являются достоверными только по 4 шкалам: боль ( $p=0,002$ ), общее здоровье ( $p=0,003$ ), жизнеспособность ( $p=0,002$ ), психическое здоровье ( $p=0,00007$ ), в то время как в популяционном исследовании достоверные различия были выявлены по всем компонентам качества жизни.

Показатели качества жизни студентов в зависимости от года обучения значимо различаются и имеют тенденцию к снижению с увеличением года обучения в университете. Показатели качества жизни по всем шкалам кроме физического функционирования у студентов шестого курса значительно ниже, чем у студентов подготовительного отделения ( $p<0,05$ ). К третьему году обучения достоверно снижаются показатели качества жизни по шкалам жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, психическое здоровье ( $p<0,05$ ).

В ходе данного исследования изучены здоровьесберегающие факторы образа жизни студентов медицинского вуза. В целом, большая часть студентов медицинского вуза обладает следующими положительными здоровьесберегающими факторами — высоким уровнем физической активности (84% всех студентов занимаются спортом), полноценным сном (77,0%), правильностью питания (73,0%), устойчивостью к нервно-эмоциональным нагрузкам (54,5%), неупотреблением алкоголя (61%) и некурением (86,2%).

В ходе исследования изучено влияние здоровьесберегающих факторов на показатели качества жизни студентов

Изучение влияния физической активности наглядно показало, что все показатели качества жизни у студентов, занимающихся спортом выше, чем у студентов которые спортом не занимаются ( $p<0,05$ ).

В ходе анализа данных, касающихся отдельных вопросов питания обучающихся, установлено, что в среде студентов, придерживающихся правильного питания, показатели качества жизни выше ( $p<0,05$ ), чем у студентов, не придерживающихся данного принципа. Также немаловажное значение для формирования высоких показателей качества жизни, связанного со здоровьем студентов, имеет режим питания. Так студенты, питающиеся 2 раза в день продемонстрировали более низкие показатели качества жизни по всем шкалам, кроме физического функционирования.

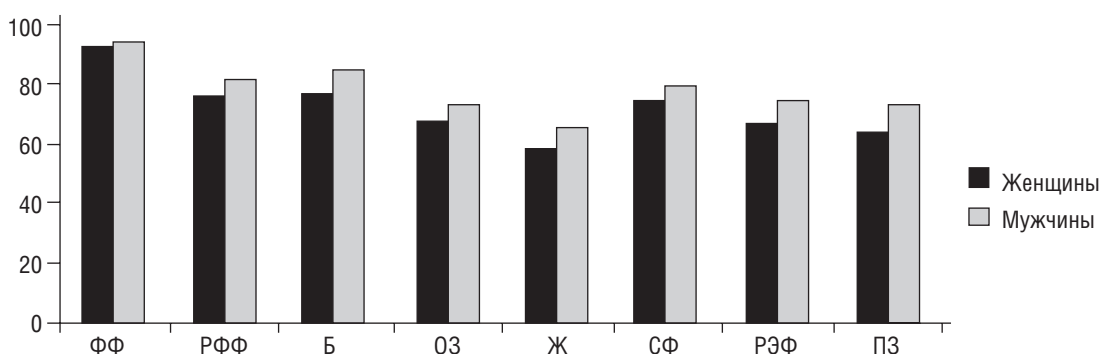


Рис. 1. Показателей КЖ мужчин и женщин (в баллах)

Таблица 1

Средние значения показателей КЖ жизни студентов (в баллах)

Шкалы SF-36	ФФ	РФФ	Б	ОЗ	Ж	Ф	РЭФ	ПЗ
средние значения	93,9	79,3	80,0	69,7	62,0	77,4	70,4	68,1
ст.откл.	14,4	32,5	23,1	19,5	21,0	22,5	37,5	20,1

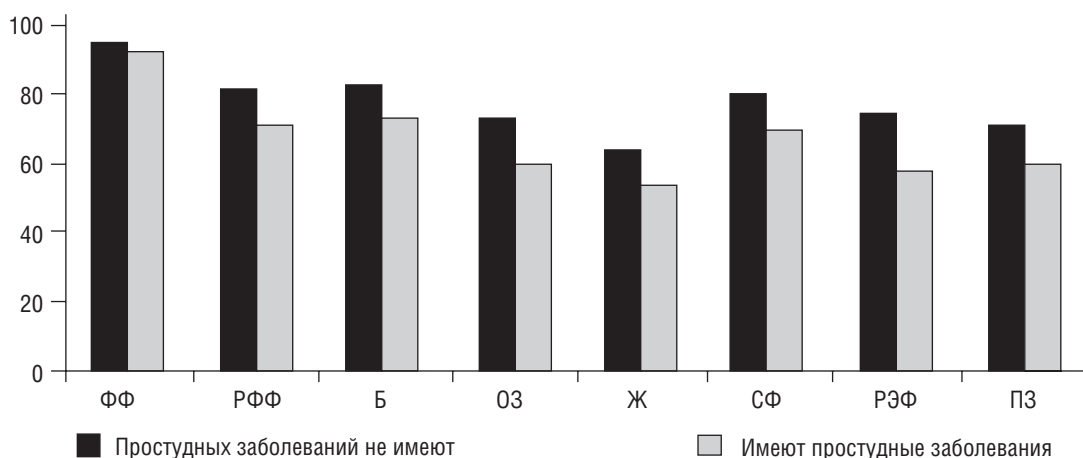


Рис. 2 Влияние простудных заболеваний на показатели КЖ (в баллах)

ния ( $p < 0,05$ ), по сравнению с теми, кто питается три раза в день.

Сравнительный анализ компонентов качества жизни студентов, имеющих такие вредные привычки, как курение и употребление алкоголя, свидетельствует о их негативном воздействии на все показатели качества жизни. Из поведенного анализа видно, что у студентов, имеющих вредные привычки, снижены все показатели качества жизни ( $p < 0,05$ ). Употребление алкоголя достоверно снижает показатели качества жизни по всем шкалам, курение — по шкале боль и социальное функционирование.

Также достоверно установлено, что к снижению физического, социального и психического функционирования студентов приводят следующие факторы — недостаточное количество личного времени для отдыха и несоблюдение режима труда и отдыха. Показатели качества жизни значительно выше у студентов, имеющих достаточно личного времени для отдыха ( $p = 0,00002$ ) и соблюдающих режим труда и отдыха ( $p = 0,00003$ ).

В результате проведенного исследования подтверждено, что сон оказывает влияние на различные составляющие качества жизни. При этом, важное значение имеет как продолжительность сна, так и его качество. Показатели качества жизни достоверно выше у студентов, имеющих полноценный, удовлетворяющий их сон, длительностью не менее 6 часов ( $p = 0,000001$ ).

Анализ показателей качества жизни студентов, подверженных стрессу и имеющих высокую нервно-эмоциональную нагрузку, выявил, что их физическое, психическое и социальное функционирование значительно ниже, чем у студентов, в образе жизни которых эти факто-

ры не имеют место. Различия статистически значимы —  $p = 0,0006$  и  $p = 0,00001$ , соответственно.

Исходя из результатов проведенного исследования видно, что значимое влияние на показатели качества жизни имеет такой фактор, как наличие заболеваний. Показатели качества жизни студентов, которые в течении последнего года перенесли какое-либо заболевание ( $p = 0,000001$ ), либо имеют хронические ( $p = 0,01$ ) или простудные заболевания ( $p = 0,0001$ ), значительно ниже по всем компонентам качества жизни, кроме физического функционирования (рис. 2).

В ходе исследования интерес вызвал такой фактор, как место проживания студентов. Среда, обусловленная местом проживания, всегда тесно связана с совокупностью факторов, её характеризующих (физических, социальных), и способна оказывать прямое или косвенное, немедленное или отдаленное воздействие на здоровье человека и его поведение. Студентов, проживающих в общежитии, от студентов, проживающих в отдельных квартирах или снимающих комнату, отличает то, что они подавляющую часть времени находятся под воздействием здоровьесберегающей среды вуза, в то время как проживающие вне студенческого общежития вторую половину дня после обучения, проводят в среде отличной от среды учебного учреждения. Показатели качества жизни студентов, проживающих в студенческом общежитии, значительно выше, чем у студентов, проживающих в отдельных квартирах или снимающих комнату — достоверные различия выявлены по шкалам: РФФ ( $p = 0,005$ ), Б ( $p = 0,02$ ), Ж ( $p = 0,003$ ), СФ ( $p = 0,02$ ), ПЗ ( $p = 0,002$ ).

Как установлено исследованием, группу студентов, проживающих в общежитии, объединяет

то, что уровень здоровьесберегающих факторов у них выше, чем у студентов, проживающих вне студенческого общежития. Так, они менее склонны к употреблению алкоголя ( $p=0,001$ ) и курению. Среди них меньше студентов, имеющих низкий уровень физической активности, а также тех, кто не занимается спортом или занимается спортом нерегулярно. Они менее подвержены простудным и хроническим заболеваниям ( $p=0,01$ ). Значительно меньшее количество студентов, из проживающих в общежитии, подверглись какому — либо заболеванию в течении последнего года ( $p=0,00008$ ). Больше количество студентов из них соблюдают режим труда и отдыха ( $p=0,02$ ), имеют достаточно личного времени для отдыха ( $p=0,04$ ) и достаточно спят. Все вышеперечисленные факты подчеркивают эффективность действующей в вузе программы здоровьесбережения «Вуз здорового образа жизни» и обеспечивают студентам более высокий уровень качества жизни, связанного со здоровьем.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Укрепление здоровья является многоуровневым процессом, предполагающим участие государства в системном подходе к повышению ответственности граждан за свое здоровье [1]. На сегодняшний момент существует множество программ и разработок в области здоровьесберегающих технологий отдельно в каждом вузе, однако все они требуют централизации и всеобъемлющей государственной поддержки при внедрении. В противном случае успех данного направления научной деятельности в области здоровья останется эпизодическим и малоэффективным. В этой связи важным представляется изучение качества жизни студентов вузов и их образа жизни. На протяжении последнего времени оценку показателей качества жизни студентов проводили многие исследователи, выделяя при этом различные аспекты их жизни. На сегодняшний день изучены особенности формирования качества жизни учащихся с учетом гендерных особенностей, педагогических и санитарно-гигиенических условий, а также в аспекте их профессиональной адаптации. Ряд российских публикаций свидетельствуют о необходимости использования особого комплекса показателей, которые характеризуют отношение людей к своему здоровью и оценивают их здоровьесберегающее поведение. Однако до настоящего времени системы коррелирующих друг с другом показателей, способных всесторонне охарактеризовать связь медико-социальных

факторов образа жизни и её качества, не существует.

В проведенном исследовании впервые проведена оценка показателей качества жизни во взаимосвязи со здоровьесберегающими факторами образа жизни студентов. При этом здоровьесберегающие факторы образа жизни рассмотрены как деятельность, направленная на сохранение, укрепление здоровья и улучшение качества жизни студентов. Подводя итоги проведенному исследованию следует отметить, что выявленные положительные здоровьесберегающие факторы образа жизни, такие как высокий уровень физической активности, правильное питание, отсутствие вредных привычек, полноценный сон, соблюдение режима труда и отдыха, отсутствие стрессов и каких-либо заболеваний, обеспечивают более высокие показатели качества жизни. Отрицательные здоровьесберегающие факторы образа жизни студентов — низкий уровень физической активности, неправильное питание, наличие вредных привычек, неполноценный сон, несоблюдение режима труда и отдыха, частая подверженность стрессам и каким-либо заболеваниям — связаны с низкими показателями физического, психического и социального функционирования. Проведенное исследование продемонстрировало значимое влияние здоровьесберегающих факторов на формирование показателей качества жизни студентов и достоверное их снижение в процессе обучения. Указанные аспекты подчеркнули объективную необходимость разработки государственных здоровьесберегающих программ по повышению качества жизни учащейся молодежи.

## ВЫВОДЫ

1. Изучены показатели качества жизни у студентов медицинского вуза. Показатели качества жизни у студентов-женщин ниже, чем у студентов — мужчин;
2. Показатели качества жизни у слушателей подготовительного отделения выше, чем соответствующие показатели у студентов третьего и шестого года обучения. У студентов третьего года обучения ниже показатели качества жизни по шкалам жизнеспособности, социального и ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья, по сравнению с соответствующими показателями у студентов подготовительного отделения. У студентов шестого курса ниже все показатели качества жизни, кроме физического функционирования.

3. Изучены здоровьесберегающие факторы образа жизни студентов медицинского вуза. В целом большая часть студентов медицинского вуза обладает следующими положительными здоровьесберегающими факторами — высоким уровнем физической активности, полноценностью сна, правильностью питания, устойчивостью к нервно-эмоциональным нагрузкам, неупотреблением алкоголя и некурением.

4. Положительные здоровьесберегающие факторы образа жизни обеспечивают более высокие показатели качества жизни. Отрицательные здоровьесберегающие факторы образа жизни студентов связаны с низкими показателями их физического, психического и социального функционирования.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Алексеева Н. Ю., Гайдаров Г. М. Об основных подходах модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации. Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2010; 76 (6): 200–205.
2. Жилиева Е. П., Нечаев В. С., Ефимов Д. В. Роль врача общей практики в пропаганде здорового образа жизни. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010; № 1: 47–49.
3. Лучкевич В. С., Зелионко А. В., Шакиров А. М. Формирование медицинской информированности и здоровьесберегающих компетенций как основа оптимизации жизнедеятельности и качества жизни населения. Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2014; № 16 (5–2): 896–901.
4. Медик В. А., Осипов А. М. Университетское студенчество: образ жизни и здоровье. М.: Логос; 2003.
5. Назарова И. Б. Здоровье в представлении жителей России. Общественные науки и современность. 2009; № 2: 91–101.
6. Николаев А. Д. Здоровый образ жизни и безопасность жизнедеятельности учащейся молодежи. Материалы студенческой научной конференции по итогам 2010 года. Рязань; 2011: 116.
7. Садовников Е. С., Андриященко О. Е. Субъект заботы о своем здоровье: механизм развития в здоровом

образе жизни. Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. 2012; 93 (11): 100–104.

#### REFERENCES:

1. Alekseeva N.Yu., Gaydarov G. M. Ob osnovnykh podkhodakh modernizatsii zdravookhraneniya sub"ekta Rossiyskoy Federatsii. [On basic healthcare modernization approaches of the Russian Federation] Byulleten' Vostochno-Sibirskogo nauchnogo tsentra Sibirskogo otdeleniya Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk. 2010; 76 (6): 200–205. (in Russian).
2. Zhilyeva E. P., Nechaev V. S., Efimov D. V. Rol' vracha obshchey praktiki v propagande zdorovogo obaraza zhizni. [The role of general practitioners in the promotion of healthy lifestyles] Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2010; № 1: 47–49. (in Russian).
3. Luchkevich V. S., Zelionko A. V., Shakirov A. M. Formirovanie meditsinskoy informirovannosti i zdorov'eshberegayushchikh kompetentsiy kak osnova optimizatsii zhiznedeyatel'nosti i kachestva zhizni naseleniya. [Formation of health awareness and health-competencies as a basis for optimization of population life quality] Izvestiya Samarskogo nauchnogo tsentra Rossiyskoy akademii nauk. 2014; № 16 (5–2): 896–901. (in Russian).
4. Medik V. A., Osipov A. M. Universitetskoe studenchestvo: obraz zhizni i zdorov'e. [The role of general practitioners in the promotion of healthy lifestyles] M.: Logos; 2003. (in Russian).
5. Nazarova I. B. Zdorov'e v predstavlenii zhitel'ey Rossii. [Health in the representation of people in Russia.] Obshchestvennye nauki i sovremennost'. 2009; № 2: 91–101. (in Russian).
6. Nikolaev A. D. Zdorovyy obraz zhizni i bezopasnost' zhiznedeyatel'nosti uchashcheyся molodezhi. [Healthy lifestyle and life safety studying youth] Materialy studencheskoy nauchnoy konferentsii po itogam 2010 goda. Ryazan'; 2011: 116. (in Russian).
7. Sadovnikov E. S., Andryushchenko O. E. Sub"ekt zaboty o svoem zdorov'e: mekhanizm razvitiya v zdorovom obaraze zhizni. [The subject of caring for their health: development of a mechanism for a healthy lifestyle] Uchenye zapiski universiteta im. P. F. Lesgafta. 2012; № 11 (93): 100–104. (in Russian).

## МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВETERANОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

© Галина Хасановна Абдрафикова<sup>1</sup>, Нэлли Леонидовна Самус<sup>2</sup>,  
Александр Зиновьевич Лихтшангоф<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Центр восстановительной терапии для воинов-интернационалистов им. М. А. Лиходея. 143129, Московская область, Рузский район, с/п Ивановское, дер. Палашкино

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский Дом-пансионат ветеранов науки РАН. 196602, Санкт-Петербург, г. Пушкин, ш. Павловское, 93.

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

**Контактная информация:** Лихтшангоф Александр Зиновьевич — к.м.н., профессор, кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: zinovich@list.ru

**РЕЗЮМЕ:** При помощи Миссисипского опросника для боевого ПТСР были обследованы 425 бывших участников вооруженных конфликтов и войн, проходивших реабилитацию в Центре восстановительной терапии им. М. А. Лиходея. Все опрошенные ветераны были мужчинами, 31,4% составляли лица в возрасте 30 лет и младше, 35,4% — 31–39 лет и 33,2% — 40 лет и старше. У большинства ветеранов выявлены разнообразные психопатологические синдромы, характерные для ПТСР: обсессивно-фобический, астенический, истерический, эксплозивный, депрессивный, психоорганический, а также сексуальные расстройства. Указанные синдромы проявляются прежде всего: расстройствами сна, часто связанными с ночными кошмарами, трудностями концентрации внимания, сверхнастороженностью и усиленной реакцией на испуг, социальным избеганием, дистанцированием и отчуждением от других, включая членов семьи, изменениями поведения, вспышками ярости, суицидальными мыслями, раздражительностью или склонностью к физическому насилию, злоупотреблением алкоголем или наркотиками, депрессией.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** медицинская психология, ветераны боевых действий, посттравматическое стрессовое расстройство, Миссисипский опросник для боевого ПТСР.

## MEDICO-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COMBAT VETERANS

© Galina H. Abdrafikova<sup>1</sup>, Nellie L. Samus<sup>2</sup>, Alexander Z. Likhtshangof<sup>3</sup>

<sup>1</sup> M.A. Likhodei rehabilitation center for combatants-internationalists. 143129, Moscow region, Ruza district, Ivanovskoe, village Palashkino

<sup>2</sup> St. Petersburg sanatorium home for veterans of Russian academy of sciences. 196602, St. Petersburg, Pushkin, Pavlovskoe ave., 93

<sup>3</sup> Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

**Contact Information:** Alexander Z. Likhtshangof — MD, PhD, Professor, Department of Humanities and Bioethics. E-mail: zinovich@list.ru

**ABSTRACT:** 425 former participants of armed conflicts and wars who underwent the rehabilitation treatment at MA Likhodei rehabilitation center for combatants-internationalists were examined using Mississippi scale for combat-related post-traumatic stress disorder. All respondents were male, 31.4% — persons under 31 years, 35.4% — 31–39 years old and 33.2% were 40 years and older. Most veterans revealed a variety of psychopathologic syndromes typical for PTSD: obsessive-phobic, asthenic, hysterical, explosive, depressive, psycho-organic, as well as sexual dysfunction. These syndromes are manifested primarily with: sleep disorders, often associated with nightmares, difficult concentrating, hypervigilance

and enhanced startle reaction, social avoidance, distancing and alienation from others, including family members, changes in behavior, outbursts of rage, suicidal thoughts, irritability and a tendency to physical violence, alcohol or drug abuse, depression.

**KEY WORDS:** medical psychology, combat veterans, post-traumatic stress disorder, Mississippi scale for combat-related PTSD.

## ВВЕДЕНИЕ

Как отечественные, так и зарубежные ученые отмечают, что ветераны и инвалиды боевых действий составляют особую медико-социальную группу, так как испытывают значительные трудности с социально-психологической адаптацией, нередко имеют серьезные проблемы с соматическим и психическим здоровьем, нуждаются в специальных реабилитационных программах [1, 4, 5]. На диспансерном учете в лечебно-профилактических учреждениях России состоит более 1700 тыс. ветеранов и 700 тыс. инвалидов войн. Кроме общей сети ЛПУ, оказывающих медицинскую помощь ветеранам в приоритетном порядке, в Российской Федерации функционирует 47 госпиталей на 14217 коек и 47 специализированных отделений на 2379 коек в крупных многопрофильных больницах [3]. Чрезвычайно актуальную проблему представляет собой посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), то есть состояние, развивающееся у человека, испытавшего стрессовое событие угрожающего или катастрофического характера. Впервые ПТСР после изучения психического состояния солдат, вернувшихся с войны во Вьетнаме, было описано в США. В 1980 г. ПТСР было принято в качестве обоснованной диагностической категории.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были обследованы 425 бывших участников вооруженных конфликтов и войн, прошедших реабилитацию в Центре восстановительной терапии им. М. А. Лиходея, расположенном в Рузском районе Московской обл. Восстановительное лечение в ЦВТ проводится пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, бронхолегочной системы, желудочно-кишечного тракта, центральной и периферической нервной системы, костно-мышечной системы, с последствиями травм позвоночника и конечностей. Все опрошенные ветераны были мужчинами, 31,4% составляли лица в возрасте 30 лет и младше, 35,4% — 31–39 лет и 33,2% — 40 лет и старше. Для определения признаков ПТСР использовался Мисси-

сипский опросник для боевого ПТСР (Mississippi scale for combat-related post-traumatic stress disorder; США, 1985) [2], адаптированный для целей данной работы. Обследуемый должен выбрать те из 35 высказываний, которые наиболее соответствуют его состоянию. При обработке анкет по специальной компьютерной программе балльная оценка позволяет определить степень выраженности клинических признаков ПТСР.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Было показано, что практически у всех ветеранов в течение длительного времени проявляются выраженные симптомы ПТСР, самым частым из которых (у 78,0% пациентов) являлись нарушения сна. Без проблем засыпают по ночам только 14,3% обследованных. В то же время, значительные трудности при засыпании отмечают 42,2%. Около четверти респондентов (23,8%) согласились с утверждением “Я засыпаю, сплю и просыпаюсь только тогда, когда приходит тревога”, что указывает на тревожный компонент в переживании сновидений. Многие пациенты отмечали кошмары с фотографически точным воспроизведением пережитых событий, после которых они нередко просыпались с криком, в поту или в ажитации. Более трети (36,4%) полностью и треть (33,6%) частично утверждали, что им снятся по ночам кошмары о событиях в армии, которые действительно имели место. При этом для сновидений ветеранов характерны ситуации беспомощности, незащитности в угрожающей ситуации, преследование врагами с целью убить их. Подобные ночные кошмары становятся особенно серьезной проблемой для пациентов с последствиями контузии головного мозга.

На втором месте по частоте среди проявлений ПТСР стоит психологический дистресс, проявления которого отмечаются у 72,4% обследованных ветеранов. Каждый шестой опрошенный (16,4%) отметил, что становится расстроенным и угнетенным, если происходит что-либо, напоминающее ему о военной службе. 20,5% отметили, что в некоторых ситуациях чувствуют себя так, как будто они опять на

войне. 20,2% бывших участников вооруженных конфликтов и войн испытывают чувство вины, а 40,1% — непонимания: «Есть такие вещи, которые я делал на военной службе, о которых я никому не смог бы рассказать — не поймут». Подробные переживания часто возникают под воздействием событий, так или иначе связанных с различными аспектами травмирующих событий, например, годовщины боевых действий, отмечание Дня защитника Родины и др. Следует отметить, что ветераны имеют повышенную чувствительность к указанным стимулам, которые могут реактивировать симптомы ПТСР и дистресса.

Не менее значимым психологическим аспектом ПТСР является эмоциональная гипестезия. Так, большинство (82,1%) обследованных ветеранов отмечают снижение способности чувствовать радость, любовь, любить, быть беззаботным. Также характерны ощущение отчуждения от других людей, уход из активной социальной жизни, потеря интереса к важной для них ранее деятельности. Менее половины (49,1%) респондентов способны на эмоциональную близость с другим человеком. Разумеется, эти эмоциональные проблемы отражаются на семейной жизни и дружеских связях. По словам 24,5% ветеранов, супруги считают их холодными, бесчувственными, тревожными, пессимистичными людьми. 32,6% утверждают, что до военной службы у них было больше близких друзей, чем сейчас, а 18,5% — что они не смеются и не плачут над тем, что обычно смешит или вызывает слезы у других. Потерю интереса к нахождению в компании друзей отмечают 29,8%. Однако 78,1% опрошенных не отмечают нарушения взаимопонимания среди членов семьи.

У многих пациентов выявлены изменения поведения, включая вспышки ярости, раздражительность или склонность к физическому насилию над другими людьми. Так, почти треть (32,5%) согласилась с высказыванием «если кто-нибудь заденет меня, это может привести меня в бешенство», а 10,2% — с высказыванием «люди, которые хорошо знают меня, боятся меня». С утверждением «Я чувствую себя удобно в толпе» согласилась половина опрошенных (52,1%), остальных «психологически пугает эффект толпы». 9,6% опрошенных отметили, что у них бывают мысли о самоубийстве.

Трудности с устройством на работу или выполнением профессиональных обязанностей после увольнения из армии испытывали 58,3% ветеранов, в то время как без проблем адаптировались на работе 41,7%. Проблемой для ряда страдаю-

щих ПТСР является также аддиктивное поведение — употребление алкоголя и/или наркотиков, прежде всего, в целях уменьшения напряженности болезненных переживаний, воспоминаний или чувств. 30,2% согласились с высказыванием «временами я вынужден принимать алкоголь или наркотики, чтобы уснуть или забыться».

Таким образом, у бывших участников вооруженных конфликтов и войн, проходивших реабилитацию в ЦВТ им. М. А. Лиходея, выявлены разнообразные психопатологические синдромы, характерные для ПТСР: навязчивые воспоминания психотравмирующего события), астенический (возбудимость и раздражительность на фоне повышенной утомляемости и истощаемости, эмоциональная слабость, пониженное настроение, обидчивость), истерический (повышенная внушаемость, стремление привлечь к себе внимание, демонстративность поведения), взрывчатый (раздражительность, взрывчатость, злобность и агрессивность), депрессивный (пониженное настроение, пессимизм), психорганический (астения, дисфория, нарушения памяти, эмоциональные расстройства, нарушения сна), а также сексуальные расстройства (эректильная дисфункция, снижение либидо, сглаженность оргастических ощущений, ускоренная эякуляция).

Представляется возможным констатировать у большинства обследованных ветеранов наличие ПТСР. Как показал опрос, такие факторы, как высокая самооценка пациента, комфортные условия пребывания в ЦВТ, способность к эмоциональному самоконтролю и учету травматического опыта других людей, адекватная социальная поддержка, прежде всего, со стороны семьи больного, способны в значительной мере облегчить течение ПТСР. Полученные результаты хорошо согласуются с данными отечественных и зарубежных исследователей [2, 3, 4, 5 и др.].

## REFERENCES

1. Pilnik N.M. Sistemnyiy analiz kachestva i effektivnosti etapnoy meditsinskoy pomoschi pri ognestrelnyih raneniyah i travmah. [System analysis of the quality and efficiency of the stage medical care for gunshot wounds and injuries] PhD-thesis. SPb.; 2001. (in Russian).
2. Pushkarev A. L., Domoratskiy V. A., Gordeeva E. G. PТСR — diagnostika i lechenie [PTSD — diagnosis and treatment]. M.; 2002. (in Russian).
3. Horoshevskaya A. I. Nauchnoe obosnovanie organizatsii stacionarnoy meditsinskoy pomoschi veteranam vooruzhennykh konfliktov i voyn kontsa XX veka. [Scientific

substantiation of the organization of hospital care to veterans of armed conflicts and wars of the late twentieth century] PhD thesis. SPb.; 2002. (in Russian).

4. Rizzo A. A., Rothbaum B. O., Graap K. Virtual reality applications for combat-related posttraumatic stress disorder. In: Figley C. R., Nash W. P., eds. In: *Combat stress injury: Theory, research and management*. New York: Routledge; 2007: 420–425.
5. Sharpless B. A., Barber J. P. A clinician's guide to PTSD treatments for returning veterans. *Professional Psychology: Research and Practice*. 42 (1): 8–15. doi:10.1037/a0022351.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Пильник Н.М. Системный анализ качества и эффективности этапной медицинской помощи при огне-

стрельных ранениях и травмах. Дис. ... докт. мед. наук. СПб.; 2001.

2. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. ПТСР — диагностика и лечение. М.; 2002.
3. Хорошевская А. И. Научное обоснование организации стационарной медицинской помощи ветеранам вооруженных конфликтов и войн конца XX века. Дис. ... канд. мед. наук. СПб.; 2002.
4. Rizzo A. A., Rothbaum B. O., Graap K. Virtual reality applications for combat-related posttraumatic stress disorder. In: Figley C. R., Nash W. P., eds. In: *Combat stress injury: Theory, research and management*. New York: Routledge; 2007: 420–425.
5. Sharpless B. A., Barber J. P. A clinician's guide to PTSD treatments for returning veterans. *Professional Psychology: Research and Practice*. 42 (1): 8–15. doi:10.1037/a0022351.

## СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

© *Сергей Васильевич Васильев, Виктор Васильевич Дудка, Дмитрий Евгеньевич Попов*

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»  
Минздрава России. 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

**Контактная информация:** Сергей Васильевич Васильев — д.м.н., профессор, Заслуженный врач России. зав. кафедрой хирургических болезней с курсом колопроктологии. E-mail: vsv60@list.ru

**РЕЗЮМЕ:** Статья представляет собой краткий исторический экскурс в историю становления и развития колопроктологической службы города на Неве. Обозначены основные вехи этого пути и личности, благодаря которым эта история существует.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Санкт-Петербург; колопроктология; история.

## FORMATION AND DEVELOPMENT OF COLOPROCTOLOGICAL SERVICE IN ST. PETERSBURG

© *Sergey V. Vasilyev, Victor V. Dudka, Dmitry E. Popov*

The first Saint-Petersburg State Medical University named after Academician Pavlov, 6–8 street by Leo Tolstoy,  
St. Petersburg, 197022

**Contact Information:** Sergey Vasilevich Vasilyev — MD, PhD, Professor, Honored Doctor of Russia, Head of the Department of surgical diseases with the course of Coloproctology. E-mail: vsv60@list.ru

**ABSTRACT:** The article presents a brief historical excursion into the history of formation and development of the coloproctological service in the city on Neva River. There are the main milestones of the path outlined and the individual, through which the story exists.

**KEY WORDS:** St.-Petersburg; coloproctology; history.

История развития колопроктологической службы в нашем городе начинается с 1963 года. Путь становления колопроктологии, как отдельного хирургического направления в городе на Неве, был непростым. Вот что рассказывал один из организаторов и руководитель Ленинградского проктологического центра, Борис Леонидович Канделис: «Проктологическое отделение в Ленинграде возникло в июне 1963 года. Это было нелюбимое детище тогдашнего горздрава, который выделил под отделение малоприспособленное помещение. Антипатия горздрава не была случайной. Многие общие хирурги города считали проктологию «блажью»...». Тем не менее с подачи и при активном содействии

профессора А. Н. Рыжих, по распоряжению Главного управления по здравоохранению Ленинграда (ГУЗЛ) на базе новой в то время Городской больницы № 40 в Сестрорецке было открыто первое специализированное проктологическое отделение мощностью 50 коек. Заведующим отделением был назначен Юрий Леонидович Мозель. В отделении оказывалась плановая и экстренная помощь пациентам проктологического профиля. Свое открытие отделение полностью оправдало. Более того, быстро сформировавшийся поток профильных больных из города и области привел к расширению мощности отделения до 120 коек уже в 1965 году. Заведующим этим отделением становится Б. Л. Канделис.

Между тем, развитие специализированной проктологической помощи в Ленинграде продолжалось. С 1977 года в нескольких городских поликлиниках был открыт амбулаторный прием врача-проктолога. В 1980 году выходит в свет первое в СССР руководство для врачей по неотложной проктологии (Рис. 1) [2].

Однако в 1981 году, в связи с реструктуризацией коечного фонда в Городской больнице № 40, произошло сокращение 60 коек, и пациентам проктологического профиля стала оказываться только плановая помощь. Учитывая реабилитационную направленность этого лечебного учреждения в то время, в проктологическом отделении также имелись койки для реабилитации больных до полного излечения, минуя поликлинический этап. В ту пору это казалось прогрессивным начинанием. Пациенты же с неотложными заболеваниями стали направляться в отделения общей и гнойной хирургии стационаров города. С 1984 по 2011 гг. работой отделения руководил Владимир Михайлович Семаков. На сегодняшний день колопроктологическая служба СПб ГБУЗ «Городская больница № 40» представлена отделением на 15 коек. Заведует отделением профессор Нечай Игорь Анатольевич.

Спустя почти три года после сокращения экстренных проктологических коек в 40-й больнице, в 1984 году, в Городской больнице № 5 им. Софьи Перовской открывается отделение экстренной проктологии мощностью 80 коек (рис. 2). Организация такого отделения диктовалась, прежде всего, необходимостью оказания высококвалифицированной помощи больным острыми проктологическими заболеваниями, поскольку в общехирургических отделениях эта категория больных получала чаще всего паллиативное лечение. В это отделение из 40-й больницы перешли уже опытные проктологи, прошедшие обучение в Москве, на базе лаборатории колопроктологии проф. А. Н. Рыжих: Юрий Леонидович Мозель и Валерия Константиновна Витковская. Возглавил вновь созданное отделение Лев Георгиевич Гощицкий. В разные годы отделением руководили: Л. Д. Пантелеева, С. Ю. Минчин, О. Б. Бегишев, А. Ю. Захаров.

Знаковой фигурой в развитии колопроктологии Ленинграда стал профессор Андрей Михайлович Ганичкин (рис. 3). В апреле 1966 года, еще находясь в должности директора НИИ онкологии им. проф. Н. Н. Петрова, он возглавил кафедру хирургических болез-



Рис. 1. Коллектив отделения экстренной проктологии Городской больницы № 5 им. Софьи Перовской, 1987 г. (Фото из архива центра колопроктологии)



Рис. 2. Профессор Андрей Михайлович Ганичкин (Фото из архива центра колопроктологии)

ней стоматологического факультета 1-го Ленинградского медицинского института имени акад. И. П. Павлова. Этот период стал особенно плодотворным в творческой биографии Андрея Михайловича. Будучи прекрасным организатором, зрелым ученым и обладая замечательными человеческими качествами, он создал дружный, удивительно работоспособ-

ный и творческий коллектив кафедры и ее клинической базы (рис. 4).

Им и его учениками выполнялись разнообразные и весьма сложные операции. С энтузиазмом разрабатывались и внедрялись новые эффективные диагностические и лечебные технологии. Эти годы были ознаменованы существенными достижениями А. М. Ганичкина, которые стали большим вкладом в развитие хирургии и онкологии (рис. 5). Монография А. М. Ганичкина «Рак толстой кишки», изданная в 1970 году, — одна из самых обстоятельных в этой области [1].

Он является автором 160 научных работ. При его научной консультации и руководстве подготовлены 10 докторов и 30 кандидатов наук. Среди учеников Андрея Михайловича много выдающихся хирургов и ученых, возглавивших в разное время крупные институты и хирургические кафедры. Из его школы вышли: академик АМН Украины профессор Г. В. Бондарь, академик РАМН профессор А. М. Гранов, академик РАМН профессор Н. А. Яицкий, член-корреспондент РАМН профессор Л. В. Поташов, профессора И. М. Матяшин, Л. И. Снешко, В. К. Кудряшов, В. М. Седов, С. В. Васильев. Много сил и внимания А. М. Га-



Рис. 3. Коллектив кафедры хирургических болезней стоматологического факультета 1 ЛМИ им. акад. И. П. Павлова, 1984 г (Фото из архива центра колопроктологии)



Рис. 4. Профессор А. М. Ганичкин в рабочем кабинете, 1986 г. (Фото из архива центра колопроктологии)

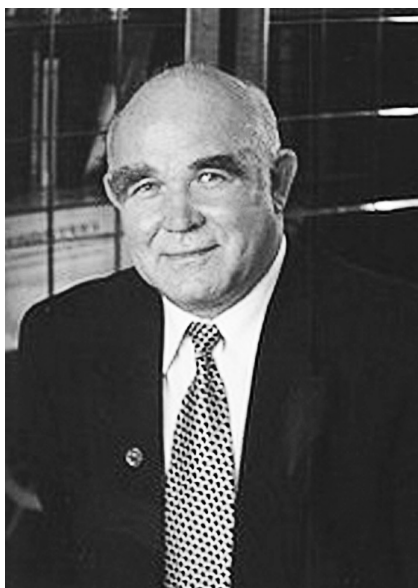


Рис. 5. Профессор Николай Антонович Яицкий (Фото из архива центра колопроктологии)

ничкин уделял общественной и методической работе. Неоднократно был членом и председателем правления Хирургического общества Пирогова, главным проктологом Ленинграда, членом комиссии «Проктология» научного совета при Президиуме АМН СССР. Заслуги А. М. Ганичкина отмечены боевыми и трудовыми наградами. Он награжден орденом Красной Звезды, тремя орденами Отечественной войны, орденом Трудового Красного Знамени, медалями. А. М. Ганичкин умер 1 марта 1992 года и похоронен на Волковском кладбище в Санкт-Петербурге.

Между тем, в 1987 году возглавляемая профессором Ганичкиным кафедра получает кли-

ническую базу в Городской больнице № 9. В дальнейшем это послужило толчком к формированию коллектива единомышленников и последователей, а также организации обновленного центра колопроктологии Санкт-Петербурга. В том же, 1987 году, на базе одного из хирургических отделений Городской больницы № 9 были развернуты плановые проктологические койки.

Приказом МЗ СССР № 60 от 29 января 1988 г. официально утверждается специальность «проктология» и должность «врач-проктолог». В 1991 году главным проктологом Ленинграда назначен Васильев Сергей Васильевич.

С 1990 по 2004 гг. кафедрой хирургических болезней стоматологического факультета заведует профессор Николай Антонович Яицкий (рис. 6). Вектор, заданный Андреем Михайловичем Ганичкиным, не изменился: колопроктология осталась основным научно-клиническим направлением в деятельности кафедры. В 1995 году выходит в свет книга «Опухоли кишечника» за авторством профессоров Н. А. Яицкого и В. М. Седова, на титульном листе которой напечатаны добрые слова, адресованные к Учителю [3]. Под руководством профессора Н. А. Яицкого на кафедре защищены диссертационные работы, связанные с разработкой системы предоперационной подготовки больных с запущенными и осложненными формами рака толстой кишки у лиц пожилого и старческого возраста; техникой первичного восстановления кишечной непрерывности при осложненных раках ободочной и прямой кишок; хирургической реабилитацией колостомированных больных, а также несколько диссертаций, связанных с лечением целого ряда общепроктологических заболеваний. В 2003 году Николай Антонович становится лауреатом премии Правительства РФ, а в 2004 году — действительным членом РАМН и членом президиума научного совета РАМН по колопроктологии. В этом же году публикуется монография профессоров Н. А. Яицкого, В. М. Седова, С. В. Васильева «Опухоли толстой кишки» [4].

С 1999 года при кафедре на базе Городской больницы № 9 организован курс колопроктологии факультета последипломного образования, первым руководителем которого был назначен в то время доцент Нечай Игорь Анатольевич. С сентября 2003 работу курса возглавил доцент Григорян Вадим Вирабович, а в настоящее время, с марта 2013 года, курсом руководит доцент Попов Дмитрий Евгеньевич.



Рис. 6. Профессор Сергей Васильевич Васильев (Фото из архива центра колопроктологии)

За более чем 15-летний период деятельности курса подготовлены десятки специалистов-колопроктологов для учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга, других регионов Российской Федерации и даже государств ближнего зарубежья.

В том же 1999 году, распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга № 311-р на базе Городской больницы № 9 официально организован городской колопроктоло-

гический центр. Через год отделение неотложной колопроктологии, базировавшееся ранее в Городской больнице № 5 им. Софьи Перовской, переехало в Городскую больницу № 9. Чуть позже организовано и начало работать амбулаторно-консультативное отделение. Самым «молодым» отделением центра на сегодняшний день является онкологическое, организованное и открытое в мае 2006 года согласно распоряжению Комитета по здравоохранению № 69-р от 26.02.2006 г.

Начиная с 2004 года, кафедрой хирургических болезней с курсом колопроктологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова заведует профессор Сергей Васильевич Васильев (рис. 7). Основной базой кафедры является СПб ГБУЗ «Городская больница № 9», главным врачом которой с июля 2016 года также является профессор С. В. Васильев.

За последние 15 лет на базе СПб ГБУЗ «Городская больница № 9» силами сотрудников больницы и базирующейся в ней кафедры был сформирован целостный в структурном отношении перспективный специализированный центр, способный оказывать высококвалифицированную помощь пациентам с любыми колопроктологическими заболеваниями и позволяющий соблюдать этапность и преемствен-



Рис. 7. Коллектив кафедры хирургических болезней с курсом колопроктологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, 2011 г. (Фото из архива центра колопроктологии)

ность в лечении. В настоящее время в городском колопроктологическом центре активно функционируют следующие подразделения:

- Амбулаторное консультативное отделение (заведующий — доцент Дудка Виктор Васильевич)
- Отделение неотложной проктологии (заведующий — Захаров Андрей Юльевич)
- Отделение плановой колопроктологии (заведующий — Чания Зураб Джандрикович)
- Отделение онкоколопроктологии (заведующий — Клименко Алексей Николаевич)

Являясь ведущим профильным учреждением региона, центр активно занимается методической, санитарно-просветительской и исследовательской работой. Так, во многом благодаря усилиям сотрудников центра, в Санкт-Петербурге запущен пилотный проект скрининга колоректального рака в рамках программы диспансеризации взрослого населения.

На сегодняшний день колопроктология Санкт-Петербурга — это 105 специализированных коек, сосредоточенных в основном в колопроктологическом центре, и более двух десятков кабинетов врачей-колопроктологов, рас-

средоточенных по амбулаторно-поликлиническим учреждениям города.

## REFERENCES

1. Ganichkin A. M. Rak tolstoj kishki. [Colon Cancer]. L.: Medicina; 1970. (in Russian).
2. Kandelis B. L. Neotlozhnaja proktologija: rukovodstvo dlja vrachej. [Emergency proctology: a guide for physicians]. L.: Medicina; 1980. (in Russian).
3. Jaickij N. A., Sedov V. M. Opuholi kishchnika. [Tumors of the intestines]. SPb.: ANT-M; 1995; (in Russian).
4. Jaickij N. A., Sedov V. M., Vasil'ev S. V. Opuholi tolstoj kishki. [Colon tumors]. M.: MED press-inform; 2004. (in Russian).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ганичкин А. М. Рак толстой кишки. Л.: Медицина; 1970.
2. Канделис Б. Л. Неотложная проктология: руководство для врачей. Л.: Медицина; 1980.
3. Яицкий Н. А., Седов В. М. Опухоли кишечника. СПб.: АНТ-М; 1995.
4. Яицкий Н. А., Седов В. М., Васильев С. В. Опухоли толстой кишки. М.: МЕД пресс-информ; 2004.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НОРМАТИВНОЙ БАЗЫ ПО БИОЭТИКЕ И ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА В СФЕРЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОСУДАРСТВ-УЧАСТНИКОВ СНГ

© *Ольга Иосифовна Кубарь<sup>1</sup>, Галина Львовна Микиртичан<sup>2</sup>, Анастасия Евгеньевна Никитина<sup>2</sup>,  
Евгения Юрьевна Владимирова<sup>3</sup>, Людмила Анатольевна Пынченкова<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера. 197101, г. Санкт-Петербург, ул. Мира, д. 14

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

<sup>3</sup> Межпарламентская Ассамблея государств-участников СНГ. 191015, Россия, Санкт-Петербург, ул. Шпалерная, д. 47

**Контактная информация:** Кубарь Ольга Иосифовна – д.м.н., ведущий научный сотрудник ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера; Член комитета по биоэтике при Комиссии РФ по делам ЮНЕСКО; E-mail: okubar@list.ru

**РЕЗЮМЕ:** Современное регулирование системы здравоохранения строится на принципах соблюдения прав и достоинства человека. Особое значение имеет гармонизация и солидарность этико-правовых норм в международном поле для гарантии их повсеместного исполнения. Методология данной работы построена на сотрудничестве в рамках государств-участников СНГ и предполагает процесс разработки и имплементации норм модельных законодательных актов во внутригосударственное законодательство стран региона. В содержательном аспекте, работа предусматривает поиск и обеспечение баланса между необходимостью углубления научно-технического прогресса и проявления гуманности. Данный подход позволяет рассматривать биоэтику частью всеобщей культуры прав человека и продвигать более глубокое понимание биоэтической проблематики на различных уровнях. Плодотворная идея совместного законотворчества позволяет создать солидную научно-методическую и правовую базу для подготовки и корректировки национального законодательства в области биоэтики и прав человека. Вопросы биоэтической компетентности медиков и биологов, инициированные авторским коллективом данной статьи, впервые в СНГ стали объектом создания специального правового поля и возведения моральных норм в ранг нормативных актов путем этико-правовой регуляции биомедицинской науки и практики и позволили придать новый статус биоэтическим актам, как непреложному вкладу не только в систему образования и здравоохранения, но и в архитектуру правового государства в целом.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** биоэтика, права человека; законотворчество; региональное сотрудничество; образование; научный прогресс.

## THE DEVELOPMENT OF REGULATORY BASE ON BIOETHICS AND HUMAN RIGHTS IN THE CIS MEMBER-COUNTRIES HEALTHCARE SYSTEMS

© *Olga I. Kubar<sup>1</sup>, Galina L. Mikirtichan<sup>2</sup>, Anastasiya E. Nikitina<sup>2</sup>, Evgeniya Yu. Vladimirova<sup>3</sup>,  
Lyudmila A. Pynchenkova<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Federal State Saint Petersburg Pasteur Research Institute of Epidemiology and Microbiology. Mira str. 14, Saint-Petersburg, Russia, 197101

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

<sup>3</sup> The CIS Interparliamentary Assembly. Shpalernata str. 47, Saint-Petersburg, Russia, 191015

**Contact Information:** Olga I. Kubar – MD, PhD, leading researcher of Federal State Saint Petersburg Pasteur Research Institute of Epidemiology and Microbiology; The Member of the bioethics committee at Commission of the Russian Federation for UNESCO; E-mail:okubar@list.ru

**ABSTRACT:** Modern regulation of healthcare system rests on principles of safeguarding human rights and dignity. International harmonization and unification of ethical and legal norms to provide their universal implementation is of a special importance. The concept of this paper results from cooperation between CIS member-states, and suggests a process for the development and implementation of model legislative acts into national legislation of the region states. The work implies the search and maintenance of a balance between advances in science and technology and humanism. This approach makes bioethics a part of general culture of human rights and helps to develop a more profound understanding of bioethics problems on different levels. A fruitful idea of joint law-making allows us to create a strong research and guidance foundation for developing and correcting national legislation associated with bioethics and human rights. Issues of competence in bioethics among medical professionals and biologists raised by the authors of this paper, pioneered the creation in the CIS of a special legal environment and introduction of moral norms into enforceable enactments via ethical and legal regulation of biomedical research and practice, as an essential contribution into the system of education and healthcare, as well as into the architecture of a rule-of-law state at large.

**KEY WORDS:** bioethics; human rights; law-making; regional cooperation; education; research process.

## ВВЕДЕНИЕ

Знаменательной характеристикой современного законодательного регулирования системы здравоохранения служит гуманистическая целостность правовых актов и их сопряженность в плане обеспечения национальных и международных действий. Особое значение имеет формирование политики взаимодействия и взаимопризнания в сфере защиты прав человека при осуществлении сотрудничества в области биомедицинских исследований. Данное условие явилось стратегическим элементом становления и гармонизации нормативного поля систем здравоохранения на постсоветском пространстве. Существенный вклад в развитие и формирование этического компонента медицинского законодательства был внесен благодаря сотрудничеству Форума комитетов по этике государств — участников СНГ (ФКЭСНГ) и Межпарламентской Ассамблеи государств — участников СНГ (МПА СНГ).

## МЕТОДОЛОГИЯ

Форум комитетов по этике государств — участников СНГ был учрежден в 2001 году

в рамках международного проекта ВОЗ, с целью создания системы этической экспертизы биомедицинских исследований в государствах-участниках СНГ. Деятельность ФКЭСНГ включала развитие нормативно-правовой базы в области биоэтики и прав человека, формирование административного и образовательного ресурса и строительство гармонизированного сотрудничества на региональном и международном уровнях. Уникальная возможность осуществления и достижения названных целей была основана на творческом взаимодействии ФКЭСНГ с Постоянной комиссией МПА СНГ по социальной политике и правам человека и Постоянной комиссией МПА СНГ по науке и образованию. Формат сотрудничества предусматривал последовательный процесс, включающий формирование идеи, создание первичных рабочих документов, их аналитическое консультирование на предмет гармонизации с действующими международными этическими стандартами, широкое публичное обсуждение, прохождение процедуры рассмотрения и утверждения модельных нормативных и рекомендательных документов МПА СНГ и последующее мониторинг имплементации в действующее законодательство стран региона.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В качестве первой законодательной инициативы ФКЭСНГ следует рассматривать создание нормативной базы по защите прав человека в биомедицинских исследованиях, что последовательно вытекает из основной миссии ФКЭСНГ по обеспечению этического комфорта в исследованиях. Данная инициатива осуществлялась путем многолетнего (2002–2005) сотрудничества с Постоянной комиссией МПА СНГ по социальной политике и правам человека. Работа включала серию обсуждений и международных консультаций, как на уровне представителей Парламентов стран Содружества, так и ведущих ученых и специалистов из многих стран мира, а также авторитетных международных организаций, и структур, работающих в данной области, таких как: ВОЗ, Всемирная медицинская ассоциация, Совет Европы, Европейская комиссия, ЮНЕСКО, Европейский форум по качественной клинической практике и другие [2, 5].

В результате данной деятельности был разработан и 18 ноября 2005 года утвержден Модельный закон МПА СНГ «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах — участниках СНГ»<sup>1</sup>. Следует отметить, что разработка данного Модельного закона способствует гарантии обеспечения защиты чести и достоинства; прав, безопасности, здоровья и интересов участников исследований; достоверности результатов исследований и созданию единого правового пространства при осуществлении биомедицинских исследований с участием человека в пространстве региона и в рамках международных исследований. Модельный Закон предписывает проведение этической экспертизы и научной экспертизы биомедицинских исследований как основополагающей меры по защите каждого конкретного лица и сообщества людей, принимающих участие в исследовании. Современный этап работы характеризуется созданием основ продвижения и имплементации Модельного закона в национальное законодательство государств — участников. Значение данного направления определяется тем обстоятельством, что государства, являющиеся членами СНГ, а также государства, не

являющиеся таковыми, при имплементации положений Модельного Закона «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах — участниках СНГ», достигают международного признания как правового субъекта, обеспечивающего защиту фундаментальных прав и свобод человека в области биологии и медицины.

При этом важно подчеркнуть, что государства, принявшие концептуально Модельный закон, не только обязуются, применительно к области биомедицины, защищать достоинство и индивидуальность каждого человека, а также обязуются предпринять необходимые шаги по совершенствованию внутреннего законодательства с тем, чтобы оно отражало положения настоящего закона и могло гарантировать всем без исключения уважение целостности личности, фундаментальных прав и свобод, которыми обладает каждый человек.

Универсальные положения гуманитарной и политической целесообразности использования Модельного закона в каждом отдельно взятом государстве — участнике СНГ, а также при осуществлении международных действий и приглашений в указанной сфере, обосновывают необходимость объединения совместных усилий для обеспечения оптимальных условий внутри каждого государства — участника по приведению национального законодательства в соответствие с Модельным законом и разработкой инструментов гарантированного следования изложенным в нем положениям.

Достижение оперативного и рационального использования положений данного Модельного закона на местах основано на содействии процессу интеграции и оперативного его применения в биомедицине, а также его дальнейшему нормативному совершенствованию в соответствии с локальными культурными, историческими и социальными особенностями и гарантией сохранения духа закона, определенного всеобщими правами и свободами человека. Актуальным является вопрос о последовательном осуществлении следующего ряда исследований и действий: изучение сопряженности национального законодательства в данной сфере с положениями Модельного закона; приведение в соответствие законодательных национальных норм; нормативное встраивание положений Модельного закона в национальное законодательство; дальнейшее развитие положений Модельного закона в соответствии с национальными условиями и прогрессом в сфере биомедицины и биоэтики и разработка механизмов следования и их соблюдения.

<sup>1</sup> Текст Модельного Закона МПА СНГ «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах-участниках СНГ» и тексты модельных рекомендаций и декларация, упомянутые в статье, доступны на сайте МПА СНГ: [www.iacis.ru](http://www.iacis.ru).

Возможность достижения названных целей может быть достигнута только при условии авторитетности и профессиональной целостности сотрудничества всех заинтересованных сторон. Опыт широких и открытых дискуссий, проведенных в разных странах СНГ с привлечением различных слоев общества и международных организаций на этапе разработки и обсуждения Модельного закона, свидетельствует об актуальности таких действий и востребованности со стороны общественности стран Содружества и международного сообщества в целом. Безусловно, процесс имплементации помимо знаний и убежденности потребует проявления уважения, признания, терпимости и взаимопонимания для развития всестороннего диалога с различными слоями общества с конечной целью формирования этического общественного и индивидуального правосознания на пространстве государств — участников СНГ и их полноценного включения в глобальное международное нормативное поле по соблюдению и сохранности прав и свобод человека.

К настоящему времени на основе положений Модельного закона внесены изменения в законы Республики Казахстан «О Системе здравоохранения» и «Об охране здоровья граждан» 2007 год; в законы Республики Молдова «О врачебной деятельности» и «Об охране здоровья» 2005 и 2007 годы; в закон Республики Беларусь «Об охране здоровья» 2008 год. В Российской Федерации при поддержке ЮНЕСКО в 2007 году был подготовлен проект Федерального закона «О биомедицинских исследованиях», в котором получили конкретизацию многие положения модельного закона. Значимым моментом также является факт включения положений Модельного закона в практику обучения членов комитетов по этике в РФ.

Помимо общих, рамочных законодательных форм, существует необходимость формирования нормативных и этических стандартов в сфере современных биомедицинских технологий. Примером такой деятельности является разработка рекомендаций «Об этико-правовой защите и безопасности генетических медицинских исследований в государствах — участниках СНГ» в рамках сотрудничества с Постоянной комиссией МПА СНГ по науке и образованию, принятых Ассамблеей СНГ 30 октября 2007 года. Основная цель разработки данных рекомендаций была построена на признании выдающихся открытий в области медико-биологических наук и, в особенности, в сфере изучения генома человека, на осознании их огромной потенциальной пользы для здоровья и бла-

гополучия и одновременно объективной опасности как для ныне живущих, так и будущих поколений человечества. В связи с этим в названных рекомендациях рассмотрены и освещены положения по осуществлению принципов уважения человеческого достоинства, доступа к достижениям в области генетических технологий, их безопасности, автономии пациентов/участников исследований при применении генетических технологий и особых условий использования генетических технологий к уязвимым контингентам. Специальное внимание в рекомендациях уделено вопросу образования, распространения информации, сотрудничества в области генетических технологий. В рекомендациях подчеркнута, что в целях содействия реализации изложенных положений, государствам — участникам СНГ необходимо прилагать усилия к развитию всех форм просвещения, образования, профессиональной подготовки кадров, а также поощрять свободный обмен научными знаниями и информацией и способствовать информированию общественности по вопросам защиты прав и достоинства человека в сфере научных исследований и биомедицинских технологий [1].

Признание особой роли просвещения и образования в контексте биоэтической проблематики определило новую инициативу в плане разработки рекомендаций «О сотрудничестве государств — участников СНГ по приведению медицинского образования в соответствие с обучающей программой ЮНЕСКО по биоэтике». Их одобрение Межпарламентской Ассамблеей СНГ 14 мая 2009 года означает, что страны СНГ согласились развивать многостороннее сотрудничество по совершенствованию высшего медицинского образования с учетом соблюдения канонов этики и следуя идее правозащитной составляющей образования [4].

Развитие профессионального этического знания в высшей медицинской школе связывается с интеграцией принципов биоэтики и прав человека в образовательную политику и учебные программы подготовки специалистов-медиков с опорой на общую нормативно-правовую базу, т. е. с приданием опыту преподавания биоэтики легитимного статуса, действующего на территории всего Содружества.

В рекомендациях сформулированы предложения государственным органам стран — участниц СНГ, которые могут явиться теми межгосударственными руководящими принципами по вопросам преподавания биоэтики, тем инструментом парламентов и правительств стран Содружества, которые позволят законо-

дательно и административно поддержать институционализацию биоэтики как учебной дисциплины в рамках профессионального медицинского образования, в том числе додипломного и постдипломного. Наиболее значимыми в содержательном и статусном плане являются задачи обеспечения введения курса биоэтики в Государственный стандарт высшего медицинского образования; создания в медицинских вузах специальных кафедр биоэтики; внедрения общеевропейских стандартов и переструктурирования преподавания в связи с Болонскими договоренностями; налаживания системы подготовки квалифицированных педагогических кадров, учреждения соответствующей научной специальности.

Рекомендации касаются построения образовательной внутренней политики государств СНГ в сфере биоэтики и формирования общих подходов к гармонизации принципов биоэтического образования в странах региона. В связи с этим, их имплементация позволит развить государственные инициативы по выработке симметричных образовательных стандартов в преподавании биоэтики на пространстве Содружества, обеспечить единые требования к ним и условиям их реализации в СНГ, расширить международные исследования.

Важно отметить, что предлагаемые меры государственной поддержки усиления этико-правового компонента медицинского образования осуществимы с использованием накопленного национального опыта и на основе образовательных программ, инициированных ЮНЕСКО и являющихся особой зоной компетенции этой организации, а также другими основополагающими международными документами. При этом аналогично тому, как образовательный универсальный курс ЮНЕСКО обеспечивает базовые потребности обучения биоэтике, внедрение названных рекомендаций в странах СНГ призвано создать в Содружестве в целом основу сбалансированного развития биоэтического образования принципиально нового типа, сформировать интегрированную систему педагогических мер нового уровня.

Помимо этической целостности подобных образовательных программ, специальное значение, следует придавать формированию мировоззрения, нравственности, этического мышления в области научной деятельности для создания нравственных посылов и подходов. Идея нормативного документа по этике научной деятельности возникла и была осуществлена в рамках Перспективного плана модельного законодательства и сближения национального зако-

нодательства Межпарламентской Ассамблеи государств — участников СНГ. Формат сотрудничества включал поддержку Бюро ЮНЕСКО в Москве, Постоянной комиссии МПА СНГ по науке и образованию, Российского комитета по биоэтике при Комиссии РФ по делам ЮНЕСКО и Форума комитетов по этике государств — участников СНГ. На основе всестороннего исследования существующего опыта этического регулирования научной деятельности в странах СНГ и обобщения мирового и регионального этико-нормативного опыта была подготовлена Декларация этических принципов научной деятельности. В концепции и в статьях Декларации отражены стратегические приоритеты ЮНЕСКО в области этики науки и технологии. Декларация провозглашает этический стандарт как научной деятельности, так и общественно-государственной политики, направленной на ее обеспечение. Принятие Декларации в 2011 году Ассамблеей МПА СНГ безусловно содействовало ответственной оценке социальных и гуманитарных рисков и благ научно-технических разработок. Действенное и практическое продвижение идей Декларации в национальных академиях наук, научных институтах и среди ученых должно, в свою очередь, способствовать формированию и развитию в обществе атмосферы, благоприятствующей развитию научной деятельности ради получения разносторонних знаний о природе, обществе и человеке, и разработке технологий, направленных на обеспечение блага людей и общества [3].

Такая постановка вопроса приоритетна при этическом рассмотрении новых вызовов, связанных с развитием научного прогресса. Именно этим обстоятельством обусловлено включение в Перспективный план модельного законодательства МПА СНГ на 2017 год создание условий разработки рекомендаций по этическому регулированию в области нанотехнологий. В целом, весь комплекс предпринимаемых шагов и мер направлен на то, чтобы усилить осознание всем обществом первостепенности нравственных, справедливых и ответственных решений в области биологии и медицины.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Деятельность по формированию и продвижению нормативно значимых документов по вопросам биоэтики и этики науки и технологии, связанных с подготовкой врачей и обучением будущих ученых, способствует концентрации усилий медиков, философов, психологов, педагогов и государственных деятелей,

ответственных за выработку политики здравоохранения. Расширенное обсуждение данных вопросов на национальном, региональном и международном уровнях позволяет соотнести реальные практические действия в сфере здравоохранения и создать новые предпосылки для синхронизации подходов, укрепления правового поля биоэтического обучения и преобразования этических норм в реальные условия профессиональной медицинской деятельности.

## REFERENCES

1. Kubar O.N., Mikirtichan G.L., Nikitina A.E. Genetic confidentiality and non-discrimination in aspect of regional lawmaking. *Bioethics*. 2013; No. 2: 10–14. (in Russian).
2. Kubar O.I., Yudin B.G., Nikitina A.E., Vladimirova E.Yu. Ethical and legislative tendencies in the field of biology and medicine in the State Parties of the CIS. *Health care*. 2009; No. 10: 46–58. (in Russian).
3. Kubar O.I., Mikirtichan G.L., Nikitina A.E., Mikirtichan G.L., Nikitina A.E. About ethical principles of scientific activity: The state-of-the-art review and the Draft declaration for the State Parties of the CIS. SPb.: NIIEM publishing house of Pasteur; 2010. (in Russian).
4. Kubar O.I., Yudin B.G. A condition of teaching bioethics in system of medical education in the State Parties of the CIS. SPb.: NIIEM publishing house of Pasteur; 2011. (in Russian).

5. Kubar O.I., Mikirtichan G.L., Nikitina A.E. Ethical examination of biomedical researches in the State Parties of the CIS (social and cultural aspects). SPb.: Phoenix; 2007. (in Russian).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кубарь О.Н., Микиртичан Г.Л., Никитина А.Е. Генетическая конфиденциальность и недискриминация в аспекте регионального законодательства. *Биоэтика*. 2013; № 2:10–14.
2. Кубарь О.И., Юдин Б.Г., Никитина А.Е., Владимирова Е.Ю. Этические и законодательные тенденции в области биологии и медицины в государствах — участниках СНГ. *Здравоохранение*. 2009; № 10: 46–58.
3. Кубарь О.Н., Микиртичан Г.Л., Никитина А.Е. Об этических принципах научной деятельности: Аналитический обзор и Проект Декларации для государств — участников СНГ. СПб.: Издательство НИИ-ЭМ им. Пастера; 2010.
4. Кубарь О.И., Юдин Б.Г. Состояние преподавания биоэтики в системе медицинского образования в государствах — участниках СНГ. СПб.: Издательство НИИЭМ им. Пастера; 2011.
5. Кубарь О.Н., Микиртичан Г.Л., Никитина А.Е. Этическая экспертиза биомедицинских исследований в государствах — участниках СНГ (социальные и культурные аспекты). СПб.: Феникс; 2007.

# HISTORY OF MEDICINE

---

# ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

---

УДК 616-053.2(091)

## ИСТОКИ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ДЕТСТВА: XVIII — ПЕРВАЯ ПОЛОВИНА XIX ВЕКА

---

© Галина Львовна Микиртичан

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

**Контактная информация:** Галина Львовна Микиртичан — доктор мед. наук, профессор, заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики Санкт-Петербургского Государственного педиатрического медицинского университета. E-mail: glm306@yandex.ru

---

**РЕЗЮМЕ:** В статье рассмотрены труды общественных деятелей, ученых, врачей и педагогов по проблемам здоровья детей в период XVIII — первой половины XIX вв. Главное внимание уделялось смертности детей, назывались ее причины и намечались мероприятия по борьбе с детской смертностью с явно выраженной социальной направленностью. Однако отсутствие государственных форм учета населения, охватывающих не только мужчин, но и женщин, препятствовали определению точного показателя рождаемости и смертности. Тем не менее даже использование неполных данных показывало на протяжении всего периода высокие цифры смертности детей. В статье также дан анализ предлагаемым в тот период мероприятиям по сохранению здоровья детей, включая описания условий быта детей, воспитывающихся дома, посещающих или живущих в закрытых учебных заведениях, режима дня, физической активности и питания. Практически отсутствовали труды, содержавшие количественные показатели физического развития детей. Принимаемые государством, общественными организациями и частными лицами меры не могли кардинально изменить существующую ситуацию со здоровьем детей.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** показатели здоровья детей; уровень; причины и меры борьбы со смертностью детей; гигиена детей; питание детей.

---

## HISTORY OF RESEARCH ON MEDICAL AND SOCIAL PROBLEMS OF CHILDHOOD: THE 18TH – FIRST PART OF THE 19THCC

---

© Galina L. Mikirtichan

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

**Contact Information:** Galina Lvovna Mikirtichan — MD, PhD, Professor, Head of the Department of Humanities and Bioethics. St.Petersburg State Pediatric Medical University. E-mail: glm306@yandex.ru

---

**ABSTRACT:** The paper considers the problem of children's health in the period from the 18th to the first half of the 19th c. as described by public persons, physicians and teachers of that time. The

---

focus of their attention was childmortality, its causes and socially oriented measures against it. The absence of State forms for male and female population accounting impeded efforts to accurately assess birth and mortality rate. However, even incomplete data showed high mortality rate throughout the period. The paper analyzes suggested measures for the protection of children's health including the description of children's living conditions at home, public and boarding schools, their day regimen, physical activity and nutrition. There were practically no works on quantitative data of children's physical development. Measures taken by public organizations and individuals in that time could not radically change the existing situation with children's health.

**KEY WORDS:** children's health characteristics; childmortality rate; its causes and measures against it; child hygiene and nutrition.

Подлинные научные исследования медико-социальных проблем детства относятся к концу XIX — началу XX в. Истоки же взглядов на эти проблемы можно встретить и в более ранние периоды.

На Руси рождаемость и смертность, в т. ч. детская, издавна были высокими. В историческом прошлом дети составляли предположительно от 40 до 65% населения в разные исторические периоды. Почти ежегодные роды и частая потеря детей притупляли материнскую чувствительность, делали ее равнодушно-фаталистической, выраженной привычной религиозной формулой: «Бог дал, Бог и взял» [6]. Ценность детской жизни терялась среди повседневных нужд крестьянского быта. Неблагоприятные климатические условия на значительном пространстве страны, частые неурожайи, пожары, засуха или наводнение приводили к огромной смертности. Особенно высока была заболеваемость и смертность в раннем возрасте. Менее половины детей доживали до 1 года. Здесь к общим факторам, вызывавшим большую заболеваемость и смертность всего населения, присоединялись еще антигигиенические условия жизни и отсутствие медицинской помощи. Уход за младенцем представлял собой комплекс практических и ритуально-магических действий, направленных на сохранение жизни ребенка и обеспечение правильного его развития и роста. Авторы, исследовавшие русскую народно-бытовую медицину, писали о множестве предрассудков, суеверий, а иногда совершенно диких обрядах, связанных с уходом за детьми, с их болезнями и лечением [5, 17].

На Руси существовало резкое отличие в правовом статусе ребенка, рожденного в браке и вне брака, понятие незаконнорожденности несло на себе печать позора. Основные меры помощи детям-сиротам на Руси, как и вообще все существовавшие тогда виды призрения, были связаны с княжеской защитой и попечитель-

ством, милосердием отдельных личностей, а затем в большей степени с монастырско-церковными формами призрения. При монастырях организовывались сиротские дома, где дети получали кров, питание и воспитание.

С XVI в. в царствование Ивана IV Грозного (1530–1584) стали появляться больницы и богадельни для нищих и странников, куда помещались и дети. События и социальные потрясения XVII в. влекли за собой разрушение внутрисемейных отношений и самих семей, что способствовало увеличению числа сирот, беспризорных и нищих, их заболеваемости и смертности. Известен документ 1682 г., предположительно доклад царю Федору Алексеевичу (1661–1682), о необходимости издания указа об учреждении для детей-сирот и детей-нищих специальных дворов, где бы их обучали грамоте, разным ремеслам, а также, по возможности, фортификации, архитектуре, живописи и т. п. Осуществления мер, изложенных в документе, в XVII в. практически не произошло.

С начала XVIII в. государством предпринимаются попытки заложить социально-правовые основы помощи и поддержки института детства. Развитие производства, организация регулярной армии и флота, расширение торговых связей с другими странами требовали все большего числа молодых здоровых людей. Плановая программа призрения малолетних детей на государственном уровне была у Петра I. Ряд его указов был направлен на прекращение детоубийства, изменение системы защиты и помощи сиротам, облегчения участи незаконнорожденных (организация госпиталей для «засорных», службы «кормилиц»), создание условий для воспитания и обучения детей, сокращение нищенства. Выполнение этих указов сопровождалось большими трудностями: недостатком финансирования, отсутствием ответственного контролирующего органа, нерасторопностью губернских властей, трудностями в приискании кормилиц и

ухаживающего персонала и др. А, главное, неготовностью российского общества к государственному регулированию защиты детей. Смертность детей по-прежнему оставалась высокой. В этот период основываются первые духовно-учебные заведения — духовные семинарии. Согласно Духовному регламенту (1721), главному законодательному акту петровского времени относительно церкви, в духовной семинарии должны быть «аптека и доктор» [19]. С именем Петра I также связаны первые попытки собрать статистические сведения о числе родившихся и умерших. Духовным регламентом предписывалось сообщать сведения о родившихся и умерших за каждые 4 месяца в архиерейские приказы, а последние обязаны были подавать сводные ведомости в Синод. Однако официальное распоряжение долгие годы оставалось неосуществленным.

К середине XVIII века стало очевидным, что России не хватает населения для освоения огромных территорий. Высокая детская смертность и связанная с ней убыль населения не могли привлечь внимания передовых русских ученых, крайне медленно, но формируются понимание особой значимости охраны здоровья детей. Одним из первых о необходимости сохранения жизни детей и борьбы с детской смертностью писал М. В. Ломоносов в трактате «О размножении и сохранении российского народа» (1761 г.), носящем политико-демографический характер. Он обосновывал необходимость государственных мер, направленных на сбережение народа и увеличение его численности, указал на несовершенство медицинской и акушерской помощи, относил брачность и смертность к факторам, определяющим рост населения, выдвинул задачу снижения уровня смертности, прежде всего, детской в качестве первоочередной [11].

Специальных медицинских учреждений для детей в этот период не существовало. Помощь детям, как правило, оказывали не врачи, а народные лекари, в основном повивальные бабки, которых было крайне мало. Об этом свидетельствует такой факт: для невесты наследника трона, будущей императрицы Екатерины II, по ее прибытии в Санкт-Петербург в 1744 г. не могли найти акушерку ни лейб-медик Императорского двора, ни личный врач императрицы. Понадобилось вмешательство выдающегося администратора и реформатора, директора Медицинской канцелярии П. З. Кондоиди (1709–1760), вызвавшего из Голландии Адриану Ван дер Шаар, которая была назначена придворной акушеркой, причем ей предписано

было безотлучно быть в свите Екатерины Алексеевны, она же принимала роды в 1754 г., когда родился будущий император Павел I.

В этом же году по проекту П. З. Кондоиди был издан Сенатский указ от 29 апреля 1754 г. «Об учреждении школ в Санкт-Петербурге и в Москве для обучения повивальному искусству, о снабжении столиц и городов испытанными в сем искусстве бабками под именем присяжных», Акушерские школы в Москве и Санкт-Петербурге были открыты в 1757 г. В 1802 г. школа акушеров преобразована в Повивальный институт, что привело к росту числа акушеров и врачей российского происхождения. В 1808 г. в Санкт-Петербургской медико-хирургической академии создается акушерская клиника. Затем подобные клиники открываются при Харьковском (1815 год), Казанском (1833 год) и Киевском (1847 год) университетах [1].

При Екатерине II большое внимание уделялось административно-организационным вопросам в сфере общественного призрения. В это время как в утопической литературе, так и в социально-политических трактатах популярна была идея о том, что государство лучше справится с воспитанием своих будущих граждан, нежели их родители. Отдавая дань просвещению и гуманным началам, Екатерина II способствовала развитию институтов опеки и попечительства. В ее Наказе комиссии для сочинения проекта нового Уложения говорилось: «Мужики большей частью имеют по 12, 15 и до 20 детей из одного супружества: однако, редко и четвертая часть оных приходит в совершенный возраст. Чего для непременно должен тут быть какой-нибудь порок, или в пище, или во образе их жизни или в воспитании, который причиняет гибель сей надежды государства. Какое цветущее состояние было бы сея державы, если бы могли благоразумными учреждениями отвратить или предупредить сию пагубу» (гл. 12 § 266) [14].

Особое место занимает ее забота об устройстве осиротевших детей. Знаменательным событием стало открытие в Москве (1764) и С.-Петербурге (1770) Воспитательных домов. Заслуга в их организации принадлежит крупному государственному деятелю И. И. Бецкому (1704–1795). Придерживаясь учения Ж. Ж. Руссо о том, что человек от природы не имеет худых склонностей и пороков и что окружающая его среда порождает эти пороки, И. И. Бецкой пришел к заключению о необходимости с ранних лет удалять ребенка из среды, пагубно на него влияющей. Он выдвинул идею о созда-

нии закрытых учебных заведений для кадетов, благородных девиц и об открытии воспитательных домов для незаконнорожденных и подкидышей [2]. По мысли И. И. Бецкого воспитанники должны быть свободными людьми и составить сословие мастеров, художников, ученых. Воспитательные дома при открытии состояли из ряда помещений для детей, маленького лазарета в этом же доме и родильного госпиталя. Позднее в структуре воспитательных домов появились оспенные дома, больницы для детей и служащих (1799). При воспитательных домах проводилась подготовка акушерок-повивальных бабок.

Однако надежды устроителей воспитательных домов на спасение тысяч детских жизней не оправдались. Даже при отсутствии правильного и полного учета смертность в самом воспитательном доме колебалась от 8,65% до 36,12%, в округах среди детей до 1 года — от 46% до 51%, среди детей старше 1 года — от 21% до 23% [9].

Высокая смертность в воспитательных домах принесла им печальное название «фабрики ангелов». Это было связано с состоянием здоровья приносимых детей, недостатком кормилиц, скученностью детей, уровнем развития педиатрии, недостатком квалифицированного персонала. Косвенно о состоянии приносимых детей свидетельствуют заметки крупного археографа, директора Московского главного архива Министерства иностранных дел А. Ф. Малиновского (1762–1840): «Большая часть оных (детей) по нещастию уже полумертвы, когда их приносят, другие недоношены, которые по течению натуры долго живыми быть не могут. Иногда и законнорожденные дети тяжкими болезнями одержимые присылаются от бедных родителей, когда уже к выздоровлению оных надежды не имеют, якобы только желали избавиться иждивением погребения. А затем еще получают за принос определенное награждение. С того времени, как таких безнадежных от других здоровых различать стали, из коих однако старанием определенного доктора или лекаря, также смотрением надзирательницы, ежедневно несколько выздоравливают и к другим сообщаются... Явилось, что гораздо меньше детей умирают, нежели приносятся, чего ради и число оных почти ежедневно прирастает...» [8].

В конце XVIII в., кроме двух столичных, в различных городах существовало еще 25 воспитательных домов. Все воспитательные дома существовали на благотворительные средства. В самом начале XIX в. открытие частных вос-

питательных домов было резко ограничено и к 1828 г. они были закрыты. Высокая смертность детей в провинциальных воспитательных домах стала одной из причин того, что в 1828 г. было принято решение приостановить их действие.

Одна из первых продуманных программ исследования причин детской смертности представлена в работе доктора медицины С. Ели [20]. Он предлагал внести дополнения в официальные ведомости о смертности населения, а относительно детей указывать пол, возраст, от какой болезни умер, «которое он у родителей дитя», вид вскармливания, место проживания. Кроме того, он считал необходимым снарядить экспедиции из врачей, естествоиспытателей для описания условий жизни разных народностей России и их обычаев ухода за детьми и изучения влияния этих условий на смертность детей. Одновременно он предлагал исследователям пропагандировать и обучать народ правилам сохранения здоровья.

Большой вклад в изучение заболеваемости и смертности детей внесли русские врачи: Н. М. Максимович-Амбодик и С. Г. Зыбелин. Среди причин смерти назывались голод, нездоровая местность и неправильное питание детей, отсутствие грудного вскармливания, введение раннего прикорма. Все это способствовало заболеваемости детей, особенно от желудочно-кишечных заболеваний. С. Г. Зыбелин (1735–1802) приводил интересные статистические данные о рождаемости и смертности, о возрастной структуре смертности в ряде губерний России, и подчеркивал, что наибольшая смертность наблюдается среди детей в возрасте до 1 года. Он дал определение «здоровой страны»: «То место, или целую страну должно почитать здоровою, в которой меньше и реже бывает повальных и других болезней, немного умирает младенцев, напротив того довольное число находится престарелых, притом приезжие из других мест болезням того места, или другим каким-либо скоро не подвергаются» [7].

Демографические процессы в России (XVIII — первая четверть XX вв.) были отражены в метрических книгах, исповедных росписях, клировых ведомостях. Начало в изучении документов церковного учета населения положили немецкие академики, жившие и работавшие в России во второй половине XVIII в. Первые работы, основанные на материалах церковных источников, во многом базировались на зарубежных методиках изучения народонаселения. Говоря о большой смертности де-

тей, авторы основывались только на своих личных наблюдениях. Они не могли опереться на точные статистические данные, так как их в то время еще не существовало.

Одним их первых, кто обратился к материалам метрических книг для установления уровня детской смертности, был известный академик Л. Ю. Крафт (1743–1814). По его данным в 60–80-е годы XVIII в. в Петербурге 1/4–1/5 детей умирали до одного года [10].

По данным врача Г. Л. Аттенгофера (1785–1838), автора книги «Медико-топографическое описание Санкт-Петербурга, главного и столичного города Российской Империи» (СПб., 1820) детская смертность составляла 311 на 1000 родившихся.

Ученый-экономист, статистик, академик РАН, начальник статистического отделения в Министерстве внутренних дел К. Ф. Герман (1767–1838), составивший первую русскую таблицу смертности, в работе «Статистические исследования относительно Российской империи. Ч. 1. О народонаселении» (СПб., 1819) указывал, что на 1000 новорожденных мальчиков только 555 достигают 6 лет и менее половины — 10 лет. Надо отметить, что российское общество проявляло интерес к отечественной истории народонаселения. Не случайно К. Ф. Герман отмечал в своем труде, что «... едва какое-нибудь Статистическое сочинение покажется в России, как публика хватается его с жадностью...».

Однако вычисленные этими авторами показатели смертности нельзя назвать отражающими истинную картину. До 1798 г. годовые генеральные таблицы не показывали даже возраста умерших. Этот год являлся первым, с которого началось более или менее правильное исчисление детской смертности по возрастам. Только с 1833 г. в таблицах стали указывать и число умерших женского пола, до этого учету подлежал лишь мужской пол [15]. Исследователи этого периода использовали данные метрического учета без всякой попытки их исправить и усовершенствовать. Иными словами, они некритически использовали материалы церковных книг, не поднимая вопросов достоверности источника [18].

В 30–60-е г. XIX в. показатель младенческой смертности колебался от 220 до 300 и выше на 1000 родившихся. Высокие цифры младенческой смертности в первой половине XIX в. характерны для многих стран. Например, в Швеции этот показатель составлял 167, во Франции — 232, в Голландии — 224, в Лондоне — 290 на 1000 родившихся. В 1845 г., по данным

Русского географического общества, из 1000 новорожденных умирало, не достигнув 5 лет, 633 ребенка, т. е. больше половины.

Такие показатели настолько обеспокоили общественность России, что в 1833 г. Вольно-экономическое общество, одно из старейших в мире и первое в России научное экономическое общество, основанное в 1765 г. по инициативе Екатерины II и призванное заботиться о здравии народном, объявило конкурс на написание лучшей работы, где «вполне изложены были причины столь неестественной между младенцами смертности на 1-м году их жизни и предложены способы к упреждению такого зла». Была учреждена награда в 2 тысячи рублей и золотая медаль. На конкурс было прислано 84 работы — это довольно высокая цифра в период, когда специалистов по педиатрии еще нет. Авторами сочинений были в основном врачи, но также и педагоги, и священники. Первая премия была присуждена И. Р. Лихтенштедту за сочинение «О причинах большей смертности детей на 1-м году жизни и мерах к ее отвращению» (СПб., 1839). Он определил величину младенческой смертности, для чего использовал статистические сочинения авторов из разных стран, новейшие таблицы об умерших в России, известия Петербургского воспитательного дома. По его расчетам, смертность детей на первом году жизни в России в 1831–1838 гг. составила более 220 на 1000 родившихся. Причинами детской смертности он назвал: болезни родителей, нерациональный режим беременной, тяжелые условия труда родителей, травматизм в родах, отсутствие врачебной помощи, недостаточное попечение о детях, кормиличный промысел, умышленное убийство новорожденных и грудных детей из-за бедности или стыда, неправильное и недостаточное питание детей, особенности пищеварительного аппарата грудных детей и др. Среди мер борьбы с высокой младенческой смертностью И. Р. Лихтенштедт назвал улучшение благосостояния народа и широкое общее образование его, предложил разработать и «издать правила касательно работ, которые можно производить беременным крестьянкам», писал о желательности увеличения подготовки повивальных бабок, открытии во всех губернских городах повивальных школ, расширении врачебной помощи населению, причем бедным — бесплатной. И. Р. Лихтенштедт особенно подчеркнул необходимость открытия детских больниц не только в крупных городах, но и в уездных. Для охраны внебрачных и подкинутых детей считал целесообразным оты-

скивать отцов и взыскивать с них содержание для ребенка. Он предложил учредить специальное общество для попечения о бедных детях, издавать популярные книги о правильном воспитании и вскармливании детей.

В конце XVIII — первой половине XIX века в трудах врачей, философов, общественных деятелей, педагогов (И. И. Бецкой, Н. И. Новиков, А. Н. Радищев, Ф. Уден, С. Г. Зыбелин, Н. М. Максимович-Амбодик, С. Ели, И. П. Франк, И. П. Каменский и др.) большое внимание уделялось проблемам гигиены и вскармливания для сохранения здоровья детей. Особенностью взглядов отечественных врачей являлось выраженное требование к единству физического, умственного и нравственного воспитания детей.

Видный общественный деятель второй половины XVIII века Н. И. Новиков (1744–1818) в труде «О воспитании и наставлении детей для распространения общепользовательных знаний и всеобщего благополучия», печатавшемся в «Прибавлениях к Московским ведомостям» в 1783 г., изложил педагогические и гигиенические взгляды на воспитание молодого поколения. Н. И. Новиков ставил вопрос о соблюдении правил гигиены и физического воспитания, обеспечивающих нормальное физическое развитие ребенка. Основная заслуга Н. И. Новикова — популяризация гигиенических знаний среди народа.

Писатель-революционер и врач А. И. Радищев (1749–1802), высказывавшийся за уничтожение крепостного строя, порождавшего среди крестьян нищету, полуголодное существование, болезни и ужасающую детскую смертность, призывал к охране здоровья детей. Свои взгляды на воспитание молодого поколения он выразил в книге «Путешествие из Петербурга в Москву» (1790). Бичуя уродливое воспитание детей в богатых семьях, он призывал воспитывать детей в труде, физически крепкими, умеющими преодолеть жизненные невзгоды, прививать им навыки личной гигиены.

Залогом рождения здорового ребенка считалось хорошее здоровье родителей, желание женщины иметь ребенка, нормальное протекание беременности, соблюдение будущей матерью гигиены и режима питания. Большое значение отечественные врачи придавали чистоте тела ребенка, его одежды, комнаты, где он содержался. Многие авторы, в частности, основоположник отечественного акушерства Н. М. Максимович-Амбодик (1744–1812), высказывались против тугого пеленания детей. Во всех трудах подчеркивалась важность грудного вскармливания, причем указывалось,

что это является естественной и гражданской обязанностью матери. Н. М. Максимович-Амбодик в 5-й части «Искусства повивания или науки о бабичьем деле» в разделе первом «О новорожденных младенцах, их качествах, природных свойствах, содержании, попечении и воспитании» приводит показатели веса и роста новорожденных: «длина и величина тела его простирается около 21 дюймов, или около 2 футов, а весу в целом его теле от 7 до 11 фунтов находится». Если считать, что дюйм равен 2,54 см, фут — 30,48 см, а фунт — 410 гр, то, по наблюдениям Н. М. Максимовича-Амбодика, рост новорожденных колебался от 43 до 61 см, вес — от 2870 до 4510 гр.

Врач А. И. Данилевский (1770–1815), взгляды которого на здоровье детей были очень созвучны положениям работ С. Г. Зыбелина и Н. М. Максимовича-Амбодика, в «Слово о необходимых средствах к подкреплению слабого младенческого возраста для размножения в отечестве нашем народа» (М., 1814) ясно говорил о роли государства в заботе о детях, профилактике болезней, правильном воспитании детей. Могущество государства он связывал с сохранением жизни детей.

Иоганн Петер Франк (1745–1821) — известный австрийский клиницист, лейб-медик двух германских императоров. Реформатор медицинского образования. Его выдающаяся заслуга в том, что он выделил общественную гигиену в самостоятельную научную дисциплину. В своем капитальном шеститомном труде «Система всеобщей медицинской полиции» (1779–1819) большое внимание уделил созданию санитарного законодательства. 2-й том этого труда (1780) называется «Об охране здоровья учащегося юношества и о надзоре, необходимом при учебных заведениях». По сути это была первая солидная научная работа по школьной гигиене. В 1804–08 гг. И. П. Франк работал в России, сначала профессором кафедры клинической медицины Виленского университета (1804–05), затем профессором и ректором Медико-хирургической академии в Петербурге (1805–08). По его проекту в 1806 г. в академии открылась терапевтическая клиника, находившаяся в его ведении, которая состояла из отделений для мужчин, женщин и детей (всего 30 коек).

Точных данных о заболеваемости детей в этот период еще не существовало. Связано это было с отсутствием системы регистрации заболеваний, а также с тем, что большинство заболевших детей лечились дома. Анализ работ, посвященных смертности детей, косвенно сви-

детельствует о большой распространенности среди детского населения инфекционных, желудочно-кишечных заболеваний, болезней органов дыхания и др.

Высокая заболеваемость и смертность детей, накопление знаний о детской патологии способствовали организации врачами при поддержке прогрессивных общественных деятелей первых детских больниц в России. До середины XIX в. их было 3 (2 — в Санкт-Петербурге и 1 — в Москве, общее число коек — 240) на всю Россию. Кроме того, лечебную помощь оказывали больницы и лазареты при двух воспитательных домах. Больницы были открыты в приспособленных зданиях, существовали, в основном, на частные, благотворительные пожертвования. Амбулаторные приемы больных детей, организованные при детских больницах, положили начало поликлинической помощи детям [13].

В этот период набирают свою силу Ведомства «на особых основаниях управляемые», представляющие собой наиболее эффективную форму организации благотворительной помощи детям. Прежде всего, это — Ведомство учреждений императрицы Марии, основанное в 1796 г. Второй крупной общественно-благотворительной организацией в начале XIX в. было Императорское Человеколюбивое общество (1802, 1816). Это способствовало тому, что в России постепенно начала формироваться сеть благотворительных учреждений и заведений, призванных сохранять жизнь детям, содержать их в более гигиенической благоприятной обстановке, дать воспитание и образование. Эти учреждения охватывали все более широкий круг детей с разными социальными проблемами: болезнь или дефект развития, сиротство, бродяжничество, беспризорность, проституция, алкоголизм и т. д. Призрение распространилось и на детей с физическими недостатками. Были организованы приюты для глухонемых, слепых детей, детей-инвалидов, где их образовывали и обучали различным ремеслам в соответствии с их недугом. Все это свидетельствует о меняющемся отношении общества и государства к детям.

Особое место с середины XVIII в. начинают занимать учреждения для детей учебно-воспитательного характера (кадетские корпуса, институты благородных девиц, пансионы при гимназиях и др.), в которых начал создаваться медико-санитарный контроль за здоровьем детей. Об этом свидетельствует включение в уставы учебных заведений параграфов по во-

просам гигиенических условий обучения. К концу XVIII — первой половины XIX века в России большинство учебных заведений были закрытыми, т. е. воспитанники в них находились круглосуточно весь срок обучения, не покидая его даже на время каникул. В большинстве своем это были военные училища — кадетские корпуса, Пажеский корпус, Дворянский полк, школа колонновожатых и др. Такая закрытость была наследием эпохи Екатерины II, которая ставила задачу воспитать «новую породу» людей путем изоляции от пагубного влияния общества. О необходимости иметь врача в каждом закрытом учебном заведении говорил Н. И. Пирогов в статье «Мысли и замечания о проекте устава училищ, состоящих в ведомстве Министерства народного просвещения» [16]. Врачи этих учреждений не только занимались лечением больных учащихся, но также следили за режимом дня, питанием, физическим воспитанием детей, условиями обучения, проводили гигиенические мероприятия и мероприятия по борьбе с заразными болезнями (К. И. Грум, И. В. Вельцин, Е. Н. Смельский и др.). От качества постановки этих мер в учебном заведении зависело состояние здоровья учеников. Бытовые условия таких заведений, как Царскосельский лицей или Пажеский корпус, резко отличались от других, даже закрытых дворянских учебных заведений, не говоря о духовных семинариях и женских епархиальных. Кроме того, если учебная деятельность московских и петербургских частных пансионов в какой-то мере контролировалась министерством, то провинциальные пансионы, в большинстве случаев лишённые такого контроля, отличались более низким уровнем необходимых для проживания детей условий. К тому же преподаватели там нередко были люди малообразованные, сомнительной нравственности, в мужских пансионах широко применялась система телесных наказаний, обычной была грубость в обращении с учениками [21].

Одним из наиболее привилегированных закрытых учебных заведений в первую половину XIX века был Царскосельский лицей. Большое внимание здесь уделялось физическим упражнениям лицеистов: катание на коньках, верховая езда, фехтование, плавание и гребля. Устраивались различные подвижные игры, летом организовывались пешеходные прогулки. В специально построенном для Лицея здании на I этаже размещался лазарет. Пища, по отзывам воспитанников, была прекрасная и обильная.

Первым в России женским учебным заведением, положившим начало женскому образова-

нию был Смольный институт благородных девиц (основан в 1764 г.). По воспоминаниям его выпускницы, в будущем детской писательницы, Е. Н. Водовозовой, можно судить об условиях содержания девочек: «Теперь даже трудно себе представить, какую спартанскую жизнь мы вели, как неприветна, неуютна была окружающая нас обстановка. Особенно тяжело было ложиться спать. Холод, всюду преследовавший нас и к которому с таким трудом привыкали «новенькие», более всего давал себя чувствовать, когда нам приходилось раздеваться, чтобы лечь в кровать. В рубашке с воротом, до того вырезанным, что она нередко сползала с плеч и сваливалась вниз, без ночной кофточки, которая допускалась только в экстренных случаях и по требованию врача, еле прикрытые от наготы и дрожа от холода, мы бросались в постель. Две простыни и легкое байковое одеяло с вытертым от старости ворсом мало защищали от холода спальни, в которой зимой под утро было не более восьми градусов. Жидкий матрац из мочалы, истертый несколькими поколениями, в некоторых местах был так тонок, что железные прутья кровати причиняли боль, мешали уснуть и будили по ночам, когда приходилось повертываться с одного бока на другой» [3].

В дворянской среде было широко распространено домашнее воспитание и обучение. Даже в середине 30-х годов XIX века учащиеся средних учебных заведений, то есть гимназий, пансионов, военных и духовных училищ составляли всего 379 тыс. человек на 51 миллион населения, то есть около 0,7%. У мелкопоместных бедных дворян часто не хватало средств на обучение детей в частных платных пансионах или в государственных гимназиях, иногда этому препятствовала и удаленность поместья от городских центров [22]. Положение дворянского ребенка в повседневной жизни семьи и общества может быть названо как положение исключенности, представление о ребенке как личности отсутствовало. В иерархии взаимоотношений дворян малолетний долго занимал последнюю ступень. В этот период его возраст не давал никаких особых прав и привилегий. Дети содержались по «остаточному принципу», на их запросы, воспитание и образование выделялось только та часть средств, которая оставалась после удовлетворения нужд взрослых членов семьи. И хотя в законодательстве некоторые права малолетнего дворянина защищались (например, в отношении получения наследства), в повседневной жизни ребенок был неполноправен. К нему могли применять ту же

систему наказаний, что и к провинившимся крепостным [12].

Такое положение вызвало к жизни труды педагогов и врачей по гигиене детского возраста адресованные родителям и воспитателям ребенка. Среди этих сочинений большой труд Е. Н. Смельского, в основном, по гигиене детей старшего возраста «Диететика юношества или наука сохранять здоровье детей при воспитании» (1829, 287 с.); небольшая, но содержательная книга А. Н. Никитина «Диетика беременных, родильниц и детей» (1847, 62 с.); а также солидное 3-томное «Руководство к воспитанию, образованию и сохранению здоровых детей» (1843–1845) К. И. Грума, представляющее собой синтез всех знаний по гигиене детства в России в 20–50-е годы XIX в. в зависимости от возраста ребенка К. И. Грум в 1833–1869 гг. еженедельно издавал (с субсидией медицинского департамента) и редактировал газету «Друг здоровья», в которой печаталось очень много статей по педиатрии и охране детства [20]. Руководство К. И. Грума содержит много полезных и рациональных рекомендаций: о физическом развитии и воспитании, гигиеническом содержании и питании детей, о профилактике заболеваний и закаливании. Разбираются с критическим анализом существующие в то время методы воспитания детей в семье. Но особенно много места отведено воспитанию чувств, долга, трудолюбия и других моральных качеств.

Выходило множество брошюр просветительного характера, раскрывающих меры, способствующие сохранению жизни детей младшего возраста. Если многие научно-популярные работы были предназначены для состоятельного населения, то книга штаб-лекаря из Казани М. А. Нечаева «О способах отвращать смертность младенцев на первом году жизни в быту крестьянском» (1837), изданная на средства автора, была рассчитана на бедных, малограмотных жителей. Это доказывает стиль изложения и бесплатная раздача книги.

Один из основоположников отечественной педиатрии, профессор Санкт-Петербургской медико-хирургической академии С. Ф. Хотовицкий немало внимания уделил просвещению народа. В статье «О рахите» (1835) говорится о пользе свежего воздуха, движения, правильного питания, в статье «О некоторых погрешностях и предрассудках касательного содержания детей в первое время их жизни» (1836) он изложил уход за новорожденным и объяснил вред бытующих в народе вредных

предрассудков и обычаев. Правильной одежде младенца посвящена специальная монография С. Ф. Хотовицкого «Отношение одеяния к медицинской помощи» (1840). Санитарно-просветительный характер носит его небольшая книга «Врачебно-народное наставление для духовных училищ, начертанная по препоручению медицинского совета», выдержавшая с 1844 по 1863 гг. 10 изданий. Трудно сказать, какой процент родителей и воспитателей использовали эти рекомендации. Если судить по показателям заболеваемости и смертности, то они на протяжении всего периода оставались высокими, какие бы методы расчета не использовали исследователи.

Заключая, надо отметить, что в период до середины XIX в. наибольшее внимание общественных деятелей, ученых, врачей и педагогов было уделено проблеме смертности детей. Изучение причин детской смертности в России носило эмпирический характер, и началось раньше, чем была установлена величина этого показателя. Этому способствовало отсутствие государственных форм учета населения, а, следовательно, и определения точного показателя рождаемости и смертности. В то же время именно в XVIII в. произошла четкая постановка важности проблемы детской смертности, ее трактовка приближалась к современному, были названы ее причины и намечены мероприятия по борьбе с ней. Ясно наметилась тенденция изучения этой проблемы в зависимости от социальных факторов.

Среди причин высокой детской смертности одно из первых мест отводилось антигигиеническим условиям содержания ребенка и неправильному питанию, особенно в младенчестве. Эти причины в этот период также стали предметом рассмотрения. В отличие от работ, исследовавших смертность детей, практически отсутствовали труды, содержавшие количественные показатели, характеризующие показатели физического развития детей. Они в основном сводились к описанию условий быта детей, воспитывающихся дома, посещающих или живущих в закрытых учебных заведениях, режима дня, физической активности и питания.

Общим для большинства авторов была констатация проблемы, разбор причин негативных явлений, намечаемые меры часто носили декларативный характер, реализация их, если и предпринималась, то *в очень ограниченном объеме, носила разрозненный точечный характер, и не могла кардинально влиять на улучшение показателей здоровья детей.*

## REFERENCES

1. Avdeev A. Mladencheskaja smertnost' i istorija ohrany materinstva i detstva v Rossii i SSSR. V kn.: Istoricheskaja demografija: sb. statej./Pod red. Denisenko M. B., Troickoj I. A. M.: MAKS Press; 2010. 2-e izd.: Demograficheskie issledovanija, Vyp. 14: 13–72. (in Russian).
2. Beckoj I. I. Uchrezhdenie Vospitatel'nogo dlja prinosnyh detej doma i gospitalja dlja bednyh roditel'nic v stolichnom gorode Moskve. SPb.: Imperatorskaja Akademiya nauk; 1763. (in Russian).
3. Vodovozova E. N. Istorija odnogo detstva. [http://az.lib.ru/w/wodovozowa\\_e\\_n/text\\_1939\\_istoria\\_odnogo\\_detstva.shtml](http://az.lib.ru/w/wodovozowa_e_n/text_1939_istoria_odnogo_detstva.shtml) (data obrashhenija 27.09.2016). (in Russian).
4. Grickevich V. P. S fakelom Gippokrata. Minsk: Nauka i tehnika; 1987. (in Russian).
5. Demich V. F. Ocherki narodnoj mediciny: pediatrija u russkogo naroda. SPB.: Leshtukovskaja parovaja skorpachatnja P. O. Jablonskogo; 1892. (in Russian).
6. Zmeev M. V. Vosprijatie detskoj smertnosti v Rossii na rubezhe XIX — XX vv.: mezhdju «Moral'ju jekonomii» i «Jekonomicheskaj moral'ju». Vestnik gumanitarnogo nauchnogo obrazovanija. 2010; № 2: 6–12. (in Russian)
7. Zybelin S. G. Izbrannye proizvedenija. M.: Medgiz; 1954. (in Russian).
8. Al'bickij V. Ju., Baranov A. A., Sher S. A. Imperatorskij moskovskij vospitatel'nyj dom: (1763–1813 — pervye 50 let v istorii Nauchnogo centra zdorov'ja detej RAMN) M.: Sojuz pediatrov Rossii; 2009. (in Russian).
9. I-ov A. Vospitatel'nye doma v Rossii. Vestnik Evropy. 1890; № 6: 497–498. (in Russian).
10. Kraft L. Ju. Sobranie raznyh znanij o zakonah rozhdenija i smertnosti v rode chelovecheskom. V kn.: Sobranie sochinenij, vybrannyh iz mesjaceslovov na raznye gody. SPb.; 1787: 4.II: 376. (in Russian).
11. Lomonosov M. V. O sohranении i razmnoženii rossijskogo naroda V kn: Lomonosov M. V. Izbrannye proizvedenija. V 2-h tomah. M.: Nauka; 1986; (T. 2): 130–144. (in Russian).
12. Martjanova I. Ju. Povsednevnaja zhizn' detej rossijskikh dvorjan po memuarам sovremennikov XVIII — nachala XX v. PhD-thesis. Krasnodar; 2010. (in Russian).
13. Mikirtichan G. L., Suvorova R. V. Istorija otechestvennoj pediatrii. SPb.: Izd-vo SPbPMA; 1998. (in Russian).
14. Nakaz imperatricy Ekateriny II, dannyj Komissii o sochinenii proekta novogo Ulozhenija./Pod red. i s predisl. N. D. Chechulina. SPb.: Tip. Akad. Nauk; 1907. (in Russian)
15. Nikitenko V. P. Detskaja smertnost' v Evropejskoj Rossii za 1893–1896 g.: Dis. na step. d-ra mediciny SPb.: T-vo Hudozhestv. Pechati; 1901. (in Russian).
16. Pirogov N. I. Mysli i zamechanija o proekte ustava uchilishh, sostojashih v vedomstve Ministerstva narodnogo prosveshhenija. V kn: Pirogov N. I. Izbrannye pedagogicheskie sochinenija. M.: Pedagogika; 1985: 220. (in Russian).

17. Popov G. Russkaja narodno-bytovaja medicina. Po materialam jetnograficheskogo bjuro knjazja V.N. Tенишева. SPb.: tipografija A. S. Suvorina; 1903. (in Russian).
18. Sarafanov D. E. Materialy cerkovno-prihodskogo ucheta naselenija kak istochnik dlja izuchenija chislenности i demograficheskogo razvitija naselenija Barnaula v XIX v. Avtoref. dis... kand. ist. nauk. Barnaul; 1993. (in Russian).
19. Sovetov S. E. Oчерки по истории гигиены детства с древнейших времен до конца XVIII столетия. М.: Издание МГЛИ и. В. И. Ленина; 1960. (in Russian).
20. Jeli (Eli) S. «Fизико-медические primechanija o вреде, proishodjashhem ot upotreblenija rozhkov dlja kormlenija mladencev i o proistekajushhих ottogo chast'ju ves'ma zhestokih, chast'ju zhe i smertonosnyh detskih boleznей»: Per. s nemeckogo. SPb.: v privilegированной tipografii u g. Vil'kovskogo i Galchenkova; 1785. (in Russian).
21. Jakovkina N. I. Istorija russkoj kul'tury: XIX vek. 2-e izd., ster. SPb.: Izdatel'stvo «Lan'»; 2002. (in Russian).
22. Jakovkina N. I. Russkoe dvorjanstvo pervoj poloviny XIX veka. Byt i tradicii. SPb.: Lan'; 2002. (in Russian).
23. Здоровья детей РАМН). М.: Союз педиатров России; 2009.
9. И-ов А. Воспитательные дома в России. Вестник Европы. 1890; № 6: 497–498.
10. Крафт Л. Ю. Собрание разных знаний о законах рождения и смертности в роде человеческом. В кн.: Собрание сочинений, выбранных из месяцесловов на разные годы. СПб.; 1787: 4. II: 376.
11. Ломоносов М. В. О сохранении и размножении российского народа В кн: Ломоносов М. В. Избранные произведения. В 2-х томах. М.: Наука; 1986; (Т. 2): 130–144.
12. Мартианова И. Ю. Повседневная жизнь детей российских дворян по мемуарам современников XVIII — начала XX в. Автореферат дисс... канд. ист. наук. Краснодар; 2010.
13. Микиргичан Г. Л., Суворова Р. В. История отечественной педиатрии. СПб.: Изд-во СПбПМА; 1998.
14. Наказ императрицы Екатерины II, данный Комиссии о сочинении проекта нового Уложения / Под ред. и с предисл. Н. Д. Чечулина. СПб.: Тип. Акад. Наук; 1907.
15. Никитенко В. П. Детская смертность в Европейской России за 1893–1896 г.: Дис. на степ. д-ра медицины СПб.: Т-во Художеств. Печати; 1901.
16. Пирогов Н. И. Мысли и замечания о проекте устава училищ, состоящих в ведомстве Министерства народного просвещения. В кн: Пирогов Н. И. Избранные педагогические сочинения. М.: Педагогика; 1985.
17. Попов Г. Русская народно-бытовая медицина. По материалам этнографического бюро князя В. Н. Тенишева. СПб.: типография А. С. Суворина; 1903.
18. Сарафанов Д. Е. Материалы церковно-приходского учета населения как источник для изучения численности и демографического развития населения Барнаула в XIX в. Автореф. дис... канд. ист. наук. Барнаул; 1993.
19. Советов С. Е. Очерки по истории гигиены детства с древнейших времен до конца XVIII столетия. М.: Издание МГЛИ и. В. И. Ленина; 1960.
20. Эли (Ели) С. «Физико-медические примечания о вреде, происходящем от употребления рожков для кормления младенцев и о проистекающих оттого частью весьма жестоких, частью же и смертоносных детских болезней»: Пер. с немецкого. СПб.: в привилегированной типографии у г. Вильковского и Галченкова; 1785.
21. Яковкина Н. И. История русской культуры: XIX век. 2-е изд., стер. СПб.: Лань; 2002.
22. Яковкина Н. И. Русское дворянство первой половины XIX века. Быт и традиции. СПб.: Лань; 2002.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев А. Младенческая смертность и история охраны материнства и детства в России и СССР. В кн.: Историческая демография: сб. статей / Под ред. Денисенко М. Б., Троицкой И. А. М.: МАКС Пресс; 2010. 2-е изд.: Демографические исследования, Вып. 14: 13–72.
2. Бецкой И. И. Учреждение Воспитательного для приносных детей дома и госпиталя для бедных родильниц в столичном городе Москве. СПб.: Императорская Академия наук; 1763.
3. Водовозова Е. Н. История одного детства. [http://az.lib.ru/w/wodowozowa\\_e\\_n/text\\_1939\\_istoria\\_odnogo\\_detstva.shtml](http://az.lib.ru/w/wodowozowa_e_n/text_1939_istoria_odnogo_detstva.shtml) (дата обращения 27.09.2016).
4. Грицкевич В. П. С факелом Гиппократата. Минск: Наука и техника; 1987.
5. Демич В. Ф. Очерки народной медицины: педиатрия у русского народа. СПб.: Лештуковская паровая скоропечатня П. О. Яблонского; 1892.
6. Змеев М. В. Восприятие детской смертности в России на рубеже XIX–XX вв.: между «Моралью экономии» и «Экономической моралью». Вестник гуманитарного научного образования. 2010; № 2: 6–12.
7. Зыбелин С. Г. Избранные произведения. М.: Медгиз; 1954.
8. Альбицкий В. Ю., Баранов А. А., Шер С. А. Императорский московский воспитательный дом: (1763–1813 — первые 50 лет в истории Научного центра

## ПЕРВОЙ В СТРАНЕ КАФЕДРЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ — ТРИДЦАТЬ ЛЕТ

© *Василий Иванович Орел*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

**Контактная информация:** Василий Иванович Орел — д-р мед. наук, проф., заведующий кафедрой социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО. E-mail: socp\_ozz@mail.ru

**РЕЗЮМЕ:** Современные представления о социальной педиатрии как научной дисциплине заложены в ее определении. Социальная педиатрия как наука включает в себя теорию и практику познания, регулирования и реализации медико-социальных потребностей ребенка на различных этапах его развития. Она изучает влияние социальной реальности на здоровье человека в период его детства, а также последствия этого влияния для человека и общества. Социальная педиатрия создает научную и экспериментальную базу для ориентирования современной социальной политики на усиление охраны здоровья женщин и детей. Социальная педиатрия взяла на себя не только многие социальные функции, в той или иной степени присущие педиатрии, но и стала своего рода ядром осуществления социальной идеологии, в том числе в вопросах формирования здорового образа жизни, удовлетворения медико-социальных потребностей семьи и ребенка. В статье представлен информационно-исторический обзор тридцатилетней работы коллектива первой в стране кафедры социальной педиатрии. В статье также представлена концептуальная модель клинико-профилактической работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях педиатрического профиля на всех этапах реформирования здравоохранения в России. Несмотря на то, что социальная педиатрия остается разделом дисциплины «общественное здоровье и здравоохранение», накопленный научно-практический опыт кафедры показал, что социальная педиатрия в определенной степени может рассматриваться как самостоятельная научная дисциплина.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** социальная педиатрия; социально-педиатрическая теория; охрана здоровья матери и ребенка.

## TO THE FIRST IN A COUNTRY DEPARTMENT OF SOCIAL PAEDIATRICS — THIRTY YEARS

© *Vasilii I. Orel*

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

**Contact Information:** V. Ivanovich Orel — MD, PhD, Professor, Head of the Department of Social Pediatrics and Public Health Organization and AF and DPO. E-mail: viorel56@list.ru

**ABSTRACT:** In the article the informatively-historical review of organization is presented and to of thirty years work of collective to the first in a country department of social paediatrics. In the article the conceptual model of clinical preventive work is also presented ambulatory-polyclinic establishments of pediatric profile on all stages of reformation of health protection in Russia. Not looking on that social paediatrics remains the division of discipline "public health and health protection", the accumulated research and practice experience of department showed that social paediatrics up to a point can be examined as independent scientific discipline. Modern ideas about social paediatrics as scientific discipline stopped up in her determination.

Social paediatrics as science plugs in itself a theory and practice of cognition, adjusting and realization of medico-social necessities of child on the different stages of his development. She studies influence of social reality on the health of man in the period of his childhood, and also consequence of this influence for a man and society. Social paediatrics creates a scientific and experimental base for the orientation of modern social politics on strengthening of health of women and children care. Social paediatrics undertook not only many social functions, in one or another degree inherent paediatrics but also became the kernel of realization of social ideology the family, including in the questions of forming of healthy way of life, satisfaction of medico-social necessities of family and child.

**KEY WORDS:** social paediatrics; socially-pediatric theory; health of mother and child care.

Кафедра социальной педиатрии, первая в России кафедра подобного профиля, была организована в 1986 г. по приказу МЗ № 554 от 04.07.86 г. Организатор кафедры — один из основоположников социальной педиатрии в нашей стране профессор **Николай Глебович Веселов**. В 1998 г. кафедра получила современное название — социальная педиатрии и организации здравоохранения факультета последипломного и дополнительного профессионального образования [12].

Среди основных предпосылок организации кафедры следует отметить тот факт, что во второй половине 80-х годов XX века организация медицинской помощи матерям и детям все чаще стала давать «сбой». Значительно снизился уровень финансирования отрасли в целом, и педиатрии в частности. Существующие управленческие технологии не решали возникающих проблем по оказанию медицинской помощи детям. Медико-социальные проблемы, факторы социального риска стали ощутимо оказывать влияние на показатели здоровья детского населения. Педиатрия, как отрасль медицины требовала адаптации своей новой идеологии к «перестроечному здравоохранению» [17].

В настоящее время уже признано, что социальная педиатрия, возникшая в так называемый период «перестройки» на стыке двух специальностей: социальная гигиена и педиатрия (клиническая и профилактическая) — новое перспективное направление науки и практики [16].

Профессор Николай Глебович Веселов, заведовавший в течение 10 лет первой в нашей стране кафедрой социальной педиатрии, открытой на факультете усовершенствования врачей Ленинградского педиатрического медицинского института в 1986 г., по праву является создателем отечественной научной школы социальной педиатрии. Н. Г. Веселов так сформулировал предмет изучения и основные проблемы социальной педиатрии: «Социальная педи-

атрия, как отрасль (составная часть) педиатрии, изучает здоровье детей, комплекс факторов, его определяющих, а также разрабатывает эффективную систему социальной профилактики и оказания медицинской помощи детскому населению» [1].

Социальная педиатрия стала развиваться на принципиально новой методической основе: **системный и программно-целевой подход в охране материнства и детства**.

С момента образования кафедры особо подчеркивалось, что предмет изучения социальной педиатрии, а также задачи научных и педагогических коллективов, занимающихся данными проблемами, должны быть конкретизированы. Решение современных медико-социальных проблем материнства и детства необходимо обосновывать с учетом особенностей социально-экономического развития страны и международного опыта. Эти предложения основывались на материалах Европейского Общества социальной педиатрии (созданного в 1977 году), которое выделило следующие ориентиры деятельности в области социальной педиатрии, охраны материнства и детства, которые актуальны и в настоящее время, это прежде всего:

- совершенствование и активное использование методов раннего выявления действия социальных, экономических, биологических (в том числе и генетических) факторов, которые угрожают нормальному развитию и здоровью ребенка;
- реализация комплексных мер, которые позволяют ребенку быть полноценным членом семьи и общества;
- организация социального, медико-социального мониторинга в школах, специальных детских учреждениях, половое воспитание школьников, предупреждение отклонений поведения, алкоголизма, наркомании, преступности, травматизма;
- решение ряда медицинских и пограничных проблем, таких как реабилитация при

хронических нервно-психических и соматических заболеваниях, осуществление системы превентивных и профилактических мероприятий в семьях высокого риска для здоровья ребенка (отягощенная наследственность, неполные семьи, отверженные дети);

- расширение системы медицинского просвещения родителей как первых организаторов первой медицинской помощи ребенку, в том числе активное внедрение средств массовой информации в медицинское образование родителей;
- организация взаимодействия органов здравоохранения, образования, служб социального обеспечения, законодательства, охраны общественного порядка, общественных, родительских организаций и движений, в особенности в плане решения проблем жизни и здоровья детей из неполных семей, сирот, детей-инвалидов;
- влияние медицинской педиатрической общественности на политических деятелей в плане их ориентации на реализацию программ и проектов по охране здоровья подрастающего поколения;
- воздействие на стратегию органов здравоохранения в области охраны матерей и детей, семей, а также на изменение экологической ситуации и развитие медико-генетической службы [2].

В работах профессора Н. Г. Веселова и сотрудников кафедры социальной педиатрии, в первые годы ее существования, данные положения Европейского Общества социальной педиатрии получили дальнейшее развитие [14]. В 1991 году В. И. Орлом издается первая кафедральная монография по медико-социальным проблемам охраны материнства и детства «Юные матери и их дети». В этой работе дан глубокий, системный анализ здоровья детей, рожденных юными матерями, по материалам крупного промышленного центра Ленинграда, с учетом социально-экономических особенностей региона [19]. В своей монографии «Социальная педиатрия, Актуальные проблемы» (1992) Н. Г. Веселов впервые предпринял попытку представить историю социальной педиатрии, выделить социальную педиатрию как специальность, показать пути изучения и основные проблемы [3]. Особо уделялось внимание прикладному значению социальной педиатрии как науки и необходимости выделения специальных методов и приемов для проведения научных исследований в этой области знаний. В 1993 году издается сборник материалов

семинара работников здравоохранения, образования и социальной защиты семьи, материнства и детства «Психологические и этические проблемы детства» под редакцией профессоров М. В. Неженцева и Н. Г. Веселова, в котором с позиций межведомственного подхода дана оценка состояния медицинского образования в России, клинко-социальной и психологической помощи детям, организационных проблем педиатрической службы в условиях реформирования здравоохранения [5]. В 1996 году выходит в свет монография Н. Г. Веселова «Социальная педиатрия. Курс лекций», в которой фактически изложена Концепция последующего развития социальной педиатрии как науки, опираясь на десятилетний опыт ее развития в России, генеральной целью которой является обеспечение высокого уровня здоровья детей:

1. Разработка научных основ социальной и медицинской профилактики в педиатрии.
2. Комплексная оценка здоровья детей.
3. Научное обоснование дифференцированной диспансеризации детского населения с учетом групп здоровья, патологии, факторов риска, социально-гигиенической характеристики семьи ребенка и образа жизни родителей.
4. Разработка прогнозов показателей здоровья ребенка как основы для развития педиатрической службы.
5. Анализ материнской, младенческой, перинатальной и неонатальной смертности как медико-социальной проблемы.
6. Обеспечение преемственности и взаимодействия акушерской, терапевтической и педиатрической служб по антенатальной охране плода и новорожденного.
7. Разработка целевых комплексных программ по регионам страны «Охрана здоровья матери и ребенка».
8. Оптимизация медико-социальной помощи детям в условиях реформирования здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования.
9. Исследование организационно-деонтологических аспектов педиатрической службы.
10. Разработка АСУ в педиатрии [2].

Региональным особенностям здоровья детского населения посвящена монография под редакцией профессора В. И. Орла «Здоровье детского населения Бурятии и пути его улучшения» [6]. В 2003 году под редакцией В. И. Орла и Т. И. Стуколовой на кафедре издается учебное пособие «Частные проблемы со-

циальной педиатрии» [17]. Годом позже сотрудниками кафедры под редакцией профессоров В.И. Орла и Л.В. Эрмана выходит из печати учебное пособие «Медико-организационные технологии в работе врача дома ребенка» [18]. В 2005 году коллективом кафедры был издан первый информационно-аналитический сборник «Основные показатели здоровья юношей Санкт-Петербурга допризывного и призывного возрастов. Система медицинского обеспечения подготовки молодежи к военной службе», в котором представлен детальный анализ показателей здоровья призывников и пути решения организационных проблем в период перестройки системы медицинского наблюдения [13]. Кафедрой совместно с Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга ежегодно издаются информационно-аналитические сборники «Служба охраны матери и ребенка в Санкт-Петербурге», где наряду с оценкой состояния здоровья детского населения, анализируется организация медицинской помощи женщинам и детям и определяются пути решения организационных проблем службы охраны материнства и детства [11]. В последние годы, когда особое внимание стали уделять медико-социальной помощи детскому и подростковому населению, сотрудниками кафедры выпускаются под редакцией В.И. Орла и А.В. Кима методические пособия «Организация работы отделения (кабинета) медико-социальной помощи в детской поликлинике» [8], методические рекомендации «Опыт организации медико-социальной работы среди детского населения в Центральном районе Санкт-Петербурга» [9] и учебно-методическое пособие «Организация медико-социальной помощи детям» [10].

С 80-х годов прошлого века в нашей стране остро встал вопрос о распространении такой социально значимой патологии как ВИЧ-инфекция, особую тревогу вызывали дети и подростки, как наиболее уязвимая в социальном плане группа населения. Сотрудники нашей кафедры приняли участие в издании монографии «ВИЧ/СПИД и дети», где во второй части «Социально-психологическое сопровождение ВИЧ-положительных матерей, их детей и семей» определены научно-практические подходы к оценке социального риска в семьях с детьми с ВИЧ-инфекцией, а также представлен опыт длительного сопровождения женщин и детей из ВИЧ-инфицированных семей по материалам работы проекта «Профилактика социального сиротства детей, рожденных от женщин с ВИЧ-инфекцией» и принципы работы

специализированного дома ребенка с детьми, рожденными от ВИЧ-инфицированных матерей [4].

Также большое внимание уделяется экспертной работе в медицинских организациях, результаты данного направления нашли свое отражение в учебном пособии «Экспертиза временной нетрудоспособности» [20] и учебно-методическом пособии «Экспертиза в медицинской практике» [7].

Здоровье ребенка во многом зависит от состояния здоровья его родителей, поэтому разработка новых организационных форм для сохранения и укрепления здоровья взрослого населения является еще одним приоритетом кафедры. По итогам данной работы были опубликованы методические рекомендации «Организация и функционирование центров здоровья для взрослого населения» [21].

Кафедра активно сотрудничает с организационно-методическим центром оценки и прогнозирования здоровья матери и ребенка Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга; городским диагностическим (медико-генетическим) центром; домами ребенка Санкт-Петербурга; детскими районными поликлиниками и стационарами города; СПбГУ «Городской центр профилактики безнадзорности и наркозависимости несовершеннолетних» и др.

На сегодняшний день кафедра социальной педиатрии и организации здравоохранения факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования является единственной с таким названием в рамках специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» в Российской Федерации.

Одной из основных задач кафедры является усовершенствование организаторов здравоохранения различного уровня и профиля с приоритетом на последипломное обучение, профессиональную переподготовку и повышение квалификации [15].

За годы работы кафедрой проведено 287 циклов усовершенствования, 71 из которых — выездные в различные регионы России. На кафедре прошли обучение 12793 слушателя — организаторы здравоохранения, врачи, средние медицинские работники, педагоги и социальные работники. Выездные циклы проводились в Ленинградской, Псковской, Вологодской, Калининградской, Мурманской, Смоленской, Саратовской областях, Хабаровском крае, в республиках Адыгея, Бурятия, Карелия, в городах Ростов-на-Дону, Сочи, Тула, Гроз-

ный, Оренбург, Архангельск, Ульяновск, Липецк, Черкесск, Великий Новгород, Якутск, Казань, Феодосия.

Ежегодно кафедрой проводились циклы лекций для клинических ординаторов и интернов по современным проблемам здравоохранения.

Учитывая современные требования к последипломному усовершенствованию организаторов здравоохранения, кафедрой разработаны и утверждены на Ученом Совете СПбГПМУ 5 учебно-методических комплексов, соответствующих государственным образовательным стандартам высшего профессионального образования, а также 4 дополнительные образовательные программы и авторская программа в рамках непрерывного медицинского образования.

Систематически читаются лекции, проводятся практические занятия, научные семинары и конференции со слушателями ФП и ДПО с использованием материалов исследования в рамках общекафедральной тематики научной деятельности кафедры по повышению квалификации и последипломной подготовки кадров в системе здравоохранения.

Кафедрой разработано более 20 региональных комплексных программ с научно-практической направленностью. Подготовлены и изданы более 50 научно-практических разработок: учебные пособия, методические рекомендации, руководства и информационные письма, опубликовано более 1500 научных статей и тезисов.

Сотрудники кафедры приняли участие в 52 научно-практических конференциях, в том числе международного и всероссийского уровня, а также в подготовке научно-практических материалов к коллегиям и совещаниям на уровне Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, органов управления здравоохранения 6 областей (Калининградская, Ленинградская, Оренбургская, Вологодская, Мурманская, Астраханская).

Кафедра социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО ведет разработку кафедральной темы «Медико-социальные проблемы здоровья взрослого и детского населения». Руководитель работы — зав. кафедрой, Заслуженный деятель науки РФ, профессор В. И. Орел. Исполнители работы — сотрудники, аспиранты, соискатели кафедры.

За период существования кафедры в рамках реализации общекафедральной тематики научной деятельности была защищена 91 диссертация: 79 кандидатских и 12 докторских диссертаций.

Накопленный в течение 30 лет научно-практический опыт первой в России кафедры социальной педиатрии позволяет сформулировать цель дальнейшего развития социально-педиатрической науки и практики: улучшение показателей здоровья детей, создание условий для удовлетворения медико-социальных потребностей детского населения на основе повышения доступности, качества первичной медико-санитарной и стационарной помощи, реализации основных направлений социальной политики в области охраны здоровья детского населения.

## REFERENCES

1. Veselov N. G. Mediko-sotsialnyie i organizatsionnyie problemyi materinstva i detstva [Health and social and organizational problems of maternity and childhood]. SPb.: PPMI; 1994. (in Russian).
2. Veselov N. G. Sotsialnaya pediatriya (kurs lektsiy) [Social paediatrics (course of lectures)]. SPb.: Rivera; 1996. (in Russian).
3. Veselov N. G. Sotsialnaya pediatriya. Aktualnyie problemyi [Social Pediatrics. Topical problems]. Ufa.: RIO Goskomizdata BSSR; 1992. (in Russian).
4. Grandilevskaya O. L., Kim A. V., Kuznetsova E. Yu., Libova E. B., Orel V. I. i dr. VICH/SPID i deti (dlya meditsinskih i sotsialnyih rabotnikov) [HIV/AIDS and children (for medical and social workers)]. SPb.: VVM; 2006. (in Russian).
5. Nezhentsev M. V., Veselov N. G. Psihologicheskie i eticheskie problemyi detstva. [Psychological and ethical problems of childhood]. SPb.; 1993. (in Russian).
6. Orel V. I., Bandeev B. V., Stvolinskiy I. Yu., Grandilevskaya O. L. Zdorove detskogo naseleniya Buryatii i puti ego uluchsheniya. [Child health of Buryatia and the ways of its improvement]. Irkutsk; 1999. (in Russian).
7. Orel V. I., Kim A. V., Gureva N. A., Sharafutdinova L. L. Ekspertiza v meditsinskoj praktike. [Expertise in medical practice]. SPb.: SpetsLit; 2016. (in Russian).
8. Orel V. I., Kim A. V., Sereda V. M., Gureva N. A., Sharafutdinova L. L. i dr. Organizatsiya raboty otdeleniya (kabineta) mediko-sotsialnoy pomoschi v detskoj poliklinike. [Organization of work branch (Cabinet) health and social care in the children's clinic]. SPb.: SPbGPMU; 2016. (in Russian).
9. Orel V. I., Kim A. V., Sereda V. M., Gureva N. A., Sharafutdinova L. L. i dr. Opyit organizatsii mediko-sotsialnoy rabotyi sredi detskogo naseleniya v Tsentralnom rayone Sankt-Peterburge. [The experience of organization of medical-social work among children in the Central district of St. Petersburg]. SPb.: SPbGPMU; 2016. (in Russian).
10. Orel V. I., Kim A. V., Sereda V. M., Gureva N. A., Sharafutdinova L. L. i dr. Organizatsiya mediko-sotsialnoy pomoschi detyam. [Organization of medico-social assis-

- tance to children]. SPb.: Izdanie GBOU VPO SPbGPMU Minzdrava Rossii; 2016. (in Russian).
11. Orel V.I., Kim A.V., Sereda V.M., Gureva N.A., Sharafutdinova L.L. i dr. Sluzhba ohranyi zdorovya materi i rebenka Sankt-Peterburga v 2015 godu [The health of the mother and child Saint-Petersburg in 2015] SPb.: SPbGPMU; 2016. (in Russian).
  12. Orel V.I., Kuznetsova E.Yu., Grandilevskaya O.L. Kafedre sotsialnoy pediatrii i organizatsii zdravoohraneniya fakulteta povysheniya kvalifikatsii i professionalnoy perepodgotovki Sankt-Peterburgskoy pediatricheskoy meditsinskoy akademii — 20 let [The department of social paediatrics and organization of health protection of faculty of in-plant training and professional retraining of the Saint Petersburg pediatric medical academy — 20]. Nauchno-metodicheskaya konferentsiya zaveduyuschih kafedrami obschestvennogo zdorovya i zdravoohraneniya «Prepodavanie obschestvennogo zdorovya i zdravoohraneniya dlya inostrannykh studentov» 1–3 marta 2006 g.: tez. dokl. M.; 2006: 99–102 (in Russian).
  13. Orel V.I., Kuznetsova E.Yu., Kim A.V., Gureva N.A. i dr. Osnovnyie pokazateli zdorovya yunoshey Sankt-Peterburga doprizyivnogo i prizyivnogo vozrastov. Sistema meditsinskogo obespecheniya podgotovki molodezhi k voennoy sluzhbe. [Key indicators of the health of youth of St. Petersburg pre-prescription and conscription ages. The medical support system of preparation of youth for military service]. SPb.: Amir; 2005. (in Russian).
  14. Orel V.I. Nikolay Glebovich Veselov — sozdatel otechestvennoy nauchnoy shkoly sotsialnoy pediatrii [Nikolay Glebovich Veselov is a creator of home scientific school of social paediatrics]. Voprosy sovremennoy pediatrii. 2006; 5, (6): 117–118. (in Russian).
  15. Orel V.I., Sereda V.M., Rukavishnikov A.S., Libova E.B., Gureva N.A. Opyit obucheniya na kafedre sotsialnoy pediatrii [Experience of educating on the department of social paediatrics]. I Konferentsiya Privolzhskogo federalnogo okruga po sotsialnoy pediatrii, 24–25 noyabrya 2015 g., Kazan: tez. dokl. K.; 2015: 57–58. (in Russian).
  16. Orel V.I. Sotsialnaya pediatriya — problemy, poiski, puti resheniya [Social paediatrics is problems, searches, ways of decision]. Sotsialnaya pediatriya — problemy, poiski, resheniya: tez. dokl. SPb.; 2000: 13–19 (in Russian).
  17. Orel V.I., Stukolova T.I. Chastnyie problemy sotsialnoy pediatrii [Private problems of social paediatrics]. SPb.: SPbGPMU; 2003. (in Russian).
  18. Orel V.I., Erman L.V., Kuznetsova E.Yu., Libova E.B. i dr. Mediko-organizatsionnyie tehnologii v rabote vracha doma rebenka. [Medical and organizational technologies in the work of the doctor the child's home]. SPb.: SPbGPMU; 2004. (in Russian).
  19. Orel V.I. Yunyie materi i ih deti. [Young mothers and their children]. Ufa; 1991. (in Russian).
  20. Ostrovskiy V.K., Orel V.I., Kim A.V., Sharafutdinova L.L. Ekspertiza vremennoy netrudosposobnosti. [Examination of temporary disability]. SPb.; 2013. (in Russian).
  21. Scherbuk Yu.A., Orel V.I., Scheglova L.V., Avdeeva M.V., Fridman M.B. Organizatsiya i funktsionirovanie tsentrov zdorovya dlya vzroslogo naseleniya. [The organization and functioning of health centres for adult population]. SPb.: SPbGPMU; 2011. (in Russian).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Веселов Н.Г. Медико-социальные и организационные проблемы материнства и детства. СПб.: ППМИ; 1994.
2. Веселов Н.Г. Социальная педиатрия (курс лекций). СПб.: Ривьера; 1996.
3. Веселов Н.Г. Социальная педиатрия. Актуальные проблемы. Уфа: РИО Госкомиздата БССР; 1992.
4. Грандилевская О.Л., Ким А.В., Кузнецова Е.Ю., Либова Е.Б., Орел В.И. и др. ВИЧ/СПИД и дети (для медицинских и социальных работников). СПб.: ВВМ; 2006.
5. Неженцев М.В., Веселов Н.Г. Психологические и этические проблемы детства. СПб.; 1993
6. Орел В.И., Бандеев Б.В., Стволинский И.Ю., Грандилевская О.Л. Здоровье детского населения Бурятии и пути его улучшения. Иркутск; 1999.
7. Орел В.И., Ким А.В., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л. Экспертиза в медицинской практике. СПб.: СпецЛит; 2016.
8. Орел В.И., Ким А.В., Середина В.М., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л. и др. Организация работы отделения (кабинета) медико-социальной помощи в детской поликлинике. СПб.: ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России; 2016.
9. Орел В.И., Ким А.В., Середина В.М., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л. и др. Опыт организации медико-социальной работы среди детского населения в Центральном районе Санкт-Петербурге. СПб.: СПбГПМУ; 2016.
10. Орел В.И., Ким А.В., Середина В.М., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л. и др. Организация медико-социальной помощи детям. СПб.: Издание ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России; 2016.
11. Орел В.И., Ким А.В., Середина В.М., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л. и др. Служба охраны здоровья матери и ребенка Санкт-Петербурга в 2015 году СПб.: СПбГПМУ; 2016.
12. Орел В.И., Кузнецова Е.Ю., Грандилевская О.Л. Кафедре социальной педиатрии и организации здравоохранения факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии — 20 лет. Научно-методическая конференция заведующих кафедрами общественного здоровья и здравоохранения «Преподавание общественного здоровья

- и здравоохранения для иностранных студентов» 1–3 марта 2006 г.: тез. докл. М.; 2006: 99–102.
13. Орел В. И., Кузнецова Е. Ю., Ким А. В., Гурьева Н. А. и др. Основные показатели здоровья юношей Санкт-Петербурга допризывного и призывного возрастов. Система медицинского обеспечения подготовки молодежи к военной службе. СПб.: Амир; 2005.
  14. Орел В. И. Николай Глебович Веселов — создатель отечественной научной школы социальной педиатрии. Вопросы современной педиатрии. 2006; 5 (6): 117–118.
  15. Орел В. И., Середа В. М., Рукавишников А. С., Либова Е. Б., Гурьева Н. А. Опыт обучения на кафедре социальной педиатрии. I Конференция Приволжского федерального округа по социальной педиатрии, 24–25 ноября 2015 г., Казань: тез. докл. К.; 2015: 57–58.
  16. Орел В. И. Социальная педиатрия — проблемы, поиски, пути решения. Социальная педиатрия — проблемы, поиски, решения: тез. докл. СПб.; 2000: 13–19.
  17. Орел В. И., Стуколова Т. И. Частные проблемы социальной педиатрии. СПб.: СПбГПМА; 2003.
  18. Орел В. И., Эрман Л. В., Кузнецова Е. Ю., Либова Е. Б. и др. Медико-организационные технологии в работе врача дома ребенка. СПб.: СПбГПМА; 2004.
  19. Орел В. И. Юные матери и их дети. Уфа; 1991.
  20. Островский В. К., Орел В. И., Ким А. В., Шарафутдинова Л. Л. Экспертиза временной нетрудоспособности. СПб.; 2013.
  21. Щербук Ю. А., Орел В. И., Щеглова Л. В., Авдеева М. В., Фридман М. Б. Организация и функционирование центров здоровья для взрослого населения. СПб.: СПбГПМА; 2011.

## ПАМЯТИ ВАЛЕРИЯ ИВАНОВИЧА САБАНОВА

---



## IN MEMORY OF VALERY IVANOVICH SABANOV

---

19 апреля 2016 года на кафедре общественного здоровья и здравоохранения с курсом общественного здоровья и здравоохранения ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета траур. Ушел из жизни наш любимый заведующий кафедрой, профессор Валерий Иванович Сабанов.

Очень трудно подобрать слова, которые способны выразить чувство глубокого горя и скорби.

Заслуженный работник высшей школы Российской Федерации, кавалер медали ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени, Отличник здравоохранения Российской Федерации, Почетный профессор Волгоградского государственного медицинского университета, про-

фессор Валерий Иванович Сабанов родился 29 августа 1944 года в Симферополе. После окончания школы вся жизнь Валерия Ивановича была связана с нашим вузом, его Alma Mater, порог которого он переступил на 1 курсе в 1961 году, и кафедрой, где он трудился 49 лет.

С отличием окончив лечебный факультет Волгоградского государственного медицинского института в 1967 году, Валерий Иванович прошел путь от клинического ординатора до профессора и заведующего своей любимой кафедрой. В 1973 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «К изучению социально-гигиенических проблем, диспансеризации и ее эффективности при ревматизме» по специ-

альности 14.00.33 «Социальная гигиена и организация здравоохранения».

Новаторство и увлеченность Валерия Ивановича определили его научные приоритеты — разработка и внедрение автоматизированных информационных систем в здравоохранение. По инициативе и под непосредственным руководством профессора В. И. Сабанова в ряде крупных промышленных предприятий г. Волгограда и области внедрялись комплексные автоматизированные системы по управлению здоровьем работающих. Эти программы, кроме чисто медицинской, имели значимую экономическую эффективность. Положительно отзывалась о проводимой работе комиссия Отдела ВЦСПС по государственному социальному страхованию. По заказу органов практического здравоохранения В. И. Сабановым разработана и внедрена в Волгоградской области и Республике Калмыкия автоматизированная информационная система «АС-Информ-ВИЧ», обеспечивавшая мониторинг на выявление ВИЧ-инфекции. В последние годы в деятельность медицинских учреждений города Волгограда и Волгоградской области внедрены автоматизированные информационные системы по оценке результатов экспертизы качества и технологии оказания медицинской помощи в стационарах и женских консультациях, а также медицинской помощи детскому населению в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Профессор Валерий Иванович Сабанов — создатель научной школы организаторов здравоохранения, под его руководством защищено 17 кандидатских диссертаций. Его ученики составляют костяк кафедры в настоящее время и трудятся на различных должностях в практическом здравоохранении различных регионов нашей страны. Среди них — заведующий кафедрой судебной медицины ВолгГМУ, к. м. н., доцент В. Б. Барканов; главный врач БСМП № 3 г. Волжского, д. м. н. Д. А. Шипунов; руководитель МСЧ НПО «Энергия» (г. Москва), к. м. н. С. В. Золозов; заместитель главного врача МУЗ «Поликлиника № 20» г. Волгограда, к. м. н. Е. Г. Попова.

Автор более 400 научных трудов, Валерий Иванович широко известен в нашей стране

как активно работающий ученый и высококвалифицированный преподаватель. Им подготовлены 4 монографии, более 30 учебных и учебно-методических пособий, в том числе главное детище последних лет — «Терминологический словарь-справочник по общественному здоровью, организации, законодательству, экономике и управлению здравоохранением (с английскими эквивалентами и примерами сочетаемости слов)» (2012). Многие годы профессор В. И. Сабанов входил в состав научно-методического совета по социальной гигиене и организации здравоохранения при МЗ РФ, в Президиум Проблемного научного Центра по социальной гигиене, организации здравоохранения и медицинской кибернетике ГУНУ МЗ РФ, являлся членом редколлекции научного журнала «Вестник Волгоградского государственного медицинского университета».

Активная жизненная позиция профессора Валерия Ивановича Сабанова, его любовь и преданность делу подготовки врачей проявилась во время его работы помощником декана лечебного факультета, а с 1991 по 2009 годы — проректора по социально-экономическим вопросам ВолгГМУ.

Профессора Валерия Ивановича Сабанова уважали и ценили организаторы здравоохранения Волгоградской области и других регионов нашей страны, многие годы обучавшиеся на курсе общественного здоровья и здравоохранения ФУВ нашей кафедры. На протяжении ряда лет он являлся заместителем председателя Волгоградской областной аттестационной комиссии руководителей здравоохранения.

Валерий Иванович — не просто руководитель. Это душевный, добрый и отзывчивый человек, для многих из нас — Учитель и Друг, к которому мы могли прийти за советом и помощью при любых жизненных обстоятельствах.

Сотрудники кафедры выражают глубокие искренние соболезнования Ольге Петровне, Алексею Валерьевичу и Елене Валерьевне Сабановым.

Светлый образ нашего Учителя, Ученого и Человека, профессора Валерия Ивановича Сабанова навсегда сохранится в наших сердцах.

*Коллектив кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом общественного здоровья и здравоохранения ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета*

## 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 службой 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 инфор-

мации. 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). Автор должен отправить конечную версию рукописи и дать файлу название, состоящее из фамилии первого автора и первых 2–3 сокращенных слов из названия статьи.

### СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

К авторскому оригиналу необходимо приложить экспертное заключение о возможности опубликования в открытой печати (бланк можно запросить [medorgspb@yandex.ru](mailto:medorgspb@yandex.ru)).

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

**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>.
2. Резюме (Summary) (1500–2000 знаков, или 200–250 слов) помещают перед текстом статьи. Резюме не требуется при публикации рецензий, отчетов о конференциях, информационных писем.

Авторское резюме к статье является основным источником информации в отечественных и зарубежных информационных системах и базах данных, индексирующих журнал. Резюме доступно на сайте журнала «Medicine and health care organization/ Медицина и организация здравоохранения» и индексируется сетевыми поисковыми системами. Из аннотации должна быть понятна суть исследования, нужно ли об-

ращаться 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).

3. 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, подберите наиболее близкие из имеющихся). Ключевые слова разделяются точкой с запятой.

4. 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. 3rd ed. NY: Mosby; 1998.

Глава из книги: Автор (ы) название главы (знак точка) В кн.: или In: далее описание книги [Автор (ы) название книги (знак точка) место издания (двоеточие) название издательства (знак точка с запятой) год издания] (двоеточие) стр. от и до.

Коробков Г.А. Темп речи. В кн.: Современные проблемы физиологии и патологии речи: сб. тр. Т. 23. М.; 1989: 107–11.

Статья из журнала

Автор (ы) название статьи (знак точка) название журнала (знак точка) год издания (знак точка с запятой) том (если есть в круглых скобках номер журнала) затем знак (двоеточие) страницы от и до.

Кирющенко А. П., Совчи М. Г., Иванова П. С. Поликистозные яичники. Акушерство и гинекология. 1994; N 1: 11–4.

Brandenburg J. H., Ponti G. S., Worring A. F. Vocal cord injection with autogenous fat: a long-term magnetic 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]. V kn.: Sovremennye 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 nakhozheniya 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]. V kn.: Materialy IV Rossiyskogo foruma «Mat' i ditya». M.; 2000; ch.1:516–9. (in Russian).

Авторефераты

Petrov S. M. Vremya reaktsii i slukhovaya adaptatsiya v norme i pri perifericheskikh porazheniyakh slukha. [Time of reaction and acoustical adaptation in norm and at peripheral defeats of hearing]. PhD thesis. SPb.; 1993. (in Russian).

Описание Интернет-ресурса

Shcheglov I. Naskol'ko velika rol' mikroflory v biologii vida-khozyaina? [How great is the microflora role in type-owner biology?]. Zhivye sistemy: nauchnyy elektronnyy zhurnal. Available at: [http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat\\_id=396&d\\_no=3576](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 вверху или внизу всех страниц статьи.

Иллюстрации и таблицы. Число рисунков рекомендуется не более 5. В подписях под рисунками должны быть сделаны объяснения значений всех кривых, букв, цифр и прочих

условных обозначений. Все графы в таблицах должны иметь заголовки. Повторять одни и те же данные в тексте, на рисунках и в таблицах не следует. Рисунки, схемы, фотографии должны быть представлены в расчете на печать в черно-белом виде или уровнями серого в точечных форматах tif, bmp (300–600 dpi), или в векторных форматах pdf, ai, eps, cdr. При оформлении графических материалов учитывайте размеры печатного поля Журнала (ширина иллюстрации в одну колонку — 90 мм, в 2 — 180 мм). Масштаб 1:1.

## **РЕЦЕНЗИРОВАНИЕ**

Статьи, поступившие в редакцию, обязательно рецензируются. Если у рецензента возникают вопросы, то статья с комментариями рецензента возвращается Автору. Датой поступления статьи считается дата получения Редакцией окончательного варианта статьи. Редакция оставляет за собой право внесения редакторских изменений в текст, не искажающих смысла статьи (литературная и технологическая правка).

## **АВТОРСКИЕ ЭКЗЕМПЛЯРЫ ЖУРНАЛА**

Редакция обязуется выдать Автору 1 экземпляр Журнала с опубликованной рукописью. 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.

## **АДРЕС РЕДАКЦИИ**

194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2  
e-mail: medorgspb@yandex.ru.