

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ГЛОБАЛЬНЫЕ ВЫЗОВЫ И УГРОЗЫ.
ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ**

Сборник материалов республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 150-летию со дня рождения Н.А. Семашко и 100-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения, 6 декабря 2024 года

Минск
БГМУ
2024

УДК 614.2 (082)

ББК 51.1 (4Бей)я431

З-46

Редакционная коллегия:

Рубникович С.П. – пред.ред.коллегии

Филонюк – зам.пред.ред.коллегии

Мороз И.Н.,

Щавелева М.В.,

Сачек М.М.,

Ломать Л.Н.,

Черевко А.Н.,

Лях М.А.

Рецензенты:

Улезко Е.А. – д-р медицинских наук, профессор, заместитель директора по педиатрии РНПЦ «Мать и дитя»

Романова А.П. – д-р медицинских наук, доцент, ученый секретарь УО «Белорусский государственный медицинский университет»

З-46 **Здравоохранение:** глобальные вызовы и угрозы. Оценка медицинских технологий: материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 150-летию со дня рождения Н.А. Семашко и 100-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения, 6 декабря 2024 года, г.Минск. – Минск, 2024. – 176 с.

ISBN 978-985-584-167-9

В сборнике представлены материалы, подготовленные авторами Республики Беларусь, Российской Федерации, Республики Узбекистан к научно-практической конференции, посвященной 150-летию со дня рождения Н.А. Семашко и 100-летию первой в Республике Беларусь кафедре социальной гигиены (в настоящее время кафедры общественного здоровья и здравоохранения БГМУ).

УДК 614.2 (082)

ББК 51.1 (4Бей)я431

ISBN 978-985-584-167-9

©БГМУ, 2024

©Оформление БГМУ, 2024

К 150-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПЕРВОГО НАРКОМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

¹М.В. Щавелева, ¹М.М. Сачек, ²Т.Н. Глинская

¹Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,

²ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии»
г. Минск, Республика Беларусь

ON THE 150TH ANNIVERSARY OF THE BIRTH OF THE FIRST PEOPLE'S COMMISSAR OF HEALTH

¹M.V. Schaveleva, ¹M.M. Sachek, ²T.N. Glinskaya

¹Institute of Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of Educational Institution “Belarusian State Medical University”,

²State Institution “Republican Scientific and Practical Center for Pulmonology and Phthisiology”, Minsk, Republic of Belarus

Резюме. Первым народным комиссаром (наркомом) здравоохранения был Николай Александрович Семашко (1874 – 1949). Авторы позволили себе в данной работе отойти от перечисления довольно известных фактов его биографии (детские и юношеские годы, родство с Г.В. Плехановым, революционная деятельность, эмиграция), а в основном остановиться на тех штрихах биографии и деятельности первого наркома здравоохранения, о которых не так много упоминают.

Ключевые слова: народный комиссар, здравоохранение, принципы.

Resume. The first People's Commissar of Health was Nikolai Alexandrovich Semashko (1874-1949). In this work, the authors allowed themselves to move away from listing the rather well-known facts of his biography (childhood and adolescence, kinship with G.V. Plekhanov, revolutionary activities, emigration), and mainly focus on those touches of the biography and activities of the first People's Commissar of Health, which are not much mentioned.

Keywords: people's Commissar, health care, principles.

Актуальность. Здравоохранение Республики Беларусь продолжает базироваться на принципах и развивать лучшие традиции системы, созданной Н.А.Семашко. В своей работе авторы обращаются к истории создания данной системы, роли Н.А.Семашко в этом процессе, а также вкладу первого наркома здравоохранения в развитие медицинской науки и медицинского образования.

Материалы и методы. Материалом к написанию данной работы послужил анализ нормативных правовых актов РСФСР (1917 – 1931; электронный ресурс – «Исторические Материалы» – istmat.org), литературных источников, в т.ч. написанных лично Н.А. Семашко (более 30). Метод – системного и исторического анализа.

Результаты и обсуждение. Николай Александрович Семашко, действительно, был ПЕРВЫМ НАРКОМОМ здравоохранения.

Достаточно сказать, что Декретом II Всероссийского Съезда Советов Рабочих, Солдатских и Крестьянских Депутатов от октября 1917 года «Об утверждении Совета Народных Комиссаров» [1] впервые был образован орган исполнительной и распорядительной власти нового рождающегося государства – Российской Социалистической Федеративной Советской Республики (название приведено по первой Конституции РСФСР [2]). В отличие от ряда государств, где подобный орган власти именовался как Совет (Кабинет) министров, и в его состав входили министры, курирующие то или иное направление деятельности, вновь созданный орган получил название Совет Народных Комиссаров (СНК). Наименования «СНК», «нарком», «наркомат» применялись к органам исполнительной власти в СССР и союзных республиках до 1946 года. Вышеупомянутым Декретом [1] «заведование отдельными отраслями государственной жизни» было поручено комиссиям, «состав которых должен обеспечить проведение в жизнь провозглашенной Съездом программы, в тесном единении с массовыми организациями рабочих, работниц, матросов, солдат, крестьян и служащих. Правительственная власть принадлежит коллегии председателей этих комиссий, т.е. Совету Народных Комиссаров». Председателем СНК стал В.И. Ульянов (Ленин); в состав СНК вошли (авторы не указывают персоналии) «Народные Комиссары по внутренним делам; земледелия; труда; по делам военным и морским – комитет; по делам торговли и промышленности; народного просвещения; финансов; по делам иностранным; юстиции; по делам продовольствия; почт и телеграфов; по делам национальностей; по делам железнодорожным».

В приведенном перечне отсутствует должность наркома здравоохранения, которая была введена после многочисленных дискуссий между сторонниками и противниками создания Наркомздрава. В тексте первой Конституции РСФСР [2], принятой V Всероссийским Съездом Советов «в заседании от 10 июля 1918 года» в разделе третьем «Конструкция Советской власти», главе восьмой «О Совете Народных Комиссаров», статье 43 сказано, что «Народных Комиссариатов образуется 17», последнее место в перечне занимает Народный Комиссариат Здравоохранения [2]. Декретом СНК РСФСР от 18.07.1918 «О Народном Комиссариате Здравоохранения» [3], был утвержден первый в мире орган, в ведении которого должно было находиться ВСЁ медико-санитарное дело республики. На должность первого наркома здравоохранения РСФСР СНК был назначен Н.А. Семашко (проработал в данной должности до января 1930 года); заместителя наркома – З.П. Соловьев [3]. В 1922 году в связи с образованием СССР возник вопрос о координации мероприятий, связанных с развитием здравоохранения в союзных республиках. Уполномоченным по вопросу здравоохранения при правительстве СССР был назначен первый нарком здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко [4] (справочно: должность первого наркома здравоохранения СССР 20.07.1936 занял Григорий Наумович Каминский).

Первый нарком здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко и его соратники в основу советского здравоохранения заложили следующие принципы: единая организация и централизация управления; равная доступность здравоохранения для всех граждан; первоочередное внимание детству и материнству; единство профилактики

и лечения; ликвидация социальных основ болезней; привлечение общественности к делу здравоохранения [5]. Следует отметить искренность и непримиримость первого наркома при проведении в жизнь и отстаивании данных принципов.

К концу 20-х годов прошлого века на фоне обостряющейся международной обстановки, отказа от НЭПа, сопротивления части территорий СССР коллективизации и ее «перегибов», определенных просчетов в индустриализации количество претензий к деятельности здравоохранения, несмотря на достигнутые успехи, росло. По мнению авторов, значительный вклад в принятие решения об отстранении Н.А. Семашко от занимаемой должности сыграло постановление Совнаркома СССР, принятое в конце 1929 года, – «По докладу Народного Комиссариата Рабоче-Крестьянской Инспекции Союза СССР о результатах обследования больничного строительства в промышленных районах» [6]. СНК СССР постановил: «1.Обратить внимание Советов Народных Комиссаров РСФСР и УССР на неудовлетворительность работы народных комиссариатов здравоохранения этих республик ...» [6].

В 1954 году в соответствии с постановлением Совета Министров СССР от 18.05.1949 «Об увековечении памяти действительного члена Академии медицинских наук СССР и Академии педагогических наук РСФСР профессора Н.А. Семашко» академией медицинских наук СССР были опубликованы «Избранные произведения» Н.А. Семашко. В достаточно объемной статье, подготовленной редакционной коллегией, указывается «В жизни Н.А. Семашко переплетаются три пути: ...профессионала-революционера большевика, ведущего беспощадную борьбу против царизма ..., большевика-организатора советской медицины и ... большевика-ученого, педагога, теоретика советского здравоохранения» [7, С.5]. В 1967 г. под редакцией П.И. Калью вышло второе, дополненное и исправленное издание «Избранных произведений», где сказано, что тираж первого издания к 1967 г. превратился в «библиографическую редкость», а также уточнено, что перу Н.А. Семашко принадлежало более 700 опубликованных научных и публицистических работ. Первая научная работа Н.А. Семашко «Данные заболеваемости заразными болезнями в с. Богородском Горбатовского уезда в 1900 – 1903 гг. (к вопросу о санитарном значении кожевенного производства)» была опубликована в 1904 году [7]. М.Б. Мирский назвал «лебединой песней» первого наркома здравоохранения «Очерки по теории организации советского здравоохранения», вышедшие в 1947 году. «Между этими двумя работами» находятся другие научные статьи и издания, остающиеся актуальными и сегодня. Как пример – статья «О качественных показателях лечебной работы больниц», опубликованная в журнале «Больничное дело» в 1941 году (№ 3-4) [7]. Обращаясь к биографии Н.А. Семашко, многие авторы, в первую очередь, знакомятся с его работой «Прожитое и пережитое», законченной в 1946 году [8]. Как-то мало стали упоминать о том, что Н.А. Семашко, поддерживая идею М Горького о создании серии «Жизнь замечательных людей (ЖЗЛ)», написал одну из первых книг этой серии «Кох. Вирхов» (1934) [8]. В 1928 – 1936 гг. Н.А.Семашко – главный редактор Большой медицинской энциклопедии, он не только организует большой творческий коллектив, но и сам пишет статьи для энциклопедии. Он один из участников создания Академии медицинских наук СССР (1944) и ее академик; академик Академии педагогических наук РСФСР. В 1945 г. по инициативе Н.А. Семашко была создана комиссия по изучению санитарных

последствий войны; он организатор нескольких конференций, посвященных данной тематике [7].

В октябре 1921 года государственный ученый совет Народного комиссариата просвещения по предложению Наркомздрава постановил ввести в преподавание на медицинском факультете курс социальной гигиены. Первая лекция по данной дисциплине была прочитана первым наркомом здравоохранения на кафедре социальной гигиены медицинского факультета Московского университета (который ему когда-то не разрешили закончить) 20 февраля 1922 г. [7]. До конца своей жизни Н.А. Семашко возглавлял эту кафедру, читал лекции студентам, готовил учеников, участвовал в многочисленных конференциях.

Заслуживает внимания роль Н.А. Семашко в становлении и развитии здравоохранения Белоруссии [9]. Одна из его инициатив, касающаяся развития здравоохранения нашей страны, – направить на должность наркома здравоохранения БССР М.И. Барсукова, который занимал данную должность в течение 6 лет (1924 – 1930), а также по примеру своего соратника возглавил первую кафедру социальной гигиены БССР.

Литература

1. Об утверждении Совета Народных Комиссаров : Декрет II Всероссийского Съезда Советов Рабочих, Солдатских и Крестьянских Депутатов, 28.10.1917. Доступ: <https://istmat.org/node/27645>
2. Конституция (Основной Закон) Российской Социалистической Федеративной Советской Республики, принятая V Всероссийским Съездом Советов в заседании от 10 июля 1918 года. Доступ: <https://istmat.org/node/30605>
3. О Народном Комиссариате Здравоохранения: Декрет Совета Народных Комиссаров, 18.07.1918. Доступ: <https://istmat.org/node/30650>.
4. Крюков, Д.О. Научное лидерство в Российской медицине через призму биографий министров здравоохранения /Д.О. Крюков //Проблемы деятельности ученого и научных коллективов. – 2019. – № 5 (35). – С. 68-96
5. Краткая биография Н.А. Семашко. Доступ: <https://www.nrph.ru/?view=article&id=1635:kratkaya-biografiya-n-a-semashko&catid=2>
6. По докладу Народного комиссариата Рабоче-Крестьянской Инспекции Союза СССР о результатах обследования больничного строительства в промышленных районах: постановление Совета Народных Комиссаров от 26.12.1929. Доступ: <https://istmat.org/node/49245>
7. Н.А. Семашко: Избранные произведения. – М.: Гос.из-во мед.литературы, 1954. – 340 с.
8. Семашко, Н.А. Прожитое и пережитое. – М.: Госполитиздат, 1960. – 120 с.
9. Беляцкий, Д.П. Николай Александрович Семашко (К 100-летию со дня рождения. Материал в помощь лектору) / Д.П.Беляцкий, Е.И.Шишко. – Минск: общество «Знание» Белорусской ССР, 1974. – 17 с.

**СТОЛЕТНИЙ ПУТЬ РАЗВИТИЯ
КАФЕДРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
БЕЛОРУССКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА**

И.Н.Мороз, Г.П.Павлович, С.С.Лабзо

*Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»
(БГМУ), Минск, Республика Беларусь*

**100 YEARS
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND HEALTHCARE
OF THE BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY**

I. N. Moroz, G. P. Pavlovich, S. S. Labzo

Belarusian State Medical University (BSMU), Minsk, Republic of Belarus Belarus

Резюме. *Статья посвящена деятельности кафедры общественного здоровья и здравоохранения (ОЗиЗ) БГМУ за столетний период. Описаны основные направления развития и достижения кафедры в области общественного здоровья и здравоохранения.*

Отражены этапы и периоды деятельности кафедры ОЗиЗ: довоенный (1924 - 1941), военный (1943 - 1945), послевоенный (1945 - 1978), переходный - в условиях социально-экономических преобразований (1978 - 1995; 1995 - 2010), современный период (с 2010 г.). Дана характеристика 2 научно-педагогических школ – 1) общественного здоровья и здравоохранения; 2) истории медицины. Представлен научно-образовательный потенциал кафедры/

Ключевые слова: *кафедра общественного здоровья и здравоохранения (ОЗиЗ), Белорусский государственный медицинский университет (БГМУ), деятельность, 100 лет, социальная гигиена; организация здравоохранения; история медицины.*

Resume. *The article is devoted to the activities of the department of public health and healthcare (PHHC) of the BSMU for a hundred years. The main directions of development and achievements of the department in the field of public health and healthcare are described.*

The stages and periods of activity of the department of PHHC are shown. The stages and periods of activity of the department of public health and healthcare, which included: pre-war (1924 - 1941), military (1943 - 1945), post-war (1945 - 1978), transitional - in the conditions of socio-economic transformations (1978 - 1995; 1995 - 2010), modern period (since 2010). 2 scientific and pedagogical schools – 1) public health and healthcare, 2) history of medicine - are described. The contribution of the collective at each stage of the historical development of the department of PHHC is shown. The scientific and educational potential of the department is described.

Key words: *the department of public health and healthcare (PHHC), Belarusian State Medical University (BSMU), activity, 100 years, social hygiene; history of medicine.*

Изучение состояния здоровья населения, организации медицинской помощи, оценка потребности в медицинских кадрах с учетом основных тенденций развития современного общества и здравоохранения, необходимых для разработки и реализации стратегических направлений государственной политики в области охраны

здоровья и обеспечения качества жизни населения страны — вот основные задачи, которые ставит перед собой кафедра ОЗиЗ, 100-летие которой отмечается в 2024 году. Вековой юбилей – это важное событие, за которым стоят памятные даты в летописи кафедры, основные этапы ее развития, коллективы и люди, создавшие и приумножающие ее славу.

Успех и авторитет кафедры ОЗиЗ обусловлены многими составляющими, включая, прежде всего, кадровый потенциал, создавший научно-педагогические школы, которые обеспечивают традиции и преемственность подготовки высококвалифицированных преподавательских, научных, медицинских работников. На кафедре работали народный комиссар здравоохранения БССР (М.И. Барсуков), заместители наркома (Лившиц Д.В., Д.П. Беляцкий); заместители Министра здравоохранения БССР и Республики Беларусь (Д.П. Беляцкий, Г.Р. Крючок, К.Н. Анищенко, Н.И. Степаненко, В.П. Филонов) [1-3, 6, 8-10]. В разное время на кафедре работали: лауреат Государственной премии БССР (К.Н. Анищенко), 2 заслуженных врача БССР (Д.П. Беляцкий, К.Н. Анищенко), заслуженный работник народного образования (М.К. Зубрицкий), заслуженный работник образования Республики Беларусь (Е.Г. Эльяшевич) [1-3, 6, 8-10].

На кафедре сформированы 2 научно-педагогические школы: 1) по общественному здоровью и здравоохранению; 2) истории медицины. Основоположниками этих школ являются: проф. М.И. Барсуков, проф. Б.Я. Смулевич, проф. Д.П. Беляцкий, проф. Г.Р. Крючок [2, 3, 8]. Традиции, заложенные основателями научно-педагогических школ кафедры, были продолжены их последователями и учениками: Н.А. Саевич (первый аспирант), Е.И. Шишко, Н.Ф. Змачинской, В.С. Елейниковой, М.К. Зубрицкий, К.Н. Анищенко, М.В. Мальковец [3].

История кафедры отражает основные этапы развития страны и направления государственной политики в области здравоохранения и включает периоды: довоенный (1924 - 1941), военный (период эвакуации в г.Ярославль – 1943-1945гг.), послевоенный (восстановление и деятельность с 1945 по 1978 гг.), переходный - в условиях социально-экономических преобразований (деятельность с 1978 по 1995гг. и с 1995 по 2010 гг.), современный период (с 2010 г. по настоящее время).

В 1924 году по распоряжению Народного комиссариата просвещения БССР была создана первая в стране кафедра социальной гигиены на медицинском факультете Белорусского государственного университета, которую возглавил доцент М.И. Барсуков, Народный комиссар здравоохранения БССР (1924-1930), одновременно директор Института организации здравоохранения и социальной гигиены, редактор журнала «Белорусская медицинская мысль». Первыми преподавателями, приглашенными работать на кафедру, были квалифицированные специалисты в области социальной гигиены, сочетающие педагогическую деятельность с научной, медицинской и организаторской: Френкель З.Г., Лившиц Д.В., Смулевич Б.Я., Дихтяр С. Р., Ефимьев С.Н., Эйнгорн Д.Л. [1-3, 6, 8-10].

Создание кафедры социальной гигиены медицинского факультета БГУ совпало с мероприятиями по реформированию высшего медицинского образования, перед которым была поставлена задача подготовки врачей нового типа, теоретически и

практически подготовленных в области как лечебной, так и санитарно-профилактической деятельности, умеющих не только бороться с возникающими болезнями, но и способных вести всю предупредительную работу, направленную на охрану здоровья населения.

Учебная дисциплина «Социальная гигиена» включена в программу государственной итоговой аттестации выпускников, что подчеркивает значимость деятельности кафедры, направленной на воспитание и подготовку медицинских кадров для организации медицинской помощи, основанной на изучении социально-гигиенических факторов влияющих на здоровье населения, сочетании лечебных и оздоровительных мероприятий при решении вопросов в области здравоохранения. В этот период роль кафедры социальной гигиены была особенно значима в развитии профилактического направления работы органов управления здравоохранением и подготовки будущих врачей [1-3, 4, 6, 8-10].

Значимым вкладом кафедры социальной гигиены под руководством Барсукова М.И. была деятельность по созданию законодательства здравоохранения БССР, включающая разработку нормативных правовых актов, регламентирующих различные аспекты функционирования здравоохранения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, решения вопросов кадровой обеспеченности, особенно в сельской местности «Положение о Народном Комиссариате Здравоохранения БССР» (Постановление Совета Народных Комиссаров БССР от 01.03.1928); «Об утверждении положения о санитарных органах Народного Комиссариата Здравоохранения БССР» (Постановление Совета Народных Комиссаров БССР от 21.09.1926), «Об обеспечении сельских местностей медицинской помощью и об улучшении материально-бытового положения участкового медицинского персонала» (Постановление Совета Народных Комиссаров БССР от 04.09.1926, ст.140) и др. [3].

Научно-исследовательская деятельность кафедры социальной гигиены была направлена на разработку теоретических проблем и организационных основ здравоохранения. Была создана научная база кафедры, в состав которой входил Институт организации здравоохранения и социальной гигиены, Клиника профессиональных болезней. Заложены методические основы комплексного изучения здоровья населения в стране, ставшие сейчас классическими в изучении хронических неэпидемических заболеваний. В этом направлении крупными научными исследованиями были работы коллектива авторов С.Р. Дихтяря, Б.Я. Смулевича, Д.Л. Эйнгорн «Рабочая молодежь Белоруссии. Численность, состав, быт, условия труда и физическое состояние. По материалам мед.-сан.обследования 1925 г. Минск » (1926); доцента Б. Я. Смулевича «Заболеваемость и смертность населения городов и местечек БССР» (1928) [3, 6].

Неоценим вклад Барсукова М.И. и коллектива кафедры в создание журнала «Белорусская медицинская мысль» (современное название «Здравоохранение»), в котором отражались результаты научных исследований не только в области социальной гигиены, но и других направлений биологии и медицины.

С 1930 по 1941 гг. кафедрой социальной гигиены Белорусского (Минского) медицинского института (реорганизованного из медицинского факультета БГУ) руководил профессор Д. В. Лифшиц, одновременно руководитель Института организации

здравоохранения и социальной гигиены (1930–1941). В этот период изменилась и расширилась образовательная и научная деятельность кафедры за счет направлений, посвященных вопросам организации медицинской помощи населению в условиях индустриализации и коллективизации в стране, разработке системы показателей для оценки деятельности лечебно-профилактических учреждений. [2, 3, 6, 8].

В мае 1941 года в соответствии с приказом Народного комиссариата здравоохранения СССР кафедра социальной гигиены переименована в кафедру организации здравоохранения. Переименование было обусловлено, с одной стороны, тем, что «понятие «социальная» было слишком «буржуазным» и несколько превосходило понятие «социалистическое», и подразумевало отсутствие влияния социальных факторов на здоровье социалистического общества [7]. С другой стороны, новое название предполагало новые направления исследований реорганизованных кафедр с акцентом на вопросы организации медицинской помощи, внедрения новых форм работы в учреждениях здравоохранения, использования методов управления и применения экономических экспериментов в здравоохранении [3, 7, 8].

Великая Отечественная война (1941-1945) внесла значительные изменения в работу кафедры Белорусского медицинского института, которые сопровождались кадровыми и материальными потерями. В 1941 году погиб в Минском гетто заведующий кафедрой Д. В. Лифшиц. Многие работники кафедры сражались на фронтах Великой Отечественной войны и в партизанских отрядах: М.И.Барсуков, Д.П.Беляцкий, Г.Р.Крючок, А.Д.Горбач, Б.С.Левкович, В.Г.Мельников, М.М.Мищенко, А.Н.Пересада, Ю.А.Селезнев, Е.И.Шишко, М.Н.Краснощекова (Балышева) [3, 5, 6].

Деятельность кафедры была возобновлена во время эвакуации в г.Ярославле под руководством кандидата медицинских наук, доцента А.А. Липмановой (Верткиной) (1943-1944), которая осуществлялась в трудных условиях военного времени: нехватки ресурсов (кадровых, учебно-методических, материально-технических). После освобождения территории Белоруссии от немецко-фашистских захватчиков и возвращения в Минск с 1944 по 1945 гг. исполнение обязанностей заведующего кафедрой осуществлял Г.Р.Духан, одновременно главный врач центральной поликлиники г.Минска [3].

Развитие общества в послевоенные годы и период восстановления потребовало организационных преобразований системы здравоохранения и новых направлений подготовки медицинских кадров, что оказало существенное влияние на деятельность кафедры, которую с 1945 по 1958 гг. и с 1959 по 1978 гг. возглавлял Д.П.Беляцкий - основоположник белорусской научной школы социал-гигиенистов, заместитель наркома здравоохранения БССР – главный государственный санитарный инспектор республики (1943-1959), доктор медицинских наук, профессор [3]. В 1951 году кафедра организации здравоохранения переименована в кафедру организации здравоохранения и истории медицины, в 1966 году - в кафедру социальной гигиены и организации здравоохранения [3, 8].

В этот период деятельность кафедры значительно расширилась благодаря работе Д.П.Беляцкого – видного организатора здравоохранения БССР, который внес неоценимый вклад в создание санитарно-эпидемиологической службы республики и подготовку ее кадров, научное обоснование и практическую реализацию программ по

ликвидации и снижению инфекционных заболеваний, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия страны, совершенствование образовательной и воспитательной работы на кафедре [3].

Изменилось преподавание социальной гигиены и организации здравоохранения, которое было обусловлено возрастающими требованиями к теоретической и практической подготовке врачей. Введение шестого года обучения (1945) увеличило почти на 30% количество часов по организации здравоохранения, что позволило расширить тематику практических занятий на базах лечебно-профилактических учреждений. В образовательные программы были включены новые курсы: истории медицины (1951-1992), организации лечебно-профилактической помощи матерям и детям (1968-1992), советского права (1975-1989) [3, 8, 10].

В этот период научно-исследовательская деятельность кафедры посвящена изучению медико-социальных последствий войны и немецкой оккупации, оценке ущерба, нанесенного здравоохранению и народному хозяйству республики, состояния здоровья населения республики, в т.ч. убыли населения, вызванной разрухой, голодом и инфекционными болезнями; обоснованию медико-социальных направлений профилактики и формирования санитарной культуры населения; организации лечебно-профилактической помощи населению, включая амбулаторно-поликлиническое обслуживание населения, оказание медицинской помощи сельским жителям и др. Исследования отражены в работах Д. П. Беляцкого («Влияние немецко-фашистской оккупации на заболеваемость населения Белоруссии сыпным тифом», 1948; «Инфекционная заболеваемость в демографической истории Белоруссии», 1983, «Опыт организации диспансеризации в сельских районах, 1954», М.К.Зубрицкого («Детская и перинатальная смертность в Минске (социально-гигиенический очерк)», 1971; «Некоторые тенденции здоровья населения республики БССР», 1972), К.Н.Анищенко («Охрана здоровья детей в Белоруссии», в соавт., 1974) и др. [2, 3, 6, 8, 10].

Важным направлением научных исследований является историко-медицинское, обеспечивающее взаимосвязь прошлого с настоящим, историческую преемственность, которое активно развивалось благодаря деятельности доктора медицинских наук, профессора Г.Р.Крючка (руководитель кафедры с 1958 по 1959 гг., заведующий курсом истории медицины с 1959 по 1973гг.). Наиболее значимыми исследованиями в области истории медицины были работы Г.Р.Крючка «Развитие медицины и здравоохранения Белоруссии» (1964), «Очерки истории медицины Белоруссии» (1976); Д.П.Беляцкого «Развитие санитарного дела в Белорусской ССР (историко—теоретический очерк)» (1966); Д.П.Беляцкого, В.С.Елейниковой, М.К.Зубрицкого «Становление и развитие медицинской науки в БССР (1917-1927)» (1982). Важным событием данного периода было создание музея истории медицины и здравоохранения Беларуси, инициатором которого был профессор Г.Р.Крючок. В 1990 г. музей истории медицины и здравоохранения кафедры преобразован в Республиканский музей истории медицины Беларуси (первый директор, к.м.н., доцент Т.Г.Светлович). Неоценим вклад профессора Г.Р.Крючка в проведение историко-медицинских исследований в республике и подготовку научных кадров: впервые были изучены медицина и здравоохранение в отдельные исторические периоды (К.Н.Анищенко, В.П.Грицкевич, Н.Ф.Змачинская, Л.Н.Казей, Е.М.Тищенко), на отдельных территориях

(Э.А.Вальчук, А.К.Косач), исследованы развитие некоторых видов медицинской помощи (В.С.Елейникова, Л.А.Костейко, З.К.Крылова, Т.И.Крючок, В.С.Лурье), высшего медицинского образования (Е.И.Шишко), деятельность научных обществ и общественных организаций (А.П.Молчанов, А.Ф.Петрова) [2, 3, 6, 8].

Д.П. Беляцкий в 1957 г. принял участие в работе IX Всемирной ассамблеи Всемирной организации здравоохранения (Женева). Работники кафедры в этот период были членами Всесоюзных и республиканских обществ, а также различных структур. Д.П.Беляцкий – член правления Всесоюзного общества гигиенистов, Ученого медицинского совета Минздрава БССР; проблемной комиссии АМН СССР, редакционного совета журнала «Советское здравоохранение», редакционных коллегий журналов «Медицинский журнал БССР», «Здравоохранение Белоруссии» и др.; Г.Р.Крючок – член Всесоюзного научного общества историков медицины, Ученого медицинского совета Минздрава БССР [3].

С 1978 по 1995 гг. кафедрой заведовал М.К. Зубрицкий – известный организатор здравоохранения (главный государственный санитарный врач Минской области с 1962 по 1966 гг.), социал-гигиенист, кандидат медицинских наук, доцент [3]. Потребность общества и здравоохранения в руководителях и специалистах, владеющих современными методами управления, информационными технологиями, с экономическим мышлением, необходимым для принятия решений по рациональному использованию ресурсов при организации медицинской помощи, проведении профилактических мероприятий, внесла коррективы в образовательную деятельность кафедры.

С 1993 г. кафедра переименована в кафедру социальной гигиены, экономики и организации здравоохранения. В этот период было усилено преподавание приоритетных вопросов – управления и экономики здравоохранения. Разработаны программы преподавания новых курсов «Основы автоматизированных систем управления и информатика» (1990), «Экономика здравоохранения» (1992), межкафедральные программы по интеграции преподавания социальной гигиены и организации здравоохранения с клиническими, гигиеническими и другими кафедрами института (1989, 1992), введена с 1993 г. дисциплина «Экономическая теория» [3, 8]. Были внедрены информационные технологии для осуществления образовательной деятельности, в т.ч. для преподавания основ автоматизированных систем управления и информатики, проведения статистической обработки результатов исследования. При поддержке Министерства здравоохранения республики была модернизирована материально-техническая база кафедры - создан компьютерный класс для использования в учебном процессе (1990).

Особое внимание коллектив кафедры уделял совершенствованию учебно-методической работы, основными направлениями которой были: межкафедральная интеграция, необходимая для повышения качества освоения студентами практических навыков по организации медицинской помощи населению; внедрение новых форм, методов оценивания и обучения; расширение видов самостоятельной работы студентов, ориентированной на индивидуальный подход при ее выполнении, включая учебные задания курсовых работ («Комплексная характеристика состояния здоровья населения района» для студентов лечебного факультета; «Анализ состояния здоровья и характеристика национальных служб здравоохранения в зарубежных странах» для

иностранных студентов и др.), УИРС, использование компьютерных программ, деловые игры. Значительная работа была проведена по реализации практико-ориентированности и индивидуализации обучения студентов старших курсов в анализе здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения при прохождении производственной практики. Впервые было выделено время (три рабочих дня) для выполнения заданий производственной практики по социальной гигиене и организации здравоохранения. Важным разделом работы на кафедре было преподавание вопросов организации, планирования статистической обработки результатов научных исследований для обучающихся в аспирантуре и ординатуре, что в значительной степени влияло на качество и сроки выполнения научных работ, и повышало значимость кафедры среди медицинских работников научно-исследовательских институтов и учреждений здравоохранения.

Важным направлением деятельности кафедры в этот период была подготовка научных кадров в области социальной гигиены и организации здравоохранения. Значимую роль играло целевое направление выпускников на обучение в аспирантуру в медицинские и научно-исследовательские институты Москвы, Ленинграда и других городов Советского Союза для научной работы и обмена опытом. В целевой аспирантуре обучались преподаватели кафедры С.С.Лабзо, Т.В. Калинина, О.И. Галицкий, Б.К.Воронецкий, В.А.Мороз, О.А.Кульпанович, И.Н.Мороз. Преподаватели кафедры принимали участие в разработке моделей специалистов с высшим и средним медицинским образованием и определении потребности республики в специалистах данного профиля на период до 1990.

Научная деятельность кафедры этого периода характеризуется проведением комплексных социально-гигиенических исследований, организатором и руководителем которых был М.К.Зубрицкий: «Состояние здоровья детей, пути и методы совершенствования медицинского обслуживания и диспансеризации их в условиях крупного промышленного города», 1976–1980; «Социально-гигиенические аспекты болезней органов дыхания у детей», 1981–1985; «Социально-гигиенические аспекты болезней системы кровообращения у детей», 1986–1990; «Медико-социальное изучение образа жизни и здоровья студентов МГМИ», 1991–1995. За фундаментальное исследование по охране здоровья детей, снижению заболеваемости и младенческой смертности доцент кафедры К. Н. Анищенко был удостоен (в соавторстве с И.Н. Усовым, А.К.Устиновичем, Р.Э. Мазо) Государственной премии БССР (1984). Коллектив кафедры принимал активное участие в проведении исследований по изучению медико-психологических аспектов инвалидности ликвидаторов катастрофы на Чернобыльской АЭС (1994); репродуктивного здоровья населения [3, 8].

Результаты исследований отражены в монографиях: «Организация медицинской помощи детям» (К.Н.Анищенко в соавт., 1979); «Профилактическая и оздоровительная работа педиатра» (М.К.Зубрицкий в соавт., 1982), «Медицинская помощь детям в условиях поликлиники» (М.К.Зубрицкий в соавт., 1985), «Гигиеническое обучение и воспитание в деятельности педиатра» (Н.Ф.Змачинская, М.В.Мальковец, Ж.М.Кучук, 1989), «Руководство по анализу деятельности учреждений охраны материнства и детства» (М.В.Мальковец в соавт., 1988); «Справочнике педиатра по организации медицинской помощи детям» (К.Н.Анищенко в соавт., 1985); «Справочнике

участкового педиатра» (М.К.Зубрицкий, К.Н.Анищенко в соавт., 1991) и других научных публикациях. Коллектив кафедры принимал участие в работе международных и республиканских научных форумах: на съездах врачей в ГДР, в Чехословакии (1980); на Мадагаскаре (1985); съезде врачей общественной медицины (Польша, 1992); конференции по страховой медицине (Германия, 1993); конференции Европейского регионального бюро ВОЗ по реформированию здравоохранения в странах Европы (Молдова, 1995); в организации и проведении I-го Республиканского съезда социал-гигиенистов, организаторов здравоохранения и историков медицины Беларуси (1993) и др. [3, 8].

Продолжены традиции участия работников кафедры в разработке нормативных правовых актов, регулирующих деятельность здравоохранения нашей страны в период ее становления как независимого государства. Преподаватели кафедры (доцент, к.м.н. Н.Ф.Змачинская; к.м.н. О.И.Галицкий) принимали участие в разработке проекта Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» (утвержденного в 1993 году), в котором были определены принципы государственной политики в области охраны здоровья населения нашей страны.

Общественная деятельность была многогранна и заключалась в работе комиссии при Совете Министров БССР по делам несовершеннолетних, а также по борьбе с пьянством; Совета республиканской организации ветеранов войны и труда (К.Н.Анищенко); секции социал-гигиенистов, организаторов здравоохранения Белорусского научного общества гигиенистов, Белорусского научного общества историков медицины (М.К.Зубрицкий), проблемной комиссии по социальной гигиене и организации здравоохранения Ученого медицинского совета Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Белорусской ассоциации социал-гигиенистов, организаторов здравоохранения (К.Н.Анищенко, М.К.Зубрицкий); правления Всесоюзного историко-медицинского общества; Международного общества историков медицины (В.С.Елейникова), секции экскурсоводов факультета общественных профессий МГМИ по тематике «Памятные медицинские места г. Минска» и «История МГМИ» (В.С.Елейникова), редакционной коллегии журнала «Здравоохранение» («Здравоохранение Белоруссии») и др.

С 1995 по 2010 г. кафедрой заведовал доктор медицинских наук, профессор Н.Н.Пилипцевич, который в течение пяти лет (1997–2002) одновременно возглавлял РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Деятельность кафедры осуществлялась в период становления и развития социально-ориентированного государства в условиях рыночной экономики, требующих реформирования здравоохранения при сохранении принципов государственной политики в области охраны здоровья, гарантий предоставления медицинской помощи, направленных на обеспечение качества жизни населения страны. Стратегические задачи реформирования здравоохранения и происходящие медико-демографические процессы потребовали повышения значимости подготовки врачей и организаторов здравоохранения всех уровней по проблемам общественного здоровья. Отвечая потребностям развития общества этого периода, в 2001 году кафедра социальной гигиены, экономики и организации здравоохранения была переименована в кафедру общественного здоровья и

здравоохранения (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 198 от 10.06.2001).

Деятельность кафедры, которая осуществлялась в период социально-экономических преобразований в обществе и реформирования системы здравоохранения, потребовала участия преподавателей в разработке проектов нормативных правовых актов, формирующих законодательство отрасли здравоохранения, в т.ч. внесения изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» (2002), проекта Концепции развития здравоохранения, в определении объемов медицинской помощи, предоставляемой за счет бюджета и др.

Особое внимание уделялось совершенствованию учебно-методической работы, что нашло отражение в издании учебника с грифом Министерства образования Республики Беларусь: «Социальная гигиена и организации здравоохранения» (для средних медицинских учебных заведений)» (Н.Н.Пилипцевич, К.Н.Анищенко в соавт., 2000).

В этот период на кафедре в тематике научных исследований начинают преобладать вопросы, связанные с репродуктивным здоровьем населения, медико-социальными аспектами распространения и профилактики Вич-инфекции среди групп риска (наркоманов, молодежи), состоянием и тенденциями здоровья медицинских работников, оценкой стоматологического здоровья. Изучаются проблемы медицинской этики и деонтологии, проводятся исследования по оценке экономической эффективности деятельности медицинских организаций, определению оптимальных объемов лечебно-диагностических мероприятий при оказании стационарной помощи пациентам терапевтического профиля, истории медицины (Н.Ф. Змачинская, М.В. Мальковец, Г.А.Зелезинская, Л.П.Плахотя, Т.П.Калинина, С.С.Лабзо, И.Н.Мороз, О.А.Кульпанович, Е.И.Жилинская, Т.П.Павлович, А.И.Дуболеко, О.А.Ханко, Е.Г.Эльяшевич, И.И.Халямина, С.В.Куницкая, В.Е.Колотков, П.Г.Коваль, О.В. Романенко, Т.С.Исютина-Федоткова). Наиболее значимые исследования в области истории медицины, организованные доцентами Н.Ф.Змачинской и М.В.Мальковец, посвящены деятельности профессоров и заведующих кафедр Минского медицинского института с 1921 по 1996гг., по результатам которых в 1999 году была издана монография – биографический справочник: «Заведующие кафедрами и профессора Минского медицинского института (1921–1996)» (авторы: Н.Ф.Змачинская, М.В.Мальковец, А. Н. Пересада).

Современный период деятельности кафедры, которой с 2010 г. руководит доцент, кандидат медицинских наук Т.П.Павлович, обусловлен развитием научно-технического прогресса, и связан с появлением новых направлений в области науки и медицины, инновационных технологий в организации образовательного процесса, реализацией «студентоцентрированного» обучения, обеспечивающего формирование индивидуальной траектории освоения образовательных программ.

Образовательный процесс на кафедре осуществляется по современным программам и технологиям, соответствующим международным стандартам, на всех этапах профессиональной подготовки. Реализуются образовательные программы высшего образования по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», Медико-профилактическое дело» «Фармация»; научно-ориентированного образования (аспирантура и докторантура); дополнительного образования взрослых

(образовательные программы повышения квалификации, стажировки и др.). Обучение осуществляется на русском и английском языках.

Внедрены информационные технологии, включающие 29 электронных учебно-методических комплексов (ЭУМК) в системе дистанционного обучения Moodle на русском и английском языках. Содержание ЭУМК постоянно дополняется с учетом актуальной информации, издания и редактирования нормативных правовых актов, обновления данных официальной статистической отчетности. Внедряются новые формы аттестации студентов, основанные на использовании ресурсов системы управления образовательными электронными курсами Moodle, дополняются «банки» вопросов по дисциплинам, в том числе для проведения государственной итоговой аттестации обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело». На кафедре разработаны пять станций объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ/ОСЭ), который принят во всем мире и признан золотым стандартом оценки клинической компетентности студентов и практико-ориентированности обучения. Оценка практических навыков студентов с использованием ОСКЭ включает анализ демографической ситуации, кадровой обеспеченности организаций здравоохранения, функции врачебной должности (выполнения нагрузки врача-специалиста), деятельности учреждений здравоохранения по Модели конечных результатов, эффективности медицинской технологии.

Одним из приоритетных направлений в информационном обеспечении образовательного процесса остается издание учебной и научной литературы, подготовленной профессорско-преподавательским составом кафедры. За последние десять лет издано 3 учебника с грифом Министерства образования Республики Беларусь (Н.Н.Пилипцевич в соавт, 2015, 2022, 2023), подготовлено 30 учебно-методических изданий, из которых 10 предназначены для студентов, обучающихся на английском языке.

Коллектив кафедры продолжает работу по подготовке управленческих и научных работников высшей квалификации для системы здравоохранения, в рамках которой организовано обучение по «Основам управления здравоохранением» (для клинических ординаторов), по «Основам медицинской статистики» (для аспирантов), по «Статистическому анализу результатов научных медицинских исследований (для научных работников, преподавателей, аспирантов и докторантов). Разрабатываются ЭУМК для обучающихся в магистратуре: «Биоинформационный анализ биологических и медицинских данных», «Методология медицинских исследований», «Планирование исследования и анализ медицинских данных» и «Управление в здравоохранении».

Особое внимание на кафедре уделяется подготовке научных работников высшей квалификации по специальности «общественное здоровье и здравоохранение». В настоящее время выполняется 4 диссертационных исследования, из них 3 на соискание ученой степени «доктор медицинских наук» и 1 – «кандидат медицинских наук».

Направления научной деятельности кафедры посвящены изучению вопросов общественного здоровья и здравоохранения (включая управление качеством медицинской деятельности), биомедицинской статистики, биомедицинской этики и деонтологии, качества жизни, связанного со здоровьем, использования цифровых

технологий в медицине, в рамках которых выполняются темы НИР: «Медико-социальная характеристика неинфекционной заболеваемости населения Республики Беларусь» (2017–2021); «Здоровье населения Республики Беларусь в условиях пандемии COVID-19 и ее последствий» (2022-2026, инновационный проект) (Т.П.Павлович, А.Н.Черевко, И.Н.Гирко, С.Ф.Михалюк, Л.Н.Ломать, И.Н.Мороз, С.В.Власова, И.И.Халямина, С.В.Куницкая, М.А.Лях, Л.Л.Гиндюк).

Коллектив кафедры принимал участие в разработке отдельных тем и выполнении исследований по заказу Министерства здравоохранения РБ, научно-технических программ - РНПЦ «Кардиология» (Т.П.Павлович), РНПЦ «Мать и дитя» – «Влияние длительного исключительно грудного вскармливания на нейрокогнитивное развитие и респираторную функцию в подростковом возрасте (2012-2014гг.); «Взаимосвязь между здоровьем матери, длительностью грудного вскармливания и состоянием здоровья, физическим, нейрокогнитивным развитием их детей» (Грант МЗ РБ, Университет МакГилл, 2017) (А.Ф.Перковская, И.Г.Ушакевич, Л.П.Лазута).

Проводятся исследования по историко-медицинскому направлению, в рамках которого изучались вопросы развития здравоохранения (Н.Н.Пилипцевич), фармации (Е.Г.Эльяшевич), белорусской национальной духовной и материальной культуры (Е.К.Анищенко, Н.К.Альховик), военно-медицинского образования (О.С.Ишутин). По результатам исследований опубликовано 10 монографий.

Международная деятельность кафедры включает: проведение исследований по вопросам общественного здоровья при взаимодействии с ФОНДОМ ООН в области народонаселения (ЮНФПА), Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ), Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС), с международной федерацией по образованию в области физической культуры при ЮНЕСКО (ФИЕР), Забайкальским государственным университетом (Чита, Россия), Школой общественного здоровья Монгольского национального университета медицинских наук, Университетом Кальяри (Италия), Бурятским госуниверситетом имени Доржи Банзарова (Улан-Удэ, РФ); организацию обучения в рамках долгосрочного научно-исследовательского сотрудничества между БГМУ (Минск) и Каролинским институтом (Стокгольм, Швеция) в области доказательной медицины: «Epidemiology II: design of epidemiological studies» (2017), «Систематический обзор и мета-анализ: теория и практика» (2020); участие в международной аккредитации учреждений образования, осуществляемой Независимым Агентством Аккредитации и Рейтинга (Республика Казахстан) и др.

Работники кафедры принимают активное участие в исследованиях в рамках совместного международного проекта с Университетом Кальяри «Долголетие, образ жизни и питание: важность образования» (Сардиния, Италия-Беларусь) (2019-2020); со Швейцарским Красным Крестом и Белорусским Красным Крестом «Оценка готовности системы здравоохранения и социальной защиты, негосударственных организаций к реализации интегрированного подхода по оказанию медико-социальной и паллиативной помощи нуждающимся гражданам» в рамках проекта «Консолидация опыта и развитие программы БОКК по здоровому и активному старению и оказанию медико-социальной помощи на дому (фаза 2) (2024) и др.

Коллектив кафедры университета развивает долгосрочное академическое и научное сотрудничество с зарубежными учреждениями образования и

международными организациями здравоохранения в области общественного здоровья, принимая ежегодное участие в многочисленных конференциях различного уровня, в т.ч. в вебинарах с коллегами из России, Казахстана, Италии, Японии, Монголии и др. За последний период преподаватели кафедры приняли участие в V-м съезде Российского общества симуляционного обучения в медицине РОСОМЕД-2016 «Совершенствование преподавания дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» (Москва, 2016), «29th Fucushim disaster medicine seminar» (г.Фукусима, Япония, 2018), IV Международном конгрессе Vita Rehab Week 2020 «Современные технологии и оборудование для медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения и спортивной медицины» (on-line, 2020), Международной on-line конференции «Проблемы здоровья и реабилитации лиц с ограниченными возможностями» приуроченная 20-летию центра «Дар» (Россия-Польша-Монголия-Беларусь-Болгария-Украина, 2020); в международном форуме по реализации «Дорожной карты» ВОЗ в области общественного здоровья «Сотрудники здравоохранения и экстренной помощи: Компетентностное образование», который был организован Школой общественного здравоохранения Чжэцзянского университета (г.Чанджоу, Китайская Народная Республика, 2024), в XI Международном конгрессе «Безопасный спорт-2024» (Москва, РФ, 2024) и др.

По результатам научных исследований за последние десять лет опубликовано 10 монографий, более 300 статей и тезисов в республике и за рубежом.

Потенциал кафедры является хорошей основой для развития студенческой науки. За последние пять лет на республиканские смотры студенческих научных работ представлено сорок семь работ, из которых сорок одна (87,2%) отмечена дипломами Министерства образования Республики Беларусь первой (10), второй (20) и третьей категориями (11); подготовлено 150 докладов, опубликовано более 170 статей и тезисов. Около 20% выпускников студенческого научного кружка кафедры связали свою дальнейшую работу с научно-педагогической деятельностью (профессор В.В.Строгий, доцент О.В.Дубаневич, профессор В.А.Филонюк, профессор Д.Е.Данилов, доцент М.И.Бандацкая, доцент А.Н.Оскирко, ст. преподаватель И.И.Халямина, ст. преподаватель О.А.Внукович, доцент Н.В.Рябова, ст. преподаватель М.А.Лях и др.).

Важным разделом работы кафедры является научно-методическое сопровождение и оказание консультативной помощи научным работникам и специалистам практического здравоохранения по вопросам проведения научных медицинских исследований, анализа показателей деятельности организаций здравоохранения, статистической обработки данных и представления полученных результатов, осуществление экспертно-рецензионной деятельности. Преподаватели кафедры входили и входят в состав советов по защите диссертаций Республики Беларусь и Российской Федерации, комиссии по научным исследованиям и разработкам общегосударственного отраслевого назначения, направленного на научно-техническое обеспечение деятельности Министерства здравоохранения РБ; Республиканской комиссии (подкомиссия №1) для присвоения квалификационных категорий врачам по специальности организация здравоохранения (Н.Н.Пилипцевич, И.Н.Мороз, Т.П.Павлович, С.В.Власова). Неоценим вклад кафедры в период пандемии COVID-19, которая по поручению

Министерства здравоохранения Республики Беларусь принимала участие в анализе и прогнозировании распространения заболевания, разработке мероприятий, необходимых для организации медицинской помощи и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия (С.В.Куницкая).

Преподаватели кафедры принимают активное участие в общественной деятельности, являясь членами редакционной коллегии периодических научных изданий: «Военная медицина», «Вопросы организации и информатизации здравоохранения» (РБ); «Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко (Москва, Россия), «Общая и патологическая физиология» (Луганский государственный медицинский университет, Украина); «Здоровье для всех» (Полесский государственный университет, РБ), депутатского корпуса, общественных организаций университета (РОО «Белая Русь», профсоюзной организации БГМУ, ОО «Белорусский союз женщин») и др.

Не остается без внимания идеологическая и воспитательная работа, направленная на формирование у студентов гражданско-патриотических и духовно-нравственных качеств. Коллектив кафедры совместно со студентами принимает участие в знаменательных событиях нашей страны, посвященных Дню Победы, который в этом году проходил под девизом «9 мая – День Победы в Великой Отечественной Войне и освобождения Беларуси от немецко-фашистских захватчиков. 80 лет под мирным небом», День Государственного герба и флага Республики Беларусь и др. Преподаватели кафедры принимают участие в проведении конкурсов творческих работ студентов: «Письмо маме» (2017-2024), «Мгновения Победы» (2017-2020), мероприятиях, посвященных «Малой Радзіме» («Маім бацькам прысвячаецца», «Месца, дзе сэрца спявае ад радасці», «Кім быць?»), «Профилактике насилия в семье», «Законодательству о поддержке и расширении правовых возможностей улучшения качества жизни инвалидов» и др.

С целью формирования у обучающихся навыков здорового образа жизни, осознания значимости здоровья, как ценности, и важности его сохранения проводятся тренинги, беседы, диспуты, круглые столы по актуальным медико-социальным проблемам в рамках «Единых дней здоровья»; смотр-конкурс по номинациям: «Лучшая презентация, посвященная здоровому образу жизни»; «Лучший санитарный бюллетень/плакат»; мастер-класс «Профилактика абортов» с участием студентов и др.

Осуществляется волонтерская деятельность среди молодежи по вопросам формирования здорового образа жизни, в рамках которых студенты посещали общежития, проводили занятия на базе Центров дружественных к подросткам «Доверие» и «Вместе» учреждений здравоохранения «8-я городская детская поликлиника» и «11-я городская детская поликлиника», участвовали в мероприятиях Белорусской Ассоциации клубов ЮНЕСКО, в 5-м Минском волонтерском форуме (2019). Организовано и активно действует волонтерское движение «Равный равному» по профилактике ВИЧ-инфекции.

Деятельность профессорско-преподавательского состава кафедры не ограничивается исключительно профессиональной тематикой. Творческие работы сотрудников кафедры были опубликованы в газете «Вестник БГМУ», сборниках прозы и поэзии «Стихи работников здравоохранения Республики Беларусь», «Литературный

экватор», «Отечеству служим», журналах «Армия и культура», «Царкоўнае слова», «Полымя», Альманахе Крымского издательского дома, в двух книгах «Імгненні» и «Вузкімі сцэжкамi», автор которых Л.П.Лазута - лауреат Международного конкурса литературных произведений им. Г.А.Потёмкина «Я, моя Семья, Моя Родина, мои Святыни» Крымского Издательского Дома (2017), член союза писателей Беларуси (2024).

За вековой период деятельности коллективом кафедры сделано немало, но сейчас перед ним стоят новые задачи, реализация которых направлена на повышение качества подготовки специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения, деятельность которых обеспечит достижение стратегических целей по охране здоровья и качества жизни населения страны.

Литература

1. Белорусский государственный медицинский университет-100 лет: научно-популярное издание // Рубникович С.,П., Мороз И.Н., Шумин Н.С. и др. Изд-во «Форум», 2021. – 631с.
2. Беляцкий, Д. П.50 лет кафедре социальной гигиены Минского медицинского института //Здравоохранение Белоруссии. –1973.– №9 - С.59-62
3. Змачинская, Н. Ф. Заведующие кафедрами и профессора Минского медицинского института (1921-1996): биог. справ. / Н. Ф. Змачинская, М. В. Мальковец, А.Н. Пересада. – Минск : МГМИ, 1999. – 430 с.
4. Зубрицкий М.К Основные направления совершенствования преподавания общественного здоровья и здравоохранения в медицинских ВУУ Республики Беларусь /М.К.Зубрицкий// Проблемы общественного здоровья и здравоохранения Республики Беларусь: материалы Респ. науч-практ. конф., посв. 80-летию каф.общественного здоровья и здравоохранения БГМУ. – Мн.: БГМУ, 2005. – С. .11-14.
5. Ишутин О.С., Богдан В.Г. Военно-медицинское образование в Республике Беларусь. История и современность. В двух томах. Том 1. «История создания и деятельности военной кафедры Белорусского, Минского государственного медицинского института 1930-1995 гг.» / О.С.Ишутин, В.Г.Богдан. – Минск. Колорград, 2017. 338 с.
6. Кульпанович, О. А. История медицины Беларуси в биографиях ее врачей. XVII - 1 пол. XX вв.: биобиблиографический справочник. - Минск: Медисонт, 2011.- 462с.
7. Полунина Н.В. Кафедре общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова — 90 лет // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kafedre-obschestvennogo-zdorovya-i-zdravoohraneniya-ekonomiki-zdravoohraneniya-rossiyskogo-natsionalnogo-issledovatel'skogo> (дата обращения: 23.05.2024).
8. Пилипцевич Н.Н., Зубрицкий М.К. Кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения Минского медицинского института -75 лет //Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 1999.- № 3. - С.4-8.
9. Пилипцевич Н.Н. Восемьдесят лет кафедре общественного здоровья и здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета/Н.Н.Пилипцевич// Проблемы общественного здоровья и здравоохранения Республики Беларусь: материалы Респ. науч-практ. конф., посв. 80-летию каф.общественного здоровья и здравоохранения БГМУ. – Мн.: БГМУ, 2005. – С. .7-11.
10. Пилипцевич Н.Н.,Павлович Т.П. Сто лет первой в Беларуси кафедре общественного здоровья и здравоохранения // Медицинский журнал. -2024.- № 2 - С.155-159.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ И НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Н.Ю. Андреев, А.А. Винский

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

PUBLIC HEALTH: NEW CHALLENGES AND NEW OPPORTUNITIES

N.Yu. Andreev, A.A. Vinsky

Military Medical Academy, Saint-Petersburg, Russia

Резюме. Публикация посвящена анализу новых вызовов и возможностей в сфере общественного здоровья, обусловленных глобализацией и быстрым развитием технологий. Особое внимание уделяется необходимости мультидисциплинарного подхода и интеграции усилий различных отраслей для создания устойчивой и адаптивной системы здравоохранения, способной справиться с текущими и будущими вызовами.

Ключевые слова: Здоровый образ жизни (ЗОЖ), здравоохранение, общественное здоровье, профилактика, факторы риска (ФР).

Resume. This publication is devoted to the analysis of new challenges and opportunities in the field of public health, driven by globalization and rapid technological development.. Special attention is given to the need for a multidisciplinary approach and the integration of efforts across various sectors to create a resilient and adaptive healthcare system capable of addressing current and future challenges.

Keywords: Healthy lifestyle, healthcare, public health, prevention, risk factors.

Актуальность. В современном мире общественное здоровье сталкивается с рядом небывалых вызовов, спровоцированных как глобализацией, так и ускоренным развитием технологий. От изменений климата и глобальных эпидемий до биотехнологических инноваций и информационного взрыва – эти факторы требуют пересмотра подходов к здравоохранению и пропаганде ЗОЖ. Параллельно с этими вызовами, современные технологии и новые методологии научных исследований открывают перед специалистами в области общественного здоровья беспрецедентные возможности для совершенствования медицинских услуг, повышения эффективности профилактических мер и оптимизации ресурсов. Эта публикация направлена на анализ текущих и возникающих вызовов в сфере общественного здоровья, а также изучение новых возможностей, которые могут радикально изменить понимание и практику в этой области. Ведь только комплексный подход и мультидисциплинарное взаимодействие могут способствовать созданию устойчивой системы здравоохранения, способной адаптироваться и эффективно реагировать на постоянно меняющиеся условия нашей жизни.

Материалы и методы. При проведении исследования использовались научные публикации в материалах открытой печати, подобранные в соответствии с целью исследования, которые содержатся в отечественных и зарубежных базах данных е-

library, PubMed. Применялись методы контент-анализа, синтеза, метод исторического сопоставления, библиографический метод исследования.

Цели и задачи. Целями данной работы является анализ современных вызовов в области общественного здоровья, оценка эффективности существующих стратегий общественного здоровья в контексте предотвращения преждевременной смертности и улучшения качества жизни населения, исследование потенциала и перспектив развития национальных систем здравоохранения для адаптации к новым угрозам и обеспечения устойчивости общественного здоровья.

К задачам относится изучение и анализ новых угроз для общественного здоровья, включая рост распространенности хронических неинфекционных заболеваний (НИЗ) и проблемы, связанные с глобальными эпидемиями, оценка влияния медицинских, социальных и технологических инноваций на эффективность систем здравоохранения в борьбе с современными вызовами.

Результаты и обсуждение. Отмечаемые в последние десятилетия снижение преждевременной смертности и рост продолжительности жизни связаны, прежде всего, с успешной реализацией программ общественного здоровья. Согласно экспертным оценкам, по меньшей мере 2/3 от срока, на который увеличилась средняя продолжительность жизни в XX веке, обусловлено успешной реализацией программ общественного здоровья, среди которых обеспечение безопасности дорожного движения и труда, борьба с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, сокращение потребления алкоголя и табака, а также снижение потребления соли и сахара [1]. Сегодня в борьбе с неинфекционными заболеваниями можно выделить два принципиальных направления. Первое – это формирование ЗОЖ населения [2]. Второе – адекватный ответ системы здравоохранения в плане своевременного выявления ФР и развивающихся неинфекционных заболеваний, взятие под контроль течения этих болезней с помощью эффективных лекарств и технологий [3].

Эффективная работа по формированию ЗОЖ предполагает направление усилий на борьбу с основными ФР НИЗ, среди которых лидирующее место занимают потребление табака, алкоголя, неправильное питание.

По оценкам экспертов, курение табака связано примерно с 20% всей смертности у взрослых в мире. В глобальном измерении отказ от курения прибавил бы около 2,5 лет к ожидаемой продолжительности жизни, а в некоторых странах - до 5 лет [4].

По данным ВОЗ, потребление алкоголя ассоциировано примерно с 6% всей смертности в мире и около 5% всего бремени болезней. Для сосудистых катастроф этот процент еще выше – до 25%.

Если говорить о здоровом питании, то одно лишь сокращение количества потребляемой соли до рекомендованных 5 г/сутки позволило бы в глобальном изменении сохранять около 2,5 млн. жизней ежегодно.

Основой действий по борьбе с НИЗ в России является Государственная программа развития здравоохранения, которая стартовала в 2011 году. Аналогичные программы созданы и работают во всех регионах страны. В Российской Федерации в течение последних десяти лет продолжительность жизни увеличилась более чем на пять лет. Общая смертность при этом снизилась на 13,5%, инвалидность – в 2,5 раза [5]. За 10 лет в нашей стране смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снизилась на

27%, за последние 5 лет - на 16%, инвалидность от сердечно-сосудистых заболеваний уменьшилась в 4 раза. Российская Федерация выполнила 4ю и 5ю цели развития тысячелетия, достигнув исторического минимума по показателям младенческой смертности: показатель по стране в среднем составляет 6,3 промилле, но хотелось бы отметить, что в половине регионов страны он составляет от 3 до 4,5 промилле.

Наряду с формированием ЗОЖ в России действует широкомасштабная программа диспансеризации, которую уже прошли более 117 млн. человек [6].

Также в России создана национальная система здравоохранения без различий для медицинских организаций разных форм собственности. И уже сейчас 22% медицинских организаций работающих в рамках программы государственных гарантий – это частные медицинские организации.

В связи с этим страна приняла на себя ответственность по выдвигению проблематики общественного здоровья в контексте профилактики НИЗ в число ключевых международных вопросов, рассматриваемых сегодня не только в ВОЗ, но и в ООН [7].

Выводы. Адаптация к новым угрозам здоровью: Анализ современных вызовов в области общественного здоровья показывает, что глобализация, демографические сдвиги и увеличение хронических НИЗ требуют адаптивных изменений в национальных системах здравоохранения. Эффективное противодействие этим угрозам возможно через интеграцию новейших технологий и методик в практику общественного здоровья.

Усиление профилактики: существующие стратегии в сфере общественного здоровья значительно способствуют снижению преждевременной смертности и улучшению качества жизни. Однако для достижения более значительных результатов необходимо усилить профилактические меры, включая образовательные программы и кампании по формированию ЗОЖ населения.

Развитие международного сотрудничества: Сравнение национальных и международных практик выявило значительные различия в подходах к общественному здоровью. Важным аспектом укрепления систем здравоохранения является расширение международного сотрудничества, что способствует более эффективному обмену опытом, ресурсами и технологиями для борьбы с глобальными угрозами здоровью.

Необходимость государственной поддержки: Государственная поддержка остаётся ключевым фактором в обеспечении доступа к качественным медицинским услугам и укреплении общественного здоровья. Необходимы устойчивость финансирования здравоохранения и рост инвестиций в профилактические программы.

Литература

1. Красильников И. А. и др. Общественное здоровье и здравоохранение. – 2000.
2. Гостева С. Р., Гришина Т. С. Формирование здорового образа жизни //Актуальные проблемы и перспективы развития транспорта, промышленности и экономики России (Транс-ПромЭк 2020). – 2020. – №. 4. – С. 12-15.
3. Бойцов С. А., Деев А. Д., Шальнова С. А. Смертность и факторы риска неинфекционных заболеваний в России: особенности, динамика, прогноз //Терапевтический архив. – 2017. – Т. 89. – №. 1. – С. 5-13.
4. Кузнецова П. О. Курение как фактор сокращения ожидаемой продолжительности жизни в России //Демографическое обозрение. – 2019. – Т. 6. – №. 3. – С. 31-57.

5. Вишнеvский А., Андреев Е., Тимони С. Смертность от болезней системы кровообращения и продолжительность жизни в России // Демографическое обозрение. – 2016. – Т. 3. – №. 1. – С. 6-34.
6. Туйчибаева Д. М., Ризаев Ж. А., Янгиева Н. Р. Совершенствования системы диспансеризации пациентов с первичной глаукомой путём внедрения электронной программы // Медицина и инновации. – 2021. – №. 3. – С. 11-19.
7. Грот А. В., Сажина С. В., Шишкин С. В. Обращаемость за медицинской помощью в государственный и частный секторы здравоохранения (по данным социологических исследований) // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. – Т. 63. – №. 5. – С. 1.

УДК 614.2

СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ И РАБОТОСПОСОБНОСТИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Т. В. Баранова, А. К. Кцоев

ГБУ Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента

Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва, Россия

MAINTAINING THE HEALTH AND WORKING CAPACITY OF ELDERLY PEOPLE

T. V. Baranova, A. K. Ktsoev

*SBI Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical
Management*

Department of Healthcare of the City of Moscow, Moscow, Russia

Резюме. В ходе исследования были проанализированы базы научной литературы и даны ответы на вопросы о причинах существующих проблем людей пожилого возраста. Учтены медицинские и социальные компоненты жизни пожилого человека, приведены исследования о возможных методах поддержки лиц старше 65 лет.

Ключевые слова: пожилые люди, сохранение здоровья, работоспособность, реабилитация.

Resume. The research analysed scientific literature bases and answered questions about the causes of existing problems of elderly people. Medical and social components of the life of an elderly person are taken into account, and research on possible methods of support for persons over 65 years of age is presented.

Keywords: aged people, health maintenance, performance, rehabilitation.

Актуальность. Проблема сохранения здоровья и трудоспособности у пожилых людей занимает важное место в рейтинге социальных проблем. Общественное мнение и недостаточное медицинское обслуживание негативно влияет на трудоспособность и психологическое состояние. Требуется рассмотрение научных трудов для понимания проблемы и разработки методов поддержки пожилых людей.

Цель: Обзор научных материалов по социальной поддержке лиц пожилого возраста для сохранения здоровья и работоспособности.

Материалы и методы. Данная статья является обзорной. В исследовании были использованы базы Киберленинка, Google Scholar и PubMed. Из большого количества работ было выбрано 8 статей российских и зарубежных авторов. Все работы, использованные при написании данной статьи, отвечают стандартам научного исследования.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследований Л.Б. Лазебника, Ю.В. Конева и Л.И. Ефремова из Московского государственного медико-стоматологического университета, психофизиологическое состояние лиц пожилого возраста напрямую зависит от их возможности продолжать активную социальную и профессиональную жизнь. Разумеется, для этого следует создавать специальные условия. Чаще всего, проработав много лет на одном месте, люди пожилого возраста не хотят ничего менять и предпочитают оставаться на той работе, к которой они привыкли. Тем не менее, очевидно, что есть случаи, когда сохранение привычной должности и обязанностей не согласуются с состоянием здоровья работника. В этих случаях необходима комплексная профессиональная реабилитация, которая предполагает трудоустройство лица с пониженной работоспособностью, его переобучение и создание условий, в которых человек сможет оказывать обществу посильную помощь [3].

Главная задача в работе с пожилыми людьми – вовлечение их в активную деятельность, несущую пользу для окружающих. Тем не менее, большой процент людей старше 65 лет такой возможности не имеют. По современным статистическим данным, 33% людей после 65 – неработоспособны, в интервале между 75 и 79 неработоспособных уже 47%. Среди тех, кому 80 лет и более, 65% не в состоянии продолжать профессиональную деятельность. Стоит отметить, что такое положение дел не всегда связано исключительно с ухудшением здоровья. Зачастую влияет уверенность населения в том, что пожилой человек не может оказать помощь, а сам нуждается в ней. Тем не менее, как писали В.В. Фролькис и А.И. Иванов, к пожилому возрасту, несмотря на снижение некоторых психических и физических показателей, человек приобретает повышенную адаптивность, которая помогает сохранить фактическую трудоспособность [1].

С возрастом, как отмечает А.А. Смолькин, человеческие возможности начинают измеряться состоянием здоровья. Стремления и желания исходят не от наличия свободного времени, а от необходимой медицинской помощи и социальной поддержки [4].

К.А. Галкин в своём исследовании выделил две глобальные стратегии сохранения здоровья пожилых граждан: стратегию самопомощи и стратегию получения помощи. Первая, как понятно из названия, заключается в самостоятельной заботе пожилого человека о своём здоровье. Как правило, в данном случае люди не считают себя нетрудоспособными и несамостоятельными, заботятся о себе сами и стоят на той же ступени социальной лестницы, что и молодые. Часто такая стратегия предполагает обращение за платной медицинской помощью. Стратегия получения помощи основана на взаимоотношениях опекуна и опекаемого. В большинстве случаев представители этой стратегии, как показывают исследования, чаще ставят под сомнение качество оказываемой им медицинской помощи. В основном это городские жители, для

которых финансовый показатель был не самым критичным в выборе способов лечения.

Прибегают к стратегии самопомощи в основном сельские жители с низким материальным положением. Зачастую им сложно получить надлежащую врачебную поддержку из-за отдаления от города и отсутствия многопрофильных медицинских учреждений [2].

На успешность старения не влияют перманентные факторы, такие как генетическая составляющая. Существенное влияние оказывают уровень физической активности, социальные взаимодействия и отношение к пожилым людям со стороны общества. Психологи считают, что нестандартные глобальные события, крупные негативные изменения, происходящие в подростковом и даже детском возрасте, могут повлиять на адаптацию у пожилых людей, особенно в период сенисценции. Между тем события, приносящие удовлетворение, яркие положительные эмоции, служат хорошей поддержкой и влияют на сохранение удовлетворительного психофизиологического состояния. Пожилым людям важно понимать, что они все еще могут учиться и быть активными. В успешном старении часть благополучия пожилого человека зависит от него самого. Сюда относятся вопросы ухода за собой, образование, повышение осведомленности о новостях в стране и мире. Важно также понимать, как на пожилых людей влияет мнение общества о старении и негативное мышление, направленное на старость как биологическое и социальное явление [5].

В России также было проведено исследование, в ходе которого специалисты опрашивали медиков, социальных работников и их подопечных. Медицинские услуги на дому предоставлялись Центром соц. обеспечения. По состоянию на 2020 год в общей сложности 6297 человек получали услуги по уходу на дому. Общее число сотрудников Центра, непосредственно занятых уходом на дому за пожилыми людьми, составило 654 человека. Количество услуг, предоставляемых на дому на одного человека, увеличилось с 345 в 2011 году до 467 в 2020 году (рост на 35 %). Медицинские и социальные услуги часто оказывались людям пожилого и старческого возраста без учета возраста, сопутствующих заболеваний и способности к самообслуживанию. Отбор опекаемых обычно осуществлялся без участия врача, а у 33,7 % респондентов показания к амбулаторному лечению не пересматривались в течение 5 и более лет. Кроме того, более чем у 20 % пациентов были сохранены подвижность и способность к самообслуживанию. Низкое качество медицинского и социального обслуживания объяснялось следующим: недостаточная плотность населения (46,4 %), большие очереди в поликлиниках на прием к врачу первичного звена и другим специалистам (86,3 %), нерациональное использование рабочего времени социальных работников (76,7 %) и отсутствие дифференцированных стандартов социального обслуживания (72,4 %). Типичный портрет социального работника был описан следующим образом: женщина в возрасте 40-59 лет (81,1 %), получившая высшее образование, имеющая стаж работы в системе более 5 лет и прошедшая специальную подготовку по социальной работе (62 %). Для 98 % социальных работников работа в Центре была основной (без совмещения). Социальные работники были высокомотивированными. В общей сложности 95,4 % из них считают свою работу важной для социальной среды, и более половины (54,6 %) респондентов полностью удовлетворены ею. Большинство

(53,4 %) социальных работников отдавали предпочтение жизненному опыту, состраданию и личным качествам перед профессиональными знаниями, и такая философия влияла на результаты их работы. Соответственно, 57 % респондентов указали на недостаток правовых, социальных и психологических знаний [6].

Интересные идеи были предложены коллегами из Австралии и Канады, которые заинтересованы в создании групп участковых медицинских работников. Такие группы могут заниматься исключительно оказанием медицинской помощи пожилым людям на дому. Особенно полезно это нововведение было бы в регионах, где не многие люди преклонного возраста могут самостоятельно добраться до медицинских учреждений [8].

Похожую идею выдвинули и специалисты из Бразилии, где выявили нехватку специалистов для заботы о пожилых людях и недостаточное количество учебных материалов по геронтологии и гериатрии. Была предложена мысль о возложении ответственности за подготовку профильных кадров на факультеты непрерывного образования ВУЗов. Также авторы считают разумным создание иерархической структуры, направленной исключительно на поддержку лиц пожилого возраста- как в рамках системы здравоохранения, так и в рамках профессионально-трудовой сферы [7].

Выводы:

1. Современное общество нуждается в переориентации взглядов в отношении старения и пожилых людей;
2. Существует потребность в профессиональной реабилитации лиц старше 65 лет, которые испытывают трудности на рабочем месте;
3. Необходима разработка стратегии по созданию структур, ведущих работу по поддержанию здоровья пожилых людей- как в городах, так и в регионах;
4. Требуется усилить подготовку социальных работников, улучшить качество их образования в ССУЗах и ВУЗах.

Литература

1. Вартанова М.Л. Факторы, способствующие сохранению трудовой деятельности в пожилом возрасте // Деловой вестник предпринимателя. 2020. №2 (2).
2. Галкин К. А. Стратегии сохранения индивидуального здоровья пожилых людей: городской и сельский контексты // Социологическая наука и социальная практика. 2023. Т. 11, № 1. С. 157–172.
3. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В., Ефремов Л.И. Потребность общества в использовании трудовых ресурсов пожилых // Клиническая геронтология. 2010. №1-2.
4. Смолькин А. А. Медицинский дискурс в конструировании образа старости // Журнал социологии и социальной антропологии. 2007. Т. 10, № 2. С. 134–141.
5. Estebansari, Fatemeh et al. "The Concept of Successful Aging: A Review Article." *Current aging science* vol. 13,1 (2020): 4-10.
6. Kasimovskaya, Nataliya et al. "Development of healthcare and social care services for the elderly population." *Journal of comparative effectiveness research* vol. 11,17 (2022).
7. Motta, Luciana Branco da et al. "Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros" [The Family Health Strategy and healthcare for the elderly: experiences in three Brazilian cities]. *Cadernos de saude publica* vol. 27,4 (2011): 779-86.
8. van Vuuren, Julia et al. "Reshaping healthcare delivery for elderly patients: the role of community paramedicine; a systematic review." *BMC health services research* vol. 21,1 29. 6 Jan. 2021.
- 9.

МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С БЕСПЛОДИЕМ У ЖЕНЩИН

¹ С.Л.Бойко, ² К.В.Карпинский, ¹А.В. Салмина

¹ Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г.Гродно, Республика Беларусь

² Учреждение образования «Гродненский государственный университет им. Я.Купалы», г.Гродно, Республика Беларусь

A METHOD OF MEDICAL PREVENTION OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS ASSOCIATED WITH INFERTILITY IN WOMEN

¹ S.L.Boyko, ² K.V.Karpinsky, ¹A.V. Salmina

¹ Educational institution «Grodno State Medical University», Grodno, Republic of Belarus

² Educational institution «Grodno State University named by Ya.Kupala», Grodno, Republic of Belarus

Резюме. В тексте представлен алгоритм использования нового метода медицинской профилактики психических и поведенческих расстройств, связанных с бесплодием у женщин, разработанного в учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет». Авторами разработки определены три ведущих типа реагирования и совладания с ситуацией бесплодия: ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия, кризис смысла жизни и аккомодативная стратегия преодоления бесплодия.

Ключевые слова: медицинская профилактика, стратегии совладания, бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии.

Resume. The text presents an algorithm for using a new method of medical prevention of mental and behavioral disorders associated with infertility in women, developed at the educational institution Grodno State Medical University. The authors of the development identified three leading types of response and coping with the infertility situation: an assimilative strategy for overcoming infertility, a crisis of the meaning of life and an accommodative strategy for overcoming infertility.

Keywords: medical prevention, coping strategies, infertility, assisted reproductive technologies.

Актуальность. В Республике Беларусь за 2021 г. рождаемость снизилась на 5,5%, что на 1,4% больше, чем в 2020 году [1]. По данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь около 14,5% супружеских пар в нашей стране неспособны к зачатию [2]. На 100 тыс. населения приходится 750-780 случаев женского и 100-200 мужского бесплодия. Суммарный коэффициент рождаемости уменьшился с 1,73 в 2016 до 1,38 в 2019 г. [3]. Актуальность исследования обусловлена отсутствием в Республике Беларусь методов оценки реакции бесплодного взрослого на ситуацию бесплодия или иных методов, адаптированных для этой категории пациентов, так в приказе Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.06.2018 № 662 «Об утверждении примерного перечня методов и методик оказания психологической помощи, рекомендуемых к применению в государственных организациях

здравоохранения», отсутствуют методы оценки индивидуальной выраженности стратегий преодоления ситуации бесплодия у женщин. Большое количество бездетных пар необходимо рассматривать как «резерв рождения желанных детей» и возможность «увеличения репродуктивного потенциала населения» [4]. Неспособность к зачатию ребенка является биологической, психологической и социальной проблемой. В свою очередь, лечение бесплодия — это комплексный и длительный процесс, в ходе которого семейная пара испытывает стресс. По мнению многих авторов, важную роль в преодолении последствий хронического стрессового расстройства играет социальная поддержка данной группы пациентов [5]. Разработка метода медицинской профилактики психических и поведенческих расстройств, связанных с бесплодием у женщин, связана с решением двух задач, имеющих научную новизну, теоретическую и практическую значимость в контексте оказания социально-психологической поддержки инфертильных пар. Во-первых, теоретически обоснована оригинальная модель совладания с бесплодием как трудной жизненной ситуацией; во-вторых, предложена новая методика «Шкала совладания с бесплодием».

В соответствии с абзацем 14 статьи 1 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»: «медицинская профилактика – комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение и укрепление здоровья пациента, формирование здорового образа жизни, снижение вероятности возникновения и распространения заболеваний и патологических состояний, их раннее выявление, установление причин и условий их возникновения и развития, а также на предотвращение неблагоприятного воздействия на здоровье человека факторов среды его обитания». Предлагаемый метод является методом медицинской профилактики и разработан для применения в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь и позволяет на основе полученных данных, осуществлять диагностику социальных и психологических факторов, которые необходимо учитывать при планировании лечения бесплодия.

Цель исследования: разработка и обоснование метода медицинской профилактики психических и поведенческих расстройств, связанных с бесплодием у женщин.

Материалы и методы. Проведено когортное исследование с формированием выборки методом «случай – контроль». Исследование проводилось на базе женской консультации №2 ГУЗ «Гродненская центральная городская поликлиника». Среди респондентов – 110 человек в возрасте от 18 до 35 лет (ранний репродуктивный период), 55 человек в возрасте от 35 до 49 лет (поздний репродуктивный период); 144 человека состояли в официальном браке. Высшее образование имели 112 респондентов, 44 респондента было со средним специальным и 9 с общим средним образованием. У 108 человек не было детей, 57 респондентов имели детей. У большей части опрошенных (122 человека) не было опыта использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), 43 респондента уже ранее прибегали к использованию репродуктивных технологий.

В результате апробации разных методов эксплораторного факторного анализа и способов вращения факторных нагрузок оптимальным было признано трехфакторное решение, полученное методом главных компонент в комбинации с косоугольной ротацией Promax.

Разработка предназначена для врачей-психотерапевтов, психологов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую и психологическую помощь женщинам с бесплодием в стационарных и (или) амбулаторных условиях, и (или) в условиях отделения дневного пребывания. Показания к применению: женское бесплодие (N97); факторы риска развития у женщин, страдающих бесплодием, психических и поведенческих расстройств: тревога, страх перед отрицательным результатом лечения бесплодия, пониженный фон настроения, плаксивость, раздражительность, тоска, самообвинение за невозможность стать матерью, конверсионные нарушения, проблемы межличностного взаимодействия с супругом, родительскими семьями, сексуальная дисгармония.

Результаты и обсуждение. Для определения маршрута пациента используется авторская «Шкала совладания с бесплодием». После получения общей оценки в баллах по каждой из субшкал следует приступить к определению уровня выраженности ассимилятивной стратегии совладания с бесплодием, кризиса смысла жизни и аккомодативной стратегии совладания с бесплодием и их интерпретации, руководствуясь нормами. В зависимости от доминирующей стратегии преодоления ситуации бесплодия у женщин и степени ее выраженности врач-специалист или психолог организации здравоохранения определяют необходимость и объем оказания психологической и психотерапевтической помощи.

Оценки субшкалы «Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия» в пределах от минус 3,00 до минус 2,22 или субшкалы «Аккомодативная стратегия преодоления бесплодия» минус 2,44 интерпретируются как мишень для когнитивно-поведенческой терапии и обязательная часть лечебных психотерапевтических мероприятий. Оценки субшкалы «Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия» в пределах от минус 0,82 до 0,62, или субшкалы «Кризис смысла жизни» в пределах от минус 0,74 до 0,82, а также субшкалы «Аккомодативная стратегия преодоления бесплодия» в пределах от минус 0,95 до 0,79 свидетельствуют о необходимости только психологической поддержки женщине в ситуации бесплодия. Оценки субшкалы «Кризис смысла жизни» в пределах от 2,0 до 2,66 или субшкалы «Аккомодативный копинг» от 2,14 до 2,57 соответствуют высокому уровню выраженности стратегии совладания с бесплодием, женщина нуждается в индивидуальной работе с психотерапевтом.

Субшкала «Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия» оценивает индивидуальную выраженность (склонность к выбору) стратегии совладания с бесплодием, которая выражается в активных, настойчивых, повторяющихся действиях поискового и практического характера, направленных на реализацию репродуктивных намерений, а также во внутренних усилиях, направленных на сохранение позитивного личностного (терминального и инструментального) смысла ребенка. Этот тип совладания помогает людям преследовать личные цели зачатия, вынашивания и рождения ребенка, несмотря на ограничения и препятствия – бесплодие.

Оценки субшкалы «Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия» в пределах -3,00 – -2,22 соответствуют низкому уровню выраженности стратегии совладания с бесплодием и характеризуют пациента как практически не использующую установленную данной шкалой стратегию. Выявление данного уровня интерпретируется

как возможная мишень для когнитивно-поведенческой терапии и обязательная часть лечебных психотерапевтических мероприятий.

Оценки субшкалы «Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия» в пределах $-0,82-0,62$ соответствуют среднему уровню использования выраженности стратегии совладания с бесплодием. Выявление данного уровня интерпретируется как возможная мишень для психопрофилактической терапии бесплодной пары для оказания психологической поддержки.

Оценка субшкалы «Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия» $2,28$ соответствуют высокому уровню использования выраженности стратегии совладания с бесплодием. Для практики доминирование ассимилятивного копинга будет означать необходимость работы с мотивацией пациента реализовывать репродуктивные намерения, в том числе за счет ВРТ.

Субшкала «Кризис смысла жизни» измеряет индивидуальную выраженность кризисного состояния, которое спровоцировано неспособностью рождения ребенка и протекает по механизму кризиса нереализованности (кризиса неоптимального смысла жизни). Важно учитывать, что функционально неоптимальный смысл жизни отягощает развитие личности специфическими противоречиями и обладает высокой кризисогенностью. Неоптимальный смысл жизни отягощает процесс развития личности сложными, драматическими противоречиями, которые не стимулируют и не ускоряют, а наоборот, ингибируют и замедляют его. Такие противоречия, не находят адекватного и своевременного разрешения, дестабилизируют индивидуальное развитие и выливаются в специфические личностные кризисы – кризисы неоптимального смысла жизни.

Оценка субшкалы «Кризис смысла жизни» $-2,24$ соответствует низкому уровню выраженности стратегии совладания с бесплодием и характеризует пациента как практически не использующую установленную данной шкалой стратегию. Выявление данного уровня интерпретируется как возможная мишень для когнитивно-поведенческой терапии и обязательная часть лечебных психотерапевтических мероприятий.

Оценки субшкалы «Кризис смысла жизни» в пределах $-0,74 - 0,82$ соответствуют среднему уровню использования выраженности стратегии совладания с бесплодием. Выявление данного уровня интерпретируется как возможная мишень когнитивно-поведенческой терапии бесплодной пары для оказания психологической поддержки.

Оценка субшкалы «Кризис смысла жизни» в пределах $2,0 - 2,66$ соответствуют высокому уровню использования выраженности стратегии совладания с бесплодием. Для практики доминирование кризиса будет означать необходимость индивидуальной психотерапевтической работы с женщиной.

Субшкала «Аккомодативная стратегия преодоления бесплодия» измеряет индивидуальную выраженность (склонность к выбору) стратегии совладания с бесплодием, которая выражается в переосмыслении ребенка (как правило, его обесценивании) и переориентации жизнедеятельности на более доступные ценности. Важно, что при доминирующей аккомодативной стратегии преодоления бесплодия женщина будет пересматривать свои цели и скорректирует цель вынашивания и рождения

ребенка за счет трансформации личной идентичности или за счет придания ситуации нового значения.

Оценка субшкалы «Аккомодативная стратегия преодоления бесплодия» –2,44 соответствует низкому уровню выраженности стратегии совладания с бесплодием и характеризует женщину как практически не использующую установленную данной шкалой стратегию. Выявление данного уровня интерпретируется как возможная мишень для когнитивно-поведенческой терапии и обязательная часть лечебных мероприятий.

Оценки субшкалы «Аккомодативная стратегия преодоления бесплодия» в пределах -0,95 – 0,79 соответствуют среднему уровню использования выраженности стратегии совладания с бесплодием. Выявление данного уровня интерпретируется как возможная мишень для психопрофилактической терапии бесплодной пары для оказания психологической поддержки.

Оценка субшкалы «Аккомодативный копинг» 2,14 – 2,57 соответствуют высокому уровню использования выраженности стратегии совладания с бесплодием. Для практики доминирование аккомодативного копинга будет означать необходимость работы с обесцениванием ребенка пациентом в пользу иных целей, для формирования установки на реализацию репродуктивных намерений, в том числе за счет ВРТ.

Заключение. Метод медицинской профилактики психических и поведенческих расстройств, связанных с бесплодием у женщин, может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на оказание психологической и психотерапевтической помощи женщинам с бесплодием.

Литература

1. Statistical Yearbook of the Republic of Belarus, 2021.
2. Ministry of Health: a lot of work is being done to improve the reproductive health of Belarusians. Available at : <https://www.belta.by> (accessed at 15.06.22).
3. Statistical Yearbook of the Republic of Belarus, 2020.
4. Rusanova N. Assisted reproductive technologies in Russia: history, problems, demographic prospects. Journal of Social Policy Research. 2013;11(1):69-86. (in Russian)
5. Jarzabek-Bielecka G., Radomski D., Nowaczyk A., Sowinska-Przepiera E., Warchol-Biedermann K., Paluszkiwicz A. Analysis of prolactin concentrations in girls without signs of endocrinopathy with menstrual disorders and stress in the interview. Gynecol. Prakt. 2010;18 (1):46-53.

УДК 614.2-057.875:316.6

ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Н.В. Гапанович-Кайдалов

*Гомельский государственный медицинский университет,
г. Гомель, Республика Беларусь*

HEALTH ATTITUDE AND PEOPLE'S QUALITY OF LIFE

N. V. Gapanovich-Kaidalov

Gomel State Medical University, Gomel, Republic of Belarus

Резюме: в ходе исследования определены теоретические основы формирования представлений населения о здоровье и здоровом образе жизни; выявлены преобладающие шаблонные представления о здоровье («спорт – это здоровье» и др.) и недостаточное понимание взаимосвязи приверженности здоровому образу жизни и качества жизни населения.

Ключевые слова: здоровье, отношение к здоровью, здоровый образ жизни, приверженность здоровому образу жизни, качество жизни.

Resume: The conducted research made it possible to determine the theoretical foundations for the formation of ideas about health and a healthy lifestyle among the population. The study revealed the prevailing stereotypical ideas about health ("sport is health", etc.) and a lack of understanding of the relationship between commitment to a healthy lifestyle and the quality of life of the population.

Key words: health, attitude to health, healthy lifestyle, healthy lifestyle commitment, quality of life.

Актуальность. Качество жизни населения можно рассматривать как степень развития и полноту удовлетворения физических и психологических потребностей людей, ключевой из которых является потребность быть здоровым как возможность получать удовлетворение от жизни, общения и профессиональной деятельности.

Несмотря на то, что здоровье и право на него представляется Всемирной организацией здравоохранения в качестве важнейшей ценности и приоритета, не существует единой точки зрения относительно определения самого понятия «здоровье». Кроме того, имеет место несоблюдение принципов здорового образа жизни и недостаточно ответственное отношение к здоровью не только у населения, но и у медицинских работников. В свою очередь это порождает целый ряд социальных, демографических, экологических, экономических и других актуальных проблем современности. Так, по данным С.В. Гурьева [1], здоровый образ жизни ведут не более 8% студентов.

Цель: выявить особенности отношения к здоровью населения как условие повышения качества жизни.

Материал и методы. Мы проанализировали результаты современных исследований по проблеме отношения к здоровью и приверженности здоровому образу жизни. В ходе эмпирического исследования для изучения отношения к здоровью, удовлетворённости своим состоянием здоровья, представлений о факторах, влияющих на здоровье в современных условиях, мы составили опросник на основе анкеты самооценки отношения к своему здоровью и основным факторам риска развития заболеваний, разработанной Центром здоровья ИвГМА [2].

Выборку исследования составили студенты медицинских университетов Республики Беларусь. Всего было опрошено 160 человек (114 девушек и 46 юношей). Средний возраст составил – 18,5 лет.

Результаты и их обсуждение. Теоретический анализ литературы показывает, что в настоящее время существуют различные подходы к определению понятия «здоровья».

Традиционно здоровье представляют как состояние полного физического, духовного и социального благополучия. Однако существуют различные подходы к определению понятия «здоровье».

Например, А.Г. Щедрина рассматривает здоровье как целостное многомерное динамическое состояние в конкретных социально-экономических условиях, позволяющее человеку осуществлять биологические и социальные функции [3].

Р.М. Баевский утверждает, что здоровье – это адаптивность организма, благодаря которой он получает возможность эффективно взаимодействовать с окружающей средой в биологическом, социальном, психологическом плане [4].

В литературе можно найти различные подходы к определению здоровья: совокупность функциональных возможностей организма, характер его адаптационных и компенсаторных реакций в экстремальных условиях (Н.М. Амосов, Н.Д. Граевская и др.); гармоническое взаимодействие и функционирование всех органов и систем человека (С.Я. Чикин); процесс развития и сохранения физиологических, биологических, психологических возможностей организма для поддержания высокой социальной активности и обеспечения максимальной продолжительности жизни (В.П. Казначеев); гармоничное единство биологических и социальных характеристик (Ю.П. Лисицын); возможности максимально реализовать заложенную генетическую программу (Э.Н. Вайнер) и др.

Р.И. Айзман при формулировке определения данного понятия ориентировался на физиологический (медико-биологический) подход. С его точки зрения здоровье является способностью организма сохранять свою психофизиологическую устойчивость при адаптации к различным нагрузкам и факторам окружающей среды [5].

Традиционно отношение к здоровью определяется как «система избирательных связей индивида с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или угрожающих здоровью людей, а также отражающих определенную оценку человеком своего физического и психического состояния» [6].

В нашем исследовании мы стремились проанализировать представления студентов медицинского университета о здоровье и здоровом образе жизни.

По мнению респондентов, здоровье и здоровый образ жизни предполагают занятия спортом (66,9%), здоровое питание (54,4%), благоприятную экологическую ситуацию, чистый воздух (46,9%). Значительно меньше студентов отметили важность для поддержания здоровья наличие хобби (20%), общение (11,3%), туризм (9,4%). В целом респонденты охарактеризовали здоровье с точки зрения физической активности и хорошего физиологического состояния организма. При этом, меньше акцентируют внимание на психологическом здоровье: «общение» (11,3%), «самореализация» (21,9%) и др.

Также мы сравнили ответы респондентов мужского и женского пола по таким компонентам здоровья, как «спорт», «красота», «счастье», «удовольствие», «чистый воздух» и «хобби». Представления девушек можно охарактеризовать как более сформированные и эмоционально окрашенные. У респондентов женского пола здоровье и здоровый образ жизни ассоциируются, прежде всего, со спортом, здоровым питанием и чистым воздухом. Оценки студенток были более эмоциональны, девушки чаще фокусировали внимание на счастье и красоте. Представления юношей о здоровье более

поверхностны, в их ответах гораздо чаще упоминались удовольствие и хобби. Респонденты обоих полов недооценивают психологический компонент здоровья (очевидно, в силу выбранных ими медицинских специальностей). Этим, на наш взгляд, объясняется редкость ответов «общение», «самореализация», «радость».

Выводы:

– традиционно здоровье ассоциируется с отсутствием заболеваний; функциональными возможностями организма, обеспечивающими адаптацию к неблагоприятным условиям;

– приверженность здоровому образу жизни представляет собой наличие набора конкретных личностных качеств, нравственную зрелость; преобладание положительных эмоций; внутреннее ощущение счастья и комфорта и др.;

– отношение к здоровью можно интерпретировать как определённый уровень осведомленности о состоянии своего организма, моральную и эмоциональную устойчивость, приверженности здоровому образу жизни;

– как правило здоровье и здоровый образ жизни ассоциируются со спортом, рациональным питанием, хорошей экологией; при этом недооцениваются психологическая сторона здоровья (общение, самоуважение, самоотношение и др.);

– многие респонденты высоко оценивают (7 из 10 баллов) своё состояние здоровья, свою компетентность в области здоровой жизни, а также приверженность здоровому образу жизни;

– склонность следить за своим здоровьем и вести здоровый образ жизни принявшие участие в исследовании связывают с состоянием своего здоровья и уровнем компетентности в вопросах сохранения и укрепления здоровья.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить преобладающие шаблонные представления о здоровье («спорт – это здоровье» и др.) и недостаточное понимание взаимосвязи отношения к здоровью, приверженности здоровому образу жизни и качества жизни населения.

Литература

1. Гурьев, С.В. Формирование культуры здорового образа жизни студенческой молодежи // Современные проблемы формирования здорового образа жизни у студенческой молодежи / С.В. Гурьев. – Минск: БГУ, 2018. – С.159-162.

2. Баклушина, Е.К. Организационные основы формирования здорового образа жизни учащихся медицинского вуза // Вестник Ивановской медицинской академии / Е.К. Баклушина, Д.В. Бурсикова. – 2010. – Т 15. – С. 5-7.

3. Щедрина, А.Г. Онтогенез и теория здоровья / А.Г. Щедрина. – Новосибирск: Наука, 1998. – С. 17.

4. Баевский, Р.М. Валеология и проблемы самоконтроля здоровья в экологии человека / Р.М. Баевский. – Магадан: РАН, 1996. – 55 с.

5. Айзман, Р.И. Здоровье населения России: медико-социальные и психолого-педагогические аспекты формирования / Р.И. Айзман. – Новосибирск, 1996. – 197 с.

6. Березовская, Р.А. Исследования отношения к здоровью: современное состояние проблемы в отечественной психологии // Вестник СПбГУ / Р.А. Березовская. – 2011. – № 1. – С. 221-226.

НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

В. В. Гацко¹, Т. И. Терехович², В. М. Писарик³, В. Н. Ростовцев³

¹*Учреждение здравоохранения «Бобруйская центральная больница», г. Бобруйск, Республика Беларусь*

²*Государственное учреждение «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения», ³Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», г. Минск, Республика Беларусь*

DIRECTIONS OF DEVELOPMENT OF THE HEALTHCARE SYSTEM IN THE REPUBLIC OF BELARUS

V. V. Gatsko¹, T. I. Terekhovich², V. M. Pisaryk³, V. N. Rostovtsev³

¹*Healthcare institution «Bobruisk Central Hospital», Bobruisk, Republic of Belarus*

²*Republican Center for Medical Rehabilitation and Balneotherapy,*

³*Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Management and Economics of Healthcare, Minsk, Republic of Belarus*

Резюме. В статье изложены направления развития системы здравоохранения: создание образовательных программ по предмету «Основы здоровья»; совершенствование законодательства по защите морально-нравственных ценностей; развитие индустрии оздоровления населения; развитие профилактической помощи на основе диагностики нозологических рисков; развитие ранней диагностики заболеваний.

Ключевые слова: система здравоохранения, общественное здоровье, развитие, Республика Беларусь.

Resume. The article substantiates the directions of development of the healthcare system: creation of educational programs on the subject of "Fundamentals of health"; improvement of legislation on the protection of moral values; development of the health improvement industry; development of preventive care based on the diagnosis of nosological risks; development of early diagnosis of diseases.

Keywords: healthcare system, public health, development, Republic of Belarus.

Актуальность. Один из фундаментальных биологических законов свидетельствует, что в меняющихся условиях окружающей среды популяция, не способная приспособиться, вымирает. В настоящее время непрерывно и стремительно меняется весь мир, предъявляя глобальные вызовы и угрозы всем его обитателям.

Экстраполируя биологический закон на социальную сферу, можно утверждать, что в текущих условиях постоянное развитие и адаптация системы здравоохранения Республики Беларусь является залогом выживания не только самой этой системы, но и населения, за здоровье которого она несет непосредственную ответственность.

Цель данной статьи – представить основные направления развития системы

здравоохранения в Республике Беларусь.

Материалы и методы. Базой для исследования послужила информация из открытых интернет-источников, нормативных правовых актов, а также совокупный накопленный многолетний практический опыт авторов, работающих в сфере организации здравоохранения и общественного здоровья.

Результаты и их обсуждение. Все причины заболеваемости и смертности населения можно условно разделить на несколько групп:

- неинфекционные заболевания;
- инфекционные заболевания;
- внешние причины (травмы, отравления и прочие);
- психические заболевания;
- генетические и врожденные заболевания.

Несмотря на видимое разнообразие этих групп, основные барьеры, препятствующие возникновению и развитию всех заболеваний, закладываются на ранних стадиях индивидуального развития и главенствующую роль в этом играет семейное окружение. С одной стороны, у здоровых родителей, как правило, рождаются здоровые дети, а с другой стороны, вредные привычки родителей часто передаются их детям. Табакокурение, чрезмерное потребление алкоголя, соли и сахара приводят к развитию неинфекционных заболеваний. Низкий иммунитет – одна из причин инфекционных заболеваний. Нездоровые отношения между родителями могут привести к развитию у детей психических заболеваний и девиантного поведения, которое, наряду с потреблением алкоголя, может способствовать внешним причинам инвалидности и смерти. Врожденные и генетические проблемы детей также непосредственно зависят от их родителей. Близкородственные браки опасны мутационным грузом, а дальнородственные (межрасовые и межэтнические) порождают сегрегационный генетический груз. Поэтому для достижения целей здравоохранения основной упор необходимо делать на первичную профилактику, и фокус должен быть направлен на семью как главную и самую важную ячейку общества.

Основные направления развития системы здравоохранения, по нашему мнению, должны быть следующие:

1. Создание образовательных программ по предмету «Основы здоровья» для среднего и высшего образования. В этом курсе должно рассматриваться взаимовлияние генетических, экологических, духовных и культурных факторов на здоровье человека, чтобы донести до слушателей понимание и осознание источников здоровья и болезней и повысить ответственность личности за свое здоровье и здоровье своих близких.

2. Развитие законодательства по защите морально-нравственных ценностей здоровья в сферах культуры и средствах массовой информации (СМИ). Все морально-нравственные ценности имеют под собой обоснованную медицинскую основу, например, супружеская верность защищает от венерических заболеваний, соблюдение заповедей «не убий», «не укради» от травм и других опасностей. В то же время кинематограф и интернет-ресурсы в открытую рекламируют разврат, пьянство, табакокурение, насилие и безнаказанность преступлений, демонстрируя поведение

главных героев, но при этом, по сюжету, вызывая сочувствие и симпатию со стороны зрителей. Зритель, особенно подросток, стремится подражать поведению «хорошего» персонажа и зачастую переходит границы норм морали и нравственности, что ставит под угрозу его собственное здоровье и здоровье окружающих.

3. Развитие индустрии оздоровления населения, включая детские оздоровительные лагеря, санатории, профилактории, фитнес-центры. Известная истина, что болезнь легче предупредить, чем лечить, утверждает главенствующую роль первичной профилактики и требует установки категорического приоритета данного направления развития системы здравоохранения.

4. Развитие диагностики нозологических рисков и оказание индивидуальной оздоровительно-профилактической медицинской помощи на этой основе. Концепция факторов риска применима в основном на популяционном уровне, но не всегда адекватна на индивидуальном. Все знают примеры людей, которые, условно говоря, всю жизнь потребляют алкогольную и табачную продукцию, ведя в целом не вполне здоровый образ жизни (ЗОЖ), однако «живут до ста лет», а иные последователи ЗОЖ болеют и умирают молодыми. Эта проблема решается методами, предназначенными для диагностики индивидуального риска. Развитие подобных технологий позволит решить многие задачи современной медицины, начиная с предупреждения осложнений после вакцинирования и заканчивая оценкой индивидуального риска развития любого заболевания у конкретного человека.

5. Развитие профилактической медицинской помощи населению, включая добрачное, прегравидарное и регулярное профилактическое консультирование (детское и взрослое) на основе диагностики генетических и нозологических рисков. Достижение целей первого представленного здесь направления (см. выше) позволит ликвидировать безграмотность населения в части знаний о здоровом организме и увеличить мотивированность на сохранение своего здоровья и передачу крепкого здоровья своим потомкам, что должно многократно увеличить спрос на консультирование, а развитие методов диагностики индивидуального риска, указанных в предыдущем пункте, и открытие достаточного количества консультационных пунктов, позволит удовлетворить этот спрос.

6. Развитие ранней диагностики распространенных заболеваний (включая латентные стадии) и диагностики предопухолевых (предраковых, потенциально злокачественных) заболеваний и состояний. Наряду с решением проблемы оценки индивидуального риска, немаловажным является решение проблемы ранней диагностики. Известная аксиома о том, что болезнь легче предупредить, чем потом ее лечить, также распространяется на стадии заболевания – чем раньше стадия, на которой заболевание выявлено, тем меньше усилий понадобится для исцеления и тем благоприятнее будет дальнейший прогноз.

7. Развитие технологий снижения преждевременной смертности. В настоящее время особенностью демографической ситуации в нашей стране является сокращение численности трудоспособного населения, что ведет к прогрессирующей трудовой недостаточности и является фактором снижения национальной безопасности. Более высокие показатели мужской смертности обусловлены биологическими и социальными причинами и являются результатом их комплексного воздействия.

Основными причинами смертности трудоспособного населения являются болезни системы кровообращения (БСК) 36,1%, новообразования 21,9% и внешние причины 22,7% (данные 2019 года). Кардиологической службой проводится комплекс мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, формированию потребности населения в ЗОЖ, проведению и контролю за диспансерным наблюдением пациентов с БСК, внедрению современных технологий диагностики, лечения, реабилитации пациентов с БСК, улучшению качества и доступности кардиологической помощи [1]. В частности, в структуре общей смертности в Могилевской области в 2019 году, как и все предыдущие годы, преобладали БСК (55,4%), новообразования (16,2%), внешние причины (7,5%). Ведущими причинами смертности лиц трудоспособного возраста являются болезни системы кровообращения (33,8%), на втором месте – внешние причины (26,8%), на третьем – новообразования (20,6%). Среди трудоспособного населения смертность от БСК в большей степени характерна для мужского населения – 78,4%.

8. Развитие индикаторных оценок деятельности организаций здравоохранения и службы в целом. Оценка деятельности представляет собой формальную процедуру сбора информации о выполнении поставленных задач для определения результативности или других аспектов работы, в том числе, посредством анкетирования и комплексной оценки взаимоотношений «врач – пациент». Работа по организации оценки качества медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях на основе индикаторов следует начинать с определения основных направлений деятельности, а также целей и задач, от которых напрямую зависит качество оказания медицинской помощи и медицинских услуг. Для повышения объективности оценки предлагается использовать различные источники информации для их формирования, дополняющие друг друга: нормативную и медицинскую документацию; знания и мнение персонала; письменные или устные опросы пациентов и членов их семей; прямое наблюдение за процессами оказания медицинской помощи и медицинскими услугами. Индикаторный анализ является основой для принятия управленческих решений, направленных на повышение качества медицинской помощи и на мотивационную основу поведения населения.

Заключение. Таким образом, отличительной чертой представленных в статье направлений развития системы здравоохранения является фокусировка внимания на семейные ценности и технологии индивидуальной профилактики на основе оценок нозологических рисков.

Литература

1. Программа достижения показателя. Цели устойчивого развития. 3.4.1. «Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (на 100 000 чел.)» / Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «КАРДИОЛОГИЯ» // [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.cardio.by/files/299/TSUR-programma-dlya-sayta.pdf>. – Дата доступа: 09.03.2022.

БОРЬБА С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В КРУПНОМ РЕГИОНЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Т.С. Дьяченко, В. Л. Аджиенко

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия

CONTROL OF CIRCULATORY DISEASES IN A LARGE REGION OF THE RUSSIAN FEDERATION

T. S. Dyachenko, V. L. Adzhienko

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Резюме. В статье описана актуальность медико-статистического анализа показателей заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (БСК) на примере данных Волгоградской области и сравнении их с показателями Российской Федерации с целью повышения доступности и качества медицинской помощи на региональном уровне.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, заболеваемость, смертность, медицинская помощь.

Resume. The article describes the relevance of medical and statistical analysis of morbidity and mortality from circulatory system diseases (CSD) on the example of the data of the Volgograd region and comparing them with the indicators of the Russian Federation in order to improve the availability and quality of medical care at the regional level.

Key words: circulatory system diseases, morbidity, mortality, medical care.

Актуальность. Болезни системы кровообращения (БСК) остаются одной из наиболее частых причин заболеваемости и смертности взрослого населения, являясь ведущими причинами смертей в большинстве развитых стран мира [4, 5]. В Российской Федерации тоже наблюдается подобная ситуация: в структуре смертности взрослого населения первое место занимают болезни системы кровообращения. Четыре из пяти летальных исходов происходят в результате инсульта и инфаркта миокарда. В России ежегодно от заболеваний системы кровообращения умирает 1,3 млн. человек. Несмотря на то, что происходит постепенное снижение, коэффициенты смертности от БСК в ряде ключевых возрастных групп (30–74 года у мужчин и 30–49 лет у женщин) остаются достаточно высокими [6]. Болезни системы кровообращения продолжают занимать одно из ведущих мест среди заболеваний, характеризующиеся устойчивым ростом и стремительной распространенностью среди населения [4]. Это обосновывает актуальность проблемы и подталкивает на необходимость поиска новых решений по повышению доступности и качества медицинской помощи пациентам с БСК.

Цель: проанализировать динамику и тенденции показателей заболеваемости и смертности от БСК в Волгоградской области в сравнении с показателями Российской Федерации и определить основные направления по улучшению медицинской помощи на региональном уровне.

Материалы и методы. При исследовании были использованы данные федеральной и территориальной службы государственной статистики, материалы регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» [1, 3].

Результаты и их обсуждение. В 2022 году в Волгоградской области общая численность населения составила 2 449 211 человек, при этом, как и в Российской Федерации, в целом регистрировалось превалирование населения женского пола (53,5% против 52,8% в РФ) над мужским (46,4% против 47,2% в РФ). Основную часть населения составляли лица трудоспособного возраста – 54,3% (51,7% в РФ), доля лиц старше трудоспособного возраста незначительно выше среднероссийских значений и составила 28,6% (25,0% в РФ). С учетом числа родившихся и умерших естественная убыль населения в 2022 году составила 16 815 человек, что на 10 259 человек меньше, чем в 2021 году. Обращает на себя внимание увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения в Волгоградской области в 2022 году до 73,2 лет (при 69,9 в 2021 году), что, выше среднероссийского показателя (в РФ 72,6 в 2022 году).

Волгоградская область показатель общей смертности на 100 000 населения в 2022 году составлял 1 389,1, что выше среднероссийского (1 302,7 в РФ) и отмечалось его снижение в динамике на 26,7% по сравнению с 2021 годом и на 12,5% по сравнению с 2020 годом.

В 2022 году коэффициент смертности от БСК на 100 000 населения Волгоградской области превышал среднероссийский показатель (722,8 против 566,0 в РФ), но со снижением в динамике на 20,0% по сравнению с 2021 годом и на 16,4% по сравнению с 2020 годом.

В структуре общей смертности в 2022 году в Волгоградской области отмечалась высокая доля смертности от БСК (52% против 35% в РФ) и новообразований (15% против 11% в РФ) при более низкой доле COVID-19 (7% против 18% в РФ). В 2021 году доля БСК в структуре общей смертности составляла 45,6%, что ниже значения за 2020 год (54,0%).

Доля смертности от ИБС в структуре смертности от БСК составила – 58,5%, цереброваскулярных болезней (ЦВБ) – 9,7%, острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) – 16,8%, инфаркта миокарда (ИМ) – 6,4%, прочих причин – 15,1%. При этом соотношение показателей смертности от ОНМК к ИМ составило 2,5 к 1.

В рамках региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в Волгоградской области проводится статистический анализ общей смертности и смертности от БСК в разрезе муниципальных образований. Наиболее высокие значения в 2022 году общей смертности на 100 000 человек были зарегистрированы в трех удаленных от областного центра муниципальных районах (от 2171,5 до 1844,4 случаев на 100 000 населения). Наибольшие значения смертности от БСК на 100 000 населения были зарегистрированы в четырех удаленных от областного центра муниципальных районах (от 1071,8 до 972,5 случаев на 100 000 населения).

За последние 5 лет общая заболеваемость БСК выросла по сравнению с 2018 годом на 8,9%, с 29853,7 до 33729,3 случаев на 100 000 населения. Наибольший темп роста общей заболеваемости отмечался от гипертонической болезни (+19,8%). На втором месте по темпу роста – ИБС (+5,1%). Общая заболеваемость ЦВБ снизилась на 7,5%, от ИМ на 11,5% (с 138,1 до 122,1 случаев на 100 000 населения). Первичная заболеваемость БСК за 5 лет снизилась на 18,2%, а к уровню 2021 года снизилась на 9,0%. Наибольшее увеличение первичной заболеваемости в 2022 году по сравнению с 2018 годом отмечалось в группе болезней, характеризующихся повышенным

кровяным давлением (+15,9%) и неуточненным инсультом (+17,0%. Наибольшее снижение отмечалось первичной заболеваемости отмечалось в группе пациентов с ИБС (-15,3%), инфарктом миокарда (-11,5%) и внутримозговым кровоизлиянием (-31,1%).

Выводы:

1. Высокая доля хронических форм ИБС (51,8%) в структуре смертности от БСК обуславливает необходимость формирования дополнительных мероприятий, направленных на совершенствовании помощи пациентам с хроническими формами заболеваний.

2. Основными ключевыми группами БСК, определяющими основной вклад в показатели заболеваемости в регионе, являются гипертоническая болезнь, ИБС, ЦВБ.

3. Медико-статистический анализ общей смертности и смертности от БСК в разрезе муниципальных образований с выявлением территорий с наибольшими показателями позволяет выявить район-специфичные проблемы и сформировать мероприятия для их решения.

4. Представляется целесообразным расширение программ первичной и вторичной профилактики в регионе, направление высококвалифицированных специалистов в районы Волгоградской области для оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи населению, организации диспансеризации взрослого населения в соответствии со сроками и объемами обследования, указанными в нормативно-правовых актах Минздрава России, оснащение медицинских организаций необходимым и современным оборудованием.

Литература

1. Комитет здравоохранения Волгоградской области. Режим доступа [Электронный ресурс]. https://oblzdrav.volgograd.ru/norms/acts/pravovye-akty-po-realizatsii-natsionalnykh-proektov-zdravookhraneniya-i-demografiya/Borba_s_serdechno-sosudistymi_zabolevaniyami.pdf/
2. Потенциал профилактики сердечно-сосудистых заболеваний по результатам диспансеризации взрослого населения/ А.М. Калинина, Д.В. Кушунина, Б.Э. Горный, [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2019. – №4. (91) – С. 69–76
3. Российский статистический ежегодник. 2022: Стат.сб./Росстат. – Р76 М., 2022 – 691 с.
4. Савина, А. А. Динамика заболеваемости болезнями системы кровообращения взрослого населения Российской Федерации в 2007-2019 гг. / А. А. Савина, С. И. Фейгинова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – Т. 67, № 2. – С. 1.
5. Современные аспекты эпидемиологии болезней системы кровообращения в крупном субъекте юга России /Т.С. Дьяченко, В.В. Ивашева, Е.Д. Картамышева, Т.Р. Тибуа // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2016. – № 2(50). – С. 4-10.
6. Шкарин, В.В. Единая территориальная система скрининга болезней системы кровообращения у сельского населения с использованием телемедицинских технологий Волгоградской области / В.В. Шкарин, Е.А. Берсенева, Д.А. Кураков, [и др.] // Менеджер здравоохранения. 2018. № 5. С. 50-57.

УДК 614.2:004]:316.774

ЭЛЕКТРОННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ И ПРЕДПОЧТЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Д.В. Ковалевский

«Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь

E-HEALTH CARE: AWARENESS AND PREFERENCES OF THE POPULATION

D.V. Kovalevsky

"Gomel State Medical University", Gomel, Republic of Belarus

Резюме. *Результаты показали, что уровень осведомленности населения о возможностях электронного здравоохранения в Республике Беларусь остается низким. Только 26% респондентов имели представление о развитии электронного здравоохранения.*

Ключевые слова: *Электронное здравоохранение, осведомленность, организации здравоохранения*

Resume. *The results showed that the level of public awareness of e-health opportunities in the Republic of Belarus remains low. Only 26% of respondents had an idea about the development of e-health.*

Keywords: *eHealth, awareness, healthcare organizations*

Актуальность. В современном мире одним из ключевых трендов в различных сферах деятельности справедливо считается цифровизация. Усиление темпов внедрения электронной документации обладает многочисленными преимуществами, которые подтверждаются научными исследованиями. Использование электронной документации в различных областях общественной жизни позволяет существенно сократить временные затраты, оптимизировать процессы передачи информации, минимизировать риски утраты документов, снизить финансовые расходы организаций и уменьшить количество ошибок, связанных с человеческим фактором [2]. В Республике Беларусь была утверждена концепция развития электронного здравоохранения, направленная на продвижение электронных медицинских технологий, формирование единого информационного архива пациентов и переход на использование электронных рецептов, что должно способствовать улучшению качества медицинских услуг и повышению их доступности [1, 3].

Цель: изучить уровень осведомленности населения о возможностях электронного здравоохранения.

Материал и методы. В соответствии с целью исследования, материалом для изучения информированности населения о возможностях электронного здравоохранения в Республике Беларусь стало взрослое население Гомельской области в возрасте 18 лет и старше. В качестве метода исследования использовалось анкетирование пациентов. Анкета позволила проанализировать уровень осведомленности о возможностях электронных медицинских карт и пластиковых карт для медицинского обслуживания.

Все исследования проводились с информированного согласия участников, соблюдая этические стандарты, которые гарантируют уважение к всем субъектам исследования и конфиденциальность информации.

Результаты и их обсуждение. В анкетировании приняло участие 336 человек, из которых на долю женского пола приходится 59%, респондентов мужского пола — 41%. Респонденты являются представителями разных возрастных групп: до 18 лет — 3%, 18–25 лет — 27%, 26–35 лет — 13%, 36–45 лет — 20%, 46–60 лет — 23%, 60 и более — 9%. Средний возраст респондентов по Медиане составил 27,5 лет.

На вопрос «Знаете ли вы что-то о функционировании электронного здравоохранения в Республики Беларусь» в 24% случаев ответили, что знают о электронном здравоохранении, 76% респондентов выбрали вариант ответа — «нет, ничего не знаю».

О существовании электронной медицинской карты пациента амбулаторно поликлинических организаций знают лишь 48,3% респондентов. При этом стоит отметить, что только 31,5% опрошенных узнали об электронной медицинской карте пациента амбулаторно поликлинических организаций от медицинских работников. Среди других источников получения информации респонденты указали: от родственников и друзей — 29,7%; СМИ — 21,2%; другие источники — 17,6%.

О том, что с 2018 года предусмотрено функционирование электронных медицинских карт, осведомлены 51,4% респондентов.

Стоит отметить, что только около 26% респондентов знают, какая информация содержится в их же электронной медицинской карте.

Согласно проведённому опросу, 37% респондентов осведомлены о возможности записаться на приём к врачу через электронную медицинскую карту. Однако лишь 17,5% опрошенных знают о том, что можно продлить электронный рецепт на лекарства без посещения поликлиники с помощью этой же карты. 28,9% участников опроса информированы о том, что результаты анализов и обследований также можно получить без личного визита в организацию здравоохранения. И всего 15,8% опрошенных знают о том, что с помощью электронной медицинской карты можно запросить выписку из медицинской документации без необходимости посещения поликлиники.

Среди опрошенных 56,3% знают о существовании пластиковых карт для медицинского обслуживания. Из них 26,9% получили эту информацию от медицинских работников, 24,6% — от родственников и друзей, 6,3% — из средств массовой информации, и 1,8% — из других источников. Владели электронным рецептом 36,6% респондентов.

О скидках на лекарственные препараты при использовании пластиковых карт знают 49,6% опрошенных. Лишь 19,6% осведомлены о возможности контроля врача за покупкой лекарств по этим картам. Только 18,1% респондентов знают о возможности продления срока действия электронного рецепта без посещения поликлиники с помощью пластиковых карт для медицинского обслуживания.

Результаты исследования показывают слабую осведомленность населения о функциях пластиковых карт для медицинского обслуживания и недостаточное понимание их возможностей и преимуществ. Наибольшую осведомленность о электронном здравоохранении проявляют люди в возрасте от 26 до 35 лет — 73%, в то время как наименьшую — люди в возрасте 60 лет и старше — 38,5%.

74,5% опрошенных выразили желание получить больше информации о возможностях электронного здравоохранения, однако 84% из них также ответили, что не

знают, где можно найти такую информацию. Этот факт указывает на необходимость распространения информации о функционировании электронного здравоохранения в поликлиниках, используя понятные и наглядные материалы, включая плакаты, постеры и другие средства визуальной коммуникации.

Выводы

В результате проведенного нами исследования было установлено, что уровень осведомленности населения о возможностях электронного здравоохранения в Республике Беларусь остается низким. Только 26% опрошенных имели представление о развитии электронного здравоохранения. Вопросы о преимуществах использования электронных средств здравоохранения не получили широкого понимания среди респондентов: ни один из предложенных вопросов не получил более 50% положительных ответов, что свидетельствует о том, что большинство людей не ознакомлены с функциями электронного здравоохранения.

Молодые люди в возрасте от 26 до 35 лет демонстрировали большую осведомленность об электронном здравоохранении по сравнению с людьми старше 60 лет. Это указывает на необходимость проведения дополнительных образовательных кампаний и улучшения доступности информации о возможностях электронного здравоохранения для всех возрастных групп населения, чтобы повысить уровень осведомленности и широкое понимание его преимуществ.

Литература

1. Бакуменко Л. П., Минина Е. А. Международный индекс цифровой экономики и общества (I-DESI): тенденции развития цифровых технологий // Статистика и экономика. – 2020. - Т. 17. - № 2.- С. 40–54.
2. Технология разработки электронных документов : учебно-методическое пособие / В.В. Сидорик [и др.]. – Минск : БНТУ, 2014. – 78 с.
3. Шакель, Н. В. Медицинский работник и пациент: взаимодействие в условиях электронного здравоохранения /Н.В. Шакель, М.С. Абламейко. – Минск : Экоперспектива, 2020. – 120 с.

УДК: 616.8-089:61(091)/001.895

ИСТОРИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ НЕЙРОХИРУРГИИ И НОВЕЙШИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ, КАК ПЕРСПЕКТИВЫ БУДУЩЕГО

Н.С. Колганов

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Россия

HISTORICAL DEVELOPMENT OF NEUROSURGERY AND THE LATEST INVENTIONS AS PROSPECTS FOR THE FUTURE

N.S. Kolganov

Аннотация: В статье приводится литературный обзор истории развития нейрохирургии. Актуальность данной работе придает относительно позднее становление нейрохирургии, как отдельного направления в медицине, а также стремительное развитие новых технологий, которые способствуют совершенствованию работы нейрохирургов.

Ключевые слова: нейрохирургия, нейрорадиология, малоинвазивные операции, нейрокомпьютерный интерфейс, трактография

Abstract: The article provides a literary review of the history of the development of neurosurgery. The relevance of this work is relative to the late development of neurosurgery as a separate direction in medicine, as well as the rapid development of new technologies that help improve the work of neurosurgeons.

Key words: neurosurgery, neuroradiology, minimally invasive operations, brain-computer interface, tractography.

Введение. На сегодняшний день, нейрохирургия является одним из самых перспективных и развивающихся направлений в медицине. Однако так было далеко не всегда. Лишь благодаря трудам ученых, нейрохирургия стала отдельной наукой. Многие изобретения прошлого и нынешнего столетия вывели ее на новый уровень. Данная наука вызывает все больший интерес у молодых специалистов, в связи с чем мы считаем необходимым рассказать об историческом становлении такого направления, как нейрохирургия, а также о новейших технологических инновациях, как перспективах будущего [1].

Цель исследования. Осветить исторический прогресс и потенциально важные разработки в сфере нейрохирургии.

Методы. Осветить исторический прогресс и потенциально важные разработки в сфере нейрохирургии.

Результаты и обсуждения. Нейрохирургия как отдельное направление было выделено в конце XIX века, но корни ее развития уходят в 3000 год до н.э., о чем свидетельствуют найденные в Перуанском некрополе черепа с явными признаками трепанации. Однако, первое письменное упоминание о трепанациях принадлежит Гиппократу в его сочинениях – «О ранах головы» [2].

Большой вклад в развитие техники трепанации внес Амбруаз Паре (1510-1590), посвятивший свои труды описанию необходимых инструментов и методов трепанации, удаления остеомиелитически измененной кости, дренирования субдуральных гематом, а также предложив методику репозиции вдавленных переломов черепа.

Отдельного упоминания заслуживает Томас Виллизий (1621-1675), уделивший особое внимание нейроанатомии в своей публикации «Мозговая анатомия». Одновременно с этим в России развивалась хирургическая техника трепанации, которой должен был владеть каждый врач того времени.

В конце XVIII века, Джованни Баттиста Морганьи (1682-1771) связал отдельные нозологии с патологическими структурными изменениями, тем самым обосновав резонность удаления опухолей разных локализаций.

Особое значение для развития нейрохирургии сыграл ранний (1851-1854) труд Н.И.Пирогова — известный «ледяной» атлас, заложивший основы топографической анатомии.

Благодаря работам П. Брока (1824-1880) и К.Вернике (1848-1904) утвердилась концепция функциональных центров в головном мозге, что дало развитие топической диагностики.

Изобретенный Д.Н. Зерновым (1834-1917) энцефалометр помог решить задачу проекции патологических очагов. Прибор фиксировался в стандартных точках, относительно орбитомеатальной линии, обеспечивая сопоставление всех измерений с атласом. В то же время, В. Горслей (1857-1916) разработал методику стереотаксических вмешательств.

Большой вклад в нейрохирургию внес Тъери де Мартель (1875-1940), изобретениями которого были применяемый доныне металлический проводник для пилы Джигли, электрический трепан и самоудерживающийся ретрактор. Его современник, выдающийся немецкий нейрохирург и невролог О. Фёрстер (1873-1941), разработал технику интраоперационной электростимуляции моторной коры и электрокортикографии.

Важную роль для нейрохирургии сыграли разработки У. Денди (1886-1946) таких диагностических методов, как пневмовентрикулография и пневмоэнцефалография с эндолюмбальным введением воздуха, а также разработанная Э. Монишем (1874-1955) методика церебральной ангиографии.

Прорыв в сосудистой хирургии связан с изобретением Ф.А. Сербиненко (1928-2002) отделяемого баллон-катетера. Технология эндовазальных вмешательств успешно совершенствуется и используется как для лечения сосудистых патологий ЦНС, так и для адьювантной терапии некоторых опухолей головного мозга.

Благодаря развитию стереотаксических вмешательств, сегодня стало возможным проводить микроинвазивные операции на головном мозге, вводить канюли для забора биопсийного материала, а также это дало пространство для открытия новых методов оперативных вмешательств, таких как «burr hole».

Использование бинокулярного микроскопа сделало возможным более полное удаление поражений с сохранением нервной функции, а также применяется для лечения проблем с черепно-мозговыми нервами в мозжечково-мостовидном углу позволило нам увидеть тонкие сосудистые патологии и успешно их лечить[3]. Развитие малоинвазивной хирургии закрепились в нейрохирургии, как один из важнейших методов, при помощи которого проводят операции как на спинном мозге, так и эндоскопические вмешательства для лечения опухолей головного мозга. Новейшими открытиями является роботизированная хирургия с использованием инновационных установок робота да Винчи, и ROSA ONE Brain компании Zimmer Biomet[4].

Однако, истинный «прорыв» связан с появлением нейровизуализационных методик — КТ, цифровой ангиографии и затем — МРТ. Возможность визуализации патологического очага позволяет с невероятной точностью подбирать микро доступы и использовать нейронавигацию, что существенно снизило интра- и послеоперационные риски и осложнения. Помимо всего вышеперечисленного, стали появляться интервенционные МРТ-сканеры, находящиеся непосредственно в операционной, с

развитием которых можно будет с максимальной точностью и еще более минимальной инвазивностью производить сложнейшие операции [5]. Благодаря этому развиваются высокоточные, стереотаксически ориентированные лучевые методики, позволяющие подвести к очагу патологического процесса высокую дозу лучевой энергии при минимальном воздействии на здоровые ткани: предложенный Л. Лексел гамма-нож, высокоинтенсивные лазерные зонды, линейные ускорители и установки, обеспечивающие облучение пучком протонов или более тяжелых частиц.

Стоит также упомянуть о развитии нейрокомпьютерного интерфейса (НКИ). Изобретение представлено стереотаксически внедренными в головной мозг электродами, с помощью которых человек может синхронизироваться с электронными устройствами, например протезами и компьютерами; использовать нейропротезы, которые позволяют восстановить утраченные после инсульта неврологические функции; лечить болезни Альцгеймера и Паркинсона за счет системы DBS (deep brain stimulation)[6].

Одним из новейших методов диагностики в нейрохирургии также является магнитно-резонансная трактография. Трактография головного мозга- метод диагностики, основанный на диффузно-взвешенной магнитно-резонансной томографии (ДВ МРТ), позволяющий визуализировать ориентацию и целостность проводящих путей головного мозга; техника получения изображения головного мозга основана на измерении диффузии жидкости в каждом объемном элементе изображения. Данный метод исследования позволяет обнаружить аксональные повреждения при хронической ишемии, рассеянном склерозе, опухолях головного мозга и тд[7].

Выводы. История нейрохирургии берет свое начало с древнейших времен, однако полноценное раскрытие, как отдельной дисциплины, она получила лишь в конце XIX столетия. Несмотря на это, нейрохирургия сегодня является стремительно развивающейся наукой, способной интегрировать в себя самые различные инновационные методики из различных направлений хирургии, а также одной из важнейших и ведущих дисциплин в медицине, способных значительно улучшить жизнь пациентов.

Литература

[7]Аблязов О.В. Магнитно-резонансная трактография в клинической практике // Вестник экстренной медицины. - 2019. - №том 12, № 1. - С. 67-70.

[6]Беляева К.В., Свищёв А.В. Нейрокомпьютерные интерфейсы - технология будущего // E-Scio. - 2021

[1]Вяткин И.В., Устинов А.Л. История нейрохирургии: от истоков до наших дней // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения. - Екатеринбург: 2020. - С. 841-844.

[2]Медникова М.Б. Трепанации в древнем мире и культ головы. – М.: Алетея, 2004. – 208 с.

[3]Jannetta, P. J. (2009). Developments in neurosurgery. *Neurosurgery*, 65(suppl_4), A9–A10.

[4] Wang, H., Fraser, K., Wang, D., & Lanzino, G. (2005). The evolution of endovascular therapy for neurosurgical disease. *Neurosurgery Clinics of North America*, 16(2), 223–229.

[5]Kitchen, N. (2009). Neuroradiology influences on neurosurgery; past, present and future. British Journal of Neurosurgery, 23(1), 1–2.

УДК [616.213.6+616.216]-006.6-07(476)

ПРОБЛЕМА СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

¹Ж.В. Колядич, ²М.Г. Орлова, ²В.М. Писарик, ¹Н.М. Тризна, ²В.Н. Ростовцев

¹Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова, г. Минск, Республика Беларусь

²Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск, Республика Беларусь

THE PROBLEM OF TIMELY DIAGNOSIS OF MALIGNANT NEOPLASMS OF THE NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES IN THE REPUBLIC OF BELARUS

¹Zh. V. Kaliadzich, ²M. G. Arlova, ²V. M. Pisaryk, ¹N. M. Trizna, ²V. N. Rostovtsev

¹N. N. Alexandrov National Cancer Center of Belarus, Minsk, Belarus

²Republican Scientific and Practical Center of Medical Technologies, Informatization, Management and Economics of Public Health, Minsk, Belarus

Резюме. В статье показано, что своевременная диагностика злокачественных новообразований полости носа и околоносовых пазух в целом по республике находится на уровне 9,1%, а в пяти областях – на уровне 0%. Решению этой проблемы должны способствовать мероприятия, направленные на повышение информированности, контроль качества диагностики и исполнение нормативно-методических документов.

Ключевые слова: злокачественные новообразования полости носа и околоносовых пазух.

Resume. The article shows that the timely diagnosis of malignant neoplasms of the nasal cavity and paranasal sinuses in the republic as a whole is at the level of 9.1%, and in five regions – at the level of 0%. Measures aimed at improving the awareness, quality control of diagnostics and the implementation of regulatory and methodological documents in the field should contribute to solving this problem.

Keywords: cancer of the nasal cavity and paranasal sinuses.

Актуальность. Полость носа и околоносовые пазухи являются единым сложным анатомо-функциональным комплексом, первым физическим и физиологическим барьером организма на пути потенциально опасной воздушно-капельной среды [5]. Структуры носа постоянно подвергаются воздействию разнообразных факторов и поэтому находятся в условиях повышенной опасности. Наиболее частой патологией данной локализации являются респираторные заболевания и хронические синуситы, однако, потенциально жизнеугрожающими являются новообразования. Среднемировой уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями полости носа и околоносовых пазух (ЗНО ПНиОП) составляет 0,45 на 100 тыс. населения, средний

показатель по Европейскому союзу соответствует значению в Российской Федерации и составляет 0,65 (данные за 2020 г.). Заболеваемость регистрируется во всех возрастных группах, прогрессивно повышаясь с возрастом, и достигает своего пика в 60 – 75 лет (3,0) [2]. Принципиально важно, что злокачественные опухоли данной локализации в большинстве случаев распространяются на жизненно важные органы мозгового и лицевого черепа, что приводит к высокой летальности и низкой пятилетней выживаемости таких пациентов. В Республике Беларусь пятилетняя скорректированная выживаемость в 2019 году составила 30,3% (диагноз установлен в 2014–2018 гг.). Показатель одногодичной летальности – 23,2% в 2018 году [3].

Цель работы – оценить своевременность выявления злокачественных новообразований полости носа и околоносовых пазух и проанализировать проблему выявления данной патологии на ранних стадиях в Республике Беларусь.

Материалы и методы. В статье проанализированы данные Белорусского канцер-регистра и литературных источников [1-8].

Результаты и обсуждение. По данным Белорусского канцер-регистра заболеваемость ЗНО ПНиОП составляет 0,8 на 100 тыс. населения в год с тенденцией к увеличению показателя с 0,8 в 2008 г. до 0,9 на 100 тыс. населения в 2022 г. Смертность за 2022 г. составила 0,5 на 100 тыс. населения (грубый интенсивный показатель).

Ежегодно в Республике Беларусь регистрируется от 55 до 85 новых случаев заболевания: от 30 до 60 среди мужчин и 20 – 30 среди женщин. За 20-летний период (1999–2018 гг.) в нашей стране выявлено 1379 случаев таких заболеваний (883 случая среди мужчин и 496 среди женщин, 856 – среди городского населения и 523 – среди сельского) [1]. По данным Белорусского канцер-регистра на пациентов со ЗНО ПНиОП приходится 0,2% от всех вновь выявленных злокачественных новообразований в Республике Беларусь и около 3–5% от злокачественных новообразований, поражающих верхние дыхательные пути [3].

ЗНО ПНиОП характеризуются полиморфизмом клинических и морфологических форм заболевания и могут развиваться из эпителия, костной, хрящевой или лимфоидной тканей. Различают 58 гистологических типов рака, но наиболее часто встречается плоскоклеточный рак (по данным различных авторов от 54,8% до 92,8%). Неэпителиальные опухоли данной локализации включают эстезионеробластому, рабдомиосаркому и меланому [4]. По локализации чаще всего поражается верхнечелюстная пазуха, на 2-м месте – решетчатый лабиринт и значительно реже – полость носа. Труднодоступность для осмотра и полиморфизм ЗНО ПНиОП значительно усложняют их своевременную диагностику.

По предварительным данным Белорусского канцер-регистра в 2023 году в большинстве регионов страны частота поздней диагностики злокачественных опухолей носа и околоносовых пазух составила 100%. Это означает, что все выявленные случаи были диагностированы в III и IV стадии развития (диагр. 1).



Диagr. 1 - Частота диагностики опухолей носа и околоносовых пазух в III и IV стадиях в 2023 году, % (предварительные данные Белорусского канцер-регистра, 09.02.2024)

Длительность заболевания, распространенность процесса и внешний вид опухоли – недостаточно надежные критерии для установления диагноза. Искривление носовой перегородки, локализация опухоли в пределах околоносовых пазух, маскировка синуситами, недостаточная информативность обзорных рентгенограмм – основные причины ошибок в диагностике опухолей данной локализации. До настоящего времени более 50% пациентов со злокачественными опухолями полости носа и придаточных пазух поступают в оториноларингологические отделения без подозрения на опухолевый процесс [6].

В ходе клинических наблюдений установлена частота встречаемости тех или иных симптомов злокачественных новообразований околоносовых пазух и полости носа. Одностороннее затруднение дыхания через нос отмечается в 21,0% случаев. Выделения из полости носа, которые могут быть слизистыми, гнойными и геморрагическими, наблюдаются в 14,3% случаев. Повторяющиеся и необильные носовые кровотечения встречаются приблизительно у 5,0% пациентов. Боли различной интенсивности, локализованные в области зубов, челюстей, ушей и глаз, отмечают 20,4% пациентов. В 1,1% случаев возможны проявления парестезий, анестезий отдельных участков лица. В качестве первого признака заболевания у 21,0% пациентов отмечается деформация лица (припухлости в области щек, век, скул, альвеолярного и небного отростков челюстей). Почти у 80% пациентов после первого обращения к врачу не был установлен правильный диагноз, проводилось неадекватное, порой длительное лечение. При этом у половины пациентов выполнялись различные вмешательства без морфологического исследования: удаление зубов, пункции синусовых пазух по поводу предполагаемого гайморита, синусотомия, конхотомия. Более чем у половины пациентов правильный диагноз был установлен спустя шесть и более месяцев после первого обращения к врачу [4].

Прогноз для жизни пациента с диагнозом ЗНО ПНиОП неутешительный. Хирургический метод приводит к 5-летней выживаемости в 18 – 35% случаев, лучевой в 18 – 24%, комбинированный в 35 – 49% [4]. Хирургическое вмешательство влечет выраженные функциональные и эстетические нарушения, способствует

значительному ухудшению качества жизни и зачастую к глубокой инвалидизации пациентов за счет обезображивающих разрезов на лице, парестезий в результате повреждения верхнего альвеолярного нерва, западения мягких тканей щеки, вследствие удаления передней стенки верхнечелюстной пазухи. Пациенты, перенесшие хирургическое лечение по поводу ЗНО ПНиОП, показали более высокие результаты при оценке беспокойства из-за болезни и депрессии, чем те, кто перенес ларингоэктомию, по результатам анализа модифицированной анкеты SNOT-22 (качество жизни пациентов с опухолями головы и шеи) [8].

Большинство злокачественных новообразований головы и шеи, включая ЗНО ПНиОП, развиваются на фоне предопухолевых заболеваний. Несмотря на наличие в Республике Беларусь нормативной правовой документации, регулирующей работу по диагностике, лечению и диспансеризации предраковых заболеваний (в частности, приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №572 от 28.04.2022 «О порядке проведения раннего выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований головы и шеи»), в реальной клинической практике имеют место низкая эффективность их диагностики, отсутствие или нерациональность терапии, особенно на амбулаторно-поликлиническом этапе, что приводит к малигнизации и росту числа злокачественных новообразований. Вышеназванный приказ подробно описывает нозологические формы предопухолевых и опухолеподобных заболеваний полости носа и околоносовых пазух (D 38.5 – синоназальная папиллома, гемангиоперицитомы), определяет методы диагностики и лечения, а также порядок медицинского наблюдения в амбулаторных условиях. Кроме того, приказ обязывает врачей общей практики проводить анкетирование всех пациентов с целью обнаружения симптомов заболеваний головы и шеи. Такое анкетирование по сути является скринингом заболеваний полости носа и околоносовых пазух, позволяющим обнаружить ЗНО ПНиОП в ранних стадиях, однако, данные, представленные на диаграмме выше, показывают, что проблема поздней диагностики ЗНО ПНиОП остается крайне актуальной для Республики Беларусь.

Заключение. Анализ данных Белорусского канцер-регистра показал, что выявление в ранних стадиях ЗНО ПНиОП, то есть диагностика этих заболеваний на 1-ой и 2-ой стадиях, в целом по стране находится на уровне 9,1%, а в пяти областях республики – на уровне 0%. Это означает, что проблема выявления ЗНО ПНиОП на ранних стадиях стоит очень остро.

Несвоевременная диагностика ЗНО ПНиОП обусловлена рядом причин, и они несколько различаются по регионам, но общей причиной для всех является недостаточный уровень онкологической грамотности врачей и информированности населения о симптомах заболевания.

Решению проблемы несвоевременного выявления ЗНО ПНиОП должно способствовать следующее:

1. Мероприятия, направленные на повышение онкологической грамотности врачей.

2. Мероприятия, направленные на повышение информированности населения о симптомах заболевания.

2. Контроль качества диагностической медицинской помощи на местах.

3. Контроль исполнения нормативно-методических документов на областном уровне управления.

4. Разработка новых технологий своевременной диагностики как ЗНО ПНиОП, так и предопухолевых заболеваний.

Литература

1. Евмененко А.А., Макаревич М.Н., Колядич Ж.В. Анализ заболеваемости злокачественными опухолями околоносовых пазух и полости носа населения Республики Беларусь за 1999-2018 годы // Лечебное дело, №3 (78), 2021. – С. 29-36.

2. Злокачественные новообразования в России в 2020 году (заболеваемость и смертность). Под ред. Каприна А. Д., Старинского В. В., Шахзадова А. О. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2021. – 252 с.

3. Макаревич, М.Н. Анализ выживаемости и летальности от злокачественных опухолей околоносовых пазух и полости носа населения Республики Беларусь за 1999–2018 гг. / М. Н. Макаревич, А. А. Евмененко, Ж. В. Колядич // Паринские чтения 2022. Инновации в прогнозировании, диагностике, лечении и медицинской реабилитации пациентов с хирургической патологией черепно-лицевой области и шеи : сб. тр. Нац. конгр. с междунар. участием «Паринские чтения 2022», Минск, 5-6 мая 2022 г. / под общ. ред. И. О. Походенько-Чудаковой ; редкол. : Д. С. Аветиков [и др.]. – Минск, 2022. – С. 431–436.

4. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 2000. – 479 с.

5. Пискунов Г.З. Физиология и патофизиология носа и околоносовых пазух. Российская ринология. 2017; 25(3): с. 51–57.

6. Подвязников С. О., Пачес А. И., Таболиновская Т. Д. и др. Клинические рекомендации. Мат. научн. конф. «Диагностика и лечение злокачественных опухолей слизистой оболочки полости носа и придаточных пазух», Архангельск, 6–8 июня 2011 г. – Сибирский онкологический журнал. 2011. №6 (48). – 50 с.

7. Состояние онкологической помощи населению России в 2019 году. Под ред. Каприна А. Д., Старинского В. В., Шахзадова А. О. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2020. – 239 с.

8. Van Buren J.M. Ten years experience with radical combined craniofacial resection of malignant tumors of the paranasal sinuses / J.M.Van Buren, A.K.Ommaya, A.S. Ketcham. – J. Neurosurg, 1968. – Vol. 28, N 4. – P. 341–350.

УДК 378.17

МНЕНИЕ СТУДЕНТОВ О ВОЗМОЖНОСТИ СОБЛЮДЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ (ЗОЖ) ВО ВРЕМЯ УЧЕБЫ В ВУЗЕ

Е.Р. Комина, В.И. Панченко, А.А. Фастова

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия

STUDENTS' OPINION ON THE POSSIBILITY OF OBSERVING A HEALTHY LIFESTYLE (HLS) WHILE STUDYING AT A UNIVERSITY

E.R. Komina, V.I. Panchenko, A.A. Fastova

Резюме. Проведено анонимное анкетирование студентов Волгоградского государственного медицинского университета (ВолгГМУ), в котором приняли участие 1374 студента IV и V курсов лечебного, педиатрического факультетов и отделения медико-профилактического дела. Для сбора материала была разработана «Анкета изучения мнения студентов о качестве учебного процесса в ВолгГМУ», проанализировано мнение студентов о возможности соблюдения ЗОЖ во время учебы в ВУЗе.

Ключевые слова: мнение студентов, здоровый образ жизни, анкетирование, факторы риска.

Resume. An anonymous survey of students of Volgograd State Medical University (VolgSMU) was conducted, which was attended by 1,374 students of the IV and V courses of the medical, pediatric faculties and the Department of Preventive Medicine. To collect the material, a "Questionnaire for studying students' opinions on the quality of the educational process at VolgSMU" was developed, the students' opinion on the possibility of observing healthy lifestyle while studying at the university was analyzed.

Keywords: students' opinions, healthy lifestyle, questionnaires, risk factors.

Актуальность. Важнейшей задачей образовательных организаций является повышение качества учебного процесса. Эта проблема выдвигает актуальный вопрос о мнении студентов относительно качества процесса обучения, условий учебы и контроля знаний, умений и навыков. Охрана здоровья студенческой молодежи представляет собой наиболее актуальную задачу общества, поскольку в современных условиях социальной, экономической и политической нестабильности эта группа населения испытывает существенное отрицательное воздействие окружающей среды и не всегда может адаптироваться к новым, изменившимся для них условиям жизни, обучения, высоким умственным нагрузкам [1,4]. Необходимо повышение уровня здоровья студентов, обучение молодежи принципам и методам обеспечения ЗОЖ. Студенты уделяют мало времени и прилагают недостаточно усилий для сохранения своего здоровья, а за последние 10 лет среди студентов практически не отмечается положительной динамики в психологическом поведении, которое было бы направлено на поддержание ЗОЖ. Согласно литературным данным, в последние годы наблюдается ухудшение состояния здоровья студентов, в то время как общество нуждается в активных, здоровых личностях, готовых реализовать себя во всех жизненных сферах, в первую очередь – в профессиональной деятельности [2,3].

Цель. Изучить мнение студентов о возможности совмещать напряженную учебу в ВУЗе и принципы ЗОЖ, а также условия учебного процесса в ВолгГМУ.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Волгоградского государственного медицинского университета (ВолгГМУ). Метод исследования – анонимный анкетный опрос, в котором приняли участие 1374 студента IV и V курсов лечебного, педиатрического факультетов и отделения медико-профилактического дела. Для сбора материала была разработана «Анкета изучения мнения студентов о качестве учебного процесса в ВолгГМУ». Она включала вопросы: об удовлетворенности условиями учебы, расписанием занятий, учебно-методической литературой, объемом и качеством приобретаемых практических навыков,

организацией учебного процесса; отношением к учебе, формой проведения экзаменов (устный, тестовый, смешанный варианты), объективности оценки на экзаменах с использованием компьютеров, причины пропусков лекций и практических занятий, возможности участия в работе научных кружков и другое.

Результаты и их обсуждение. Во время исследования были опрошены студенты IV и V курсов лечебного, педиатрического факультетов и отделения медико-профилактического дела в возрасте 22-25 лет. Среди анкетированных преобладали лица женского пола – 63%. Анализ результатов анкетирования показал, что основная часть (89%) студентов довольны выбором факультета и в будущем видят себя практикующими врачами. Остальные студенты (11%) предполагают заняться в дальнейшем научной работой или преподавательской деятельностью. Студенты имеют представление об идеальном враче и на вопрос «Какими качествами должен обладать врач?» были получены следующие ответы: высоким профессионализмом – 43%, высокими моральными качествами – 29%, человечностью и преданностью делу – 17%, дисциплинированностью – 11%. Часть ответов свидетельствует о том, что в отношении студентов к учебе есть определенные проблемы. Выявлено, что 54% студентов учится с желанием, 27% – без особого желания, у 19% – отношение к учебе безразличное. Конечно, отрицательное и безразличное отношение к учебе негативно влияет на успеваемость студентов и посещаемость ими занятий. Главными составляющими учебного процесса являются лекции и практические занятия. Установлено, что основная часть – 82% студентов регулярно посещают лекции и практические занятия, 18% – нерегулярно. Основными причинами непосещения являются: болезнь – 59%; совмещение учебы с работой – 33%; отсутствие интереса к учебе – 8%. Особенно значимым представляется мнение студентов о формах проведения экзаменов. Большинство (58%) студентов считают, что экзамены нужно проводить в устной очной форме, 23% – в форме тестового контроля, 19% – в смешанном формате. Изучение мнения студентов о сдаче экзаменов с использованием компьютерных технологий показало, что 74% студентов-медиков считают эту форму контроля знаний необъективной. Основными причинами такого суждения о сдаче экзаменов являются: необъективность в оценке знаний, когда студенты с недостаточными знаниями получают высокие баллы – 62%; по мнению 47% респондентов, тестирование на компьютере отрицательно влияет на клиническое мышление; снижается мотивация к углубленному изучению дисциплины – считают еще 35%; отсутствует живое общение с экзаменатором – 19%; заучивание тестов не дает знаний – 28%; не развивается логическое мышление (25%). Известно, что на качество обучения в значительной степени влияют условия учебы. На вопрос: «Какие основные трудности обучения в университете существуют, на Ваш взгляд?» ,64% студентов указали на большой объем учебного материала, 23% – отметили слабую довузовскую подготовку, 10% – материальные трудности в семье, 3% – сложные семейные обстоятельства. Обращает на себя внимание желание студентов к творческому развитию и работе в научных кружках. Но занимаются в них лишь 24% опрошенных студентов. Основными причинами, которые не позволяют заниматься в научных кружках, студенты сочли нехватку времени – 61%, трудности в выборе научного кружка – 16%, отсутствие интереса к науке – 13%.

Выявлена низкая медицинская активность студентов: лишь 54% студентов обращаются за медицинской помощью при заболеваниях, а 46% – занимаются самолечением. Нами была предпринята попытка выявить наиболее частые причины нарушения правил ЗОЖ. 62% студентов питаются нерегулярно, 45% – не соблюдают режим дня, 53% – испытывают дефицит сна, 37% находятся под воздействием постоянных стрессов. По данным анкетирования, наиболее явными факторами риска для здоровья студентов являются вредные привычки, такие как курение, эпизодическое употребление алкоголя, стресс в связи с условиями обучения и чрезмерные учебные нагрузки. Было установлено, что курят сигареты 26% студентов, на употребление алкогольных напитков в том или ином объеме указало 46% студентов.

Выводы. Таким образом, студенты довольны выбором будущей профессии, предполагают реализовать себя именно в работе врачами. Для большинства из опрошенных здоровье в иерархии жизненных ценностей и приоритетов занимает лидирующее место. Однако, несмотря на высокую мотивацию студентов-медиков к ведению здоровой жизни, у части из них отсутствует устойчивое стремление к индивидуальному здоровью, и, как следствие, имеется ряд поведенческих факторов риска. Представляется важным разработать комплекс мероприятий, которые будут направлены на повышение мотивации студентов к ведению ЗОЖ. Необходимо проводить реализацию комплексных мероприятий по профилактике социально значимых заболеваний, табакокурения, употребления алкоголя у студентов. Девиз нашего ВУЗа: «Спорт — вторая профессия врача!» следует пропагандировать еще более активно.

Литература

1. Чермит К.Д. Университетская среда и здоровье участников образовательного процесса // Высшее образование в России. – 2011. – № 2. – С. 60–65
2. Каменская В.В., Пенькова О.В. Содержание, организация и качество образовательного процесса в оценке студентов ВУЗа // Современные наукоемкие технологии. – 2015. – № 12-5. – С. 865-869; URL: <https://top-technologies.ru/ru/article/view?id=35386> (дата обращения: 10.05.2024).
3. Веремчук А.С. О мотивации студентов как необходимом условии повышения качества обучения // Научное обозрение. Педагогические науки. – 2020. – № 2. – С. 34-38; URL: <https://science-pedagogy.ru/ru/article/view?id=2284> (дата обращения: 10.05.2024).
4. Ершова О.В. Рейтинговая система оценки качества образования как средство мотивации студентов в системе профессиональной подготовки // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 11-6. – С. 1194- 1197; URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=10753> (дата обращения: 10.05.2024).

УДК 614.1:316.334

ЗНАЧЕНИЕ ТРАДИЦИОННЫХ ДУХОВНО-ПРАВСТВЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ В РЕАЛИЗАЦИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ РОССИИ

Е.Г. Королюк, А.В. Соловьева, И.А. Жмакин

Тверской государственной медицинской университет, г. Тверь, Россия

THE IMPORTANCE OF TRADITIONAL SPIRITUAL AND MORAL VALUES IN THE IMPLEMENTATION OF DEMOGRAPHIC POLITICANS OF RUSSIA

E.G. Korolyuk, A.V. Solovyova, I.A. Zhmakin

Tver State medical University, Tver, Russia

Резюме. *В статье традиционные духовно-нравственные ценности рассматриваются как основа общероссийской гражданской идентичности и гражданского единства народа Российской Федерации. Именно благодаря им Россия обладает целым рядом нравственных характеристик людей, которые позволили сохранить и приумножить население страны. Вопросы о выраженных регрессивных демографических процессах в России не было до революции 1917 года. В настоящее время в стране принимается комплекс мер по увеличению численности постоянного населения. Важная роль в становлении и укреплении традиционных ценностей отводится российскому историческому и духовному наследию, особенно православию.*

Ключевые слова: *общество, духовно-нравственные ценности, численность постоянного населения, православие, демография.*

Resume. *In the article, traditional spiritual and moral values are considered as the basis of all-Russian civil identity and civil unity of the people of the Russian Federation. It is thanks to them that Russia has a number of moral characteristics of people that have made it possible to preserve and increase the country's population. The issue of pronounced regressive demographic processes in Russia did not arise before the 1917 revolution. The country is currently taking a set of measures to increase the resident population.*

Key words: *society, spiritual and moral values, the number of permanent residents, Orthodoxy, demography.*

Главное богатство страны – это люди, граждане страны. Преумножение народонаселения в Российской Федерации (РФ) является на современном этапе развития общества вопросом национальной безопасности. Суммарный коэффициент рождаемости для воспроизводства населения, то есть количество детей, приходящихся на одну женщину, должен быть 2,5 для решения демографической проблемы [5]. Руководством страны применяются разнообразные меры по исправлению создавшейся ситуации, когда по данным Росстата рассматриваемый коэффициент за 2022 год снизился до уровня 1,416. Между тем в истории России до революции 1917 года никогда не существовало подобной проблемы. Всегда суммарный коэффициент рождаемости составлял примерно в среднем 5,54 детей на одну женщину, семьи были в большинстве своем крепкими и многодетными, население страны постоянно увеличивалось [4]. В связи с вышеизложенным, целью нашей работы стал анализ демографической ситуации в России в дореволюционное и современное время.

Результаты и их обсуждение. До революции 1917 года жизненный уклад россиян основывался на жизненных нравственных принципах, в основном сформированных под сильным воздействием православия, которое проповедовало порядочность в отношениях между людьми (когда честное слово было высшим гарантом соблюдения договоренностей), уважительное отношение молодежи к пожилым людям, заботу о родителях и детях, милосердие, доброту, взаимоуважительное отношение взрослых людей к друг другу, отсутствие сквернословия, трудолюбие, чистоплотность и др. В

те времена семейные нравственные ценности были почитаемы в обществе. В толковом словаре В.И. Даля семья определяется как: «совокупность близких родственников, живущих вместе; «семьянин – семейный человек; член семьи; у кого своя семья; человек с женою, с детьми» [1]. В обществе детей считали счастьем и радостью, что соответствует, по сути, предназначению родителей. В браке главенствующая роль принадлежала всегда мужчине, его слово было решающим в семье, его уважали и ему подчинялись. Он в свою очередь проявлял повсеместную заботу о жене и детях. Женщина в такой семье – в первую очередь, жена и мать, заботливая и трудолюбивая хранительница домашнего очага. Отсутствие карьеры для женщины не снимало с нее многочисленных обязанностей по дому и уходу за пожилыми членами семьи и детьми: пряхать, вязать, соблюдать чистоту в доме, готовить на многодетную семью, встречать мужа и стараться найти с ним общий язык, сгладить иногда возникающие сложности в отношениях, проявить терпение и выдержку. При всем этом, муж и жена сохраняли крепость духа, хорошее настроение, благодарность своим родителям. В семье культивировались и воспитывались такие нравственные ценности как любовь, доброта, доверительные отношения и в горе, и в радости, уважение ко всем членам рода, взаимопомощь. Появление каждого ребенка в таких союзах – это продолжение рода, счастье и радость. Семья сама по себе представляла ценность. Рассматривая жизнь Святых православной Руси, сразу обращает на себя внимание их стойкость и мужество, любовь к Отчизне, большое трудолюбие и самоотдача. Подобным было и общество. Несмотря на тяготы (история страны ими изобилует), оно сохраняло способность не унывать, радоваться, идти дальше, после ненастий оно восстанавливалось, спланивалось и укреплялось, сохраняя семьи и прирастая численностью населения. Важным фактором было общение людей. За стол садилась вся большая семья, совместными были праздники не только для всей семьи, но и на всей территории проживания близких людей. Проводилось совместное посещение церквей на службах, это тоже способствовало сохранению семейных традиций. Во время военных кампаний, когда мужчины защищали страну, женщины, пожилые люди и дети молились за них. Весь уклад жизни способствовал объединению общества. Демографические показатели говорят сами за себя. Разводов практически не было, за исключением единичных случаев, которые осуждались обществом. Искусственное прерывание беременности было запрещено. Рождаемость составляла 53,1‰ [4]. Суммарный коэффициент рождаемости – 5,5 детей на одну женщину. Численность народонаселения России на 1 января 1914 года было 178 378,8 тыс. человек. По данным Д.И. Менделеева при условии возрастания численности населения темпами дореволюционной России к 2000 году россиян было бы 594,3 млн человек [3]. Однако в настоящее время по данным Росстата на 01.01.2023 года численность постоянного населения России составляет 146 447,4 тыс. человек. И это при условии применения в стране широкого перечня мер социальной поддержки населения и достаточно высокого уровня качества жизни подавляющего большинства граждан РФ.

Рассмотрим, что произошло с ценностными ориентирами после 1917 года в России. По этому поводу А.А. Серебрякова пишет, что «ценностный подход» для России периода СССР не является характерным. Вплоть до конца 50-х годов XX века, разработка теории ценностей рассматривалась как прямая антитеза марксизму, в

пространство партийно-классового подхода к событиям и явлениям человеческой жизни теория ценностей не вписывалась [6]. В течение последних десятилетий отношения детей и родителей, а также супругов стремительно менялись. Соответственно менялось представление о семейных ценностях и сами семейные ценности подвергались ревизии и трансформации. В советское время это были различные периоды, связанные с политическими и общественными изменениями. Сразу после революции советская власть поддерживала женщину-работницу, активно стимулировалось участие женщины в общественном производстве. Сразу были разрешены легальные (впервые в мире!) аборт. При этом снижалась роль отца в семейном воспитании детей, увеличилось количество разводов. Государство стремилось поддерживать одиноких матерей. В семидесятые-восемидесятые годы 20 века государство обратило внимание на малообеспеченные семьи. Трансформируется отношение детей к родителям, снижается процент молодежи с уважительным отношением к старшему поколению. Вымываются традиции, объединяющих семью, присутствовавшие всегда в семье с традиционными ценностями. Меньше общения, меньше общих бесед и интересов. Происходит разобщение семьи. По результатам своих исследований О.Ю. Косова пишет, что «неизбежность трансформации» «десантируется» в Россию с Запада, подразумевается под собой переформатирование самой сути семьи, изменение социальной, репродуктивной жизни человека, иначе говоря, под «трансформацией» понимается разрушение семьи [2]. В жизнь вступило уже не одно поколение с видоизмененными семейными ценностями. По сути, произошел отказ от единой модели семьи для всех. При этом снижается воспитательная функция семьи, наблюдается разобщенность и отсутствие общих семейных традиций в большинстве семей, образование двух центров, где муж и жена считают себя равноценно главенствующими, что ведет к распаду семей, что в свою очередь приводит к проблемам у детей и родителей. Выстраивается отягощающая цепочка действий при потере или замене семейных ценностей, ценностей духовных материальными, что не делает людей счастливыми. Снижается уровень доверия друг другу между создающими брак до заключения «брачных контрактов», стало часто практиковаться сожительство без правового оформления семейно-брачных отношений. При этом происходит изменение демографических показателей в сторону снижения брачности и увеличения разводимости (практически каждый второй брак распадается). Как следствие, исходя из данных Росстата за последние годы – падение суммарного коэффициента рождаемости, а также отрицательный общий прирост населения.

В настоящее время для сохранения общества необходимо вернуть и сохранить духовно-нравственные ценности. В Указе Президента РФ от 09.11.2022 №809 «Об утверждении Основ государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей» (далее Указ) перечислены сами ценности, а также то, что может представлять для них угрозу, и определены меры по их защите, кроме того, названы «антиценности».

В соответствии этим Указом к традиционным российским духовно-нравственным ценностям в РФ относятся:

- жизнь, достоинство, права и свободы человека;

- патриотизм, гражданственность, служение Отечеству и ответственность за его судьбу;
- высокие нравственные идеалы, крепкая семья, созидательный труд;
- приоритет духовного над материальным, гуманизм, милосердие, справедливость;
- коллективизм, взаимопомощь и взаимоуважение;
- историческая память и преемственность поколений, а также единство народов России.

Кроме того, в этом документе сказано, что особая роль в становлении и укреплении традиционных ценностей принадлежит православию. Указано, что христианство, ислам, буддизм, иудаизм и другие религии, оказали значительное влияние на формирование традиционных ценностей граждан. Помимо традиционных ценностей, в Указе прямо названы системы идей и ценностей, которые являются чуждыми российскому народу и разрушительными для всего российского общества: культивирование эгоизма, вседозволенности, безнравственности, отрицание идеалов патриотизма, служения Отечеству, естественного продолжения жизни, ценности крепкой семьи, брака, многодетности, созидательного труда, позитивного вклада России в мировую историю и культуру, разрушение традиционной семьи с помощью пропаганды нетрадиционных сексуальных отношений.

Таким образом, традиционные духовно-нравственные ценности являются основой существования российского общества, позволяют пережить годы испытаний, сохранить целостность семьи и брака, целостность общества и страны. Для человека и для страны семья представляет собой основу, фундамент, на котором строится все счастье человека и общества, когда ее основа – порядочность, теплые человеческие отношения, взаимопомощь и милосердие. Такая ситуация ведет к стабильности и развитию, приумножению населения, что вселяет уверенность в сохранение и процветание России, нашего Отечества.

Литература

1. Даль, В. И. Толковый словарь живого великорусского языка: лингвистический словарь / В. И. Даль. – Просвещение / Дрофа, 2011. – 2734 с. – Текст : непосредственный.
2. Косова, О. Ю. О концептуальной основе развития российского семейного законодательства / О. Ю. Косова // Актуальные проблемы российского права. – 2017. – № 5(78). – С. 35-40. – DOI 10.17803/1994-1471.2017.78.5.035-040. – Библиогр.: с. 40 (1 название). – Текст : непосредственный.
3. Менделеев, Д. И. К познанию России / Д. И. Менделеев. – 6-е изд. – Санкт-Петербург : Издательство А. С. Суворина, 1907. – 157 с. – Текст : непосредственный.
4. Миронов, Б. Н. Новая историческая демография имперской России (ч. II): аналитический обзор современной литературы / Б. Н. Миронов // Вестник Санкт-Петербургского университета. История. – 2007. – № 1. – С. 100-126. – Библиогр.: с. 25-26 (115 названий). – Текст : непосредственный.
5. Рамблер : [Сайт]. – 2022. – URL: https://news.rambler.ru/community/48961528/?utm_content=news_media&utm_medium=read_more&utm_source=copylink (дата обращения: 17.04.2024). – Текст : электронный.
6. Серебрякова, А. А. Традиционные семейные ценности в современном российском обществе / А. А. Серебрякова // Право и государство: теория и практика. – 2019. – № 9(177). – С. 57-59. – Библиогр.: с. 59 (10 названий). – Текст : непосредственный.

УДК 61(476-25)

МИНСК МЕДИЦИНСКИЙ: ЭВОЛЮЦИЯ, МНОГООБРАЗИЕ, АВТОРСТВО

О.А. Кульпанович

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

MINSK MEDICAL: EVOLUTION, DIVERSITY, AUTHORITY

V.A. Kulpanovich

Institute of Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of Educational Institution “Belarusian State Medical University”, Minsk, Republic of Belarus

Резюме. Публикация посвящена анализу эволюции медицинского облика Минска. Изложены результаты профессиональной работы ведущего белорусского архитектора Барсукова М.З.

Ключевые слова: Минск, больницы, поликлиники, архитектура, Барсуков

Resume. The publication is devoted to the analysis of the evolution of the medical appearance of Minsk. The results of the professional work of the leading Belarusian architect M.Z. Barsukov are presented.

Keywords: Minsk, hospitals, clinics, architecture, Barsukov

Актуальность темы определяется жизненной необходимостью гармоничного развития инфраструктуры здравоохранения для решения общественно-полезных задач социума. Стремление к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения задает вектор развития отрасли, учитывающий структурные факторы, такие как демография, окружающая среда, характер расселения, маршрутизация пациентов, экономика, технологии, эстетика.

Цель: научное осмысление эволюции и движущих сил медицинского облика Минска, результатов профессиональной работы ведущего белорусского архитектора Барсукова М.З.

Материалы. Предметом анализа и оценки стали архивные источники. Проработан массив первичных документов, выявленных в фондах и коллекциях архивов, музеев, библиотек.

Методологической основой исследования стали принципы объективности, историзма, причинной обусловленности и социальной закономерности.

Результаты и их обсуждение. Результаты обсуждены на заседании кафедры финансового менеджмента и информатизации здравоохранения ИПК и ПКЗ УО «БГМУ», Минск, Беларусь (протокол заседания от 21.03.2024 № 5).

Что объединяет здания медицинского квартала между улицами П. Бровки, Платонова, Академической и пр. Независимости? Что общего между поликлиникой Академии наук, студенческой поликлиникой и Институтом усовершенствования врачей?

Ответ: их автор – белорусский архитектор Барсуков Михаил Захарович (1919, д. Лучно Полоцкого р-на Витебской обл. — 1979, Минск). В 2024 году медицинская общественность отмечает 105-летний юбилей зодчего.

Кроме вышеуказанных зданий Барсуков М.З. имел отношение и к другим объектам отрасли. В довоенное время он работал проектировщиком в центральном аппарате Наркомздрава БССР (совр. Министерство здравоохранения), а именно — в проектно-строительном бюро министерства и активно участвовал в проектировании медицинских зданий.

В Великую Отечественную войну Михаил Захарович пережил ужасы интернирования в Дрозды — один из первых фашистских лагерей на территории республики. Этот концентрационный лагерь для советских военнопленных и гражданского населения организован оккупантами в июле 1941 года возле деревни Дрозды, в 2-3 км от Минска, на территории совхоза имени Крупской. 100 тысяч военнопленных и 40 тысяч гражданских содержались под открытым небом. Тела более 10 тысяч человек расстрелянных и умерших сбрасывали там же во рвы [5]. После освобождения Михаил Захарович был связным партизанского отряда им. Кузнецова бригады им. Чкалова, 1943-44. Он оказывал большую помощь партизанам: распространял листовки, сводки Совинформбюро, передавал партизанам оружие и боеприпасы, снабжал медикаментами.

Барсуков М.З. внес большой вклад в послевоенное восстановление Минска. Клинический городок, возведенный в 1928-31 годах (архитектор Г. Лавров) как база медицинского факультета БГУ, исчерпал свой ресурс. Учитывая рост численности населения Минска (1926 г. – 128043 человек, 1960 г. – 538500 человек), требовалось увеличение мощности 1-й клиники. Михаил Захарович являлся автором проекта реконструкции клинического городка по Ленинскому проспекту, 64 (1964—74). По его архитектурному решению комплекс клинического городка значительно расширен, построены детский хирургический и терапевтический корпуса 1-й клинической больницы [1]. Это был удачный опыт реорганизации исторического общественного пространства под актуальные функции, необходимые городу.

Его работы отличались индивидуальностью творческого замысла, высоким качеством архитектуры. Проект Барсукова М.З. учебно-лабораторного корпуса Белорусского института усовершенствования врачей (БелГИУВ) и общежития победил в конкурсе в 1967 г. В итоге он стал его главным архитектором. Здание на улице Подлесной (совр. П. Бровки) введено в эксплуатацию в 1972 г. В девятиэтажном учебно-лабораторном корпусе с актовым залом, библиотекой и читальным залом разместились теоретические и фармацевтические кафедры, центральная научно-исследовательская лаборатория, а также подразделения управления и хозяйственно-технические службы института. На тот момент (1972 г.) БелГИУВ – это 130 человек профессорско-преподавательского состава, 30 кафедр и 5 самостоятельных курсов, на которых за год обучено 1480 слушателей [4].

Когда в 1972 году в Москве решался вопрос о месте проведения Всесоюзного совещания по специализации и повышению квалификации врачей и провизоров, то выбор пал на Минск [3]. Новое здание лучше других подходило для этой цели. Данный форум проведен 12-14 июня 1973 г. на базе Белорусского института

усовершенствования врачей [2]. В это время в СССР действовало 13 институтов усовершенствования врачей и 26 факультетов при медицинских и фармацевтических институтах.

Главным в творчестве М.З. Барсукова являлось соответствие семантики столичного статуса города вектору социального развития. Более 500 человек участников совещания с дальних уголков Советского Союза увидели линейный фасад высокого стройного здания с большими окнами, которые обеспечивали насыщенность светом. Входящих в фойе встречал фонтан с керамическими композициями принося ощущение праздника и свежести. Основное мероприятие проходило в актовом зале на 530 мест. С помощью трех лифтов делегаты поднялись на верхние этажи и посетили просторные учебные помещения. Здание функционирует более полувека [6]. Оно не только функционально, но и служит украшением города. Это является доказательством жизнеспособности идей зодчего. В настоящее время в этом здании находится Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО «БГМУ».

Работой Барсукова М.З. является Дом инвалидов (улица Калинина, 7) - важный социально-значимый объект. Здание, построенное в 1953 г., сохранилось в первоначальном виде. Сейчас в нем размещается Белорусское общество инвалидов.

Заметными объектами авторства Михаила Захаровича стали административно-деловые здания: управления Белорусской железной дороги по ул. Кирова, института истории партии при ЦК КПБ по ул. Красноармейской (совр. Палата представителей Национального собрания) и др. Барсуков М.З. занимался проектированием крупных жилых и общественных зданий. По его проекту (соавтор М.В. Рыбников) построен жилой дом по ул. Кальварийской №2 с магазином «Радиотехника» на 1 этаже. Среди его работ Дом ДОСААФ (1960) на улице Московская, 6. Здание прослужило 60 лет и снесено в январе 2020 г., чтобы продлить первое городское транспортное кольцо Минска.

Выполняя любой проект, он решал функциональные, композиционные, строительные-технические, экономические и идейно-художественные задачи в их взаимосвязи. Прекрасный образец, подтверждающий такой подход, - это здание «Белгорхимпром» (соавтор В.Д. Никитин) на ул. Варвашени (совр. проспект Машерова), в котором проявились национальные черты, 1979. Частью комплекса является стилизованная крепостная башня, которая дала название кафе «Белая вежа», закрепившееся за всем зданием. Здание включено в список лучших позднесоветских построек Минска.

В наследие творца пользователи вносят свои «коррективы». Сбиваются фасадный декор, облицовочная плитка, объемные художественные рельефы, уменьшаются или замуровываются оконные проемы, ликвидируются фонтаны. Производится перепланировка холлов, зон рекреации, устройство в них помещений, кабинетов. Исчезает эстетико-художественная составляющая, остается в сухом остатке функционал зданий. Здания живут своей жизнью.

М.З. Барсуков не был отмечен знаками отличия. Он остался живым после заключения в концлагерь Дрозды. Единственная награда творца - это юбилейная медаль «За доблестный труд. В ознаменование 100-летия со дня рождения Владимира Ильича Ленина», 1970. Несмотря на отсутствие наград, его профессионализм признан,

талант востребован. Барсуков М.З. являлся членом Союза архитекторов СССР. Его регалии и визитная карточка - это перспективные, градостроительно-значимые архитектурные объекты. Благодаря им присутствие Мастера ощутимо до сих пор. Здания, спроектированные Михаилом Захаровичем, определяют лицо Минска в двадцатом и двадцать первом веках. Они десятилетия служат людям и украшают Минск. Он нарабатывал на пантеон славы на много лет вперед. Творец максимально реализовал свои потенции и тем самым обеспечил «жизнь» после смерти (или личное социальное бессмертие) в памяти общества. По сути, это – пропуск в вечность.

Выводы: Медицинское лицо Минска определил на долгие годы белорусский архитектор Барсуков М.З. То, что его объекты успешно используются 70 и более лет, является доказательством профессионализма, таланта и ответственности творца. Имя, вдохновляющее своим примером, это лучшее, что предоставляет история.

Литература

1. Белорусский государственный архив научно-технической документации. Фонд 88.- «Барсуков Михаил Захарович, белорусский архитектор».

2. Материалы Всесоюзного совещания по вопросам специализации и повышения квалификации врачей и провизоров, проходившего 12-14 июня 1973 г. в Минске // Современные проблемы совершенствования врачей. - Москва : ЦОЛИУВ, 1974. - С. 3-15.

3. Национальный архив Республики Беларусь. Ф. 1245 Белорусский государственный институт усовершенствования врачей Наркомздрава БССР.- Оп. 1.- Д. 580.

4. Национальный архив Республики Беларусь. Ф. 1245 Белорусский государственный институт усовершенствования врачей Наркомздрава БССР.- Оп. 1.- Д. 584.

5. Преступления немецко-фашистских оккупантов в Белоруссии. 1941-1944 / Ин-т истории партии при ЦК КПБ — Фил. ин-та марксизма-ленинизма при ЦК КПСС, Ин-т истории АН БССР, Центр. гос. арх. Окт. революции и социалист. стр-ва БССР; Сост. З.И. Белуга и др. — Минск: Госиздат БССР, 1963. С. 23—24.

6. Фонды музея ИПКиПКЗ УО «БГМУ».

УДК 616.31-08:614.253.83

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ВРАЧА ЗА ПОЛУЧЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

И.К. Луцкая

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

THE DOCTOR'S RESPONSIBILITY FOR OBTAINING THE PATIENT'S PRIOR CONSENT FOR MEDICAL INTERVENTION

I.K. Lutsкая

Резюме. Стремясь максимально предупредить риск ошибок и осложнений, врач руководствуется принципами биомедицинской этики, которая охватывает особенности профессионального общения врача с пациентом, а также моральные и юридические аспекты их взаимодействия. Выбор метода лечения требует знания медицинских и юридических законов, а правильность принятого решения подтверждается подписанием информированного согласия.

Ключевые слова: информированное согласие; мотивация; биомедицинская этика.

Resume. The patient has the right to choose one of the alternative methods that guarantee the minimum risk of errors and complications. Consensus may depend on the level of competence of the specialist, his / her ability to inform and motivate. In some cases, a significant role can be played by the financial situation of the patient, which should be taken into account when choosing the means and methods of influence.

Keywords: informed consent; motivation; biomedical ethics and deontology.

Введение. Проблему взаимодействия «врач – пациент» на высоком уровне решают Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) с помощью международных медико-этических кодексов и соглашений. В соответствии с положениями Конвенции о защите прав человека вмешательство в сферу здоровья может осуществляться только после того, как человек даст на то свободное, осознанное согласие, основанное на информированности.

Общение врача с пациентом на территории Республики Беларусь регламентируется Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18.06.1993 года в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 г. № 363-З (с изм. и доп.). В соответствии со ст. 44, необходимым условием медицинского вмешательства является добровольное согласие информированного пациента после предоставления врачом надежной и понятной для него информации [2, 3].

На этом основании формируется признание автономности пациента и его права участвовать в обсуждении методов воздействия [4].

Знание своих прав и обязанностей гарантирует свободу выбора, которая предполагает для врача – соблюдение показаний и протоколов лечения, а для пациента – максимальную информацию об альтернативных медицинских методах. Взаимодействие специалиста и пациента в значительной степени регулируется положениями биомедицинской этики, которая рассматривает нравственное отношение общества и медицинских работников к праву каждого человека на жизнь и охрану здоровья [1, 4].

Цель настоящего исследования – повысить уровень ответственности врача за соблюдение этики и деонтологии при подписании пациентом добровольного согласия на медицинское вмешательство.

Материал и методы. В основу выполняемых наблюдений были положены нормативные правовые акты: Закон Республики Беларусь «О здравоохранении», Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь «О правилах медицинской этики и деонтологии» (от 07.08.2018 №64), «Правила биомедицинской этики». На десяти практических занятиях, врачебных конференциях и семинарах (присутствовали 198 слушателей). Осуществлялось обсуждение вопросов, касающихся понятий биомедицинской этики, медицинской этики и деонтологии. Отдельное внимание уделялось обсуждению ответственности врача за получения

предварительного согласия пациента на медицинское вмешательство. Проводимые семинары, «Круглые столы», врачебные конференции соответствовали Учебным планам и Программе курсов ПК, докладчики – слушатели курсов использовали учебно-методические пособия, просматривали и прослушивали мастер-классы, которые подготовлены для повышения квалификации: «Мотивация пациентов к гигиеническому уходу за полостью рта», «Мотивация к сохранению стоматологического здоровья ребенка», «Добровольное согласие информированного пациента на стоматологическое вмешательство». Заключение о результативности проведения практических занятий, семинаров и врачебных конференций по проблеме подписания информированным пациентом предварительного согласия было сделано на основании анализа мнений врачей стоматологов, слушателей курсов повышения квалификации, по данному вопросу.

Результаты исследования приводятся на конкретных примерах проводимых врачебных конференций, практических занятий, семинаров. Тщательно анализировались мнения, замечания и пожелания врачей-стоматологов.

На клинической базе 8-я ГКСП проведено 10 конференций с сотрудниками кафедры и со слушателями курсов повышения квалификации (198 человек) в формате «Круглого стола» по теме «О правилах медицинской этики и деонтологии». В основном докладе клинической конференции по теме «Модели построения взаимоотношений врача и больного» было отмечено, что стоматолог должен корректно обращать внимание пациента на его проблемы, выбрать правильную тактику и давать конкретные рекомендации в каждом случае. Участники обсудили характеристику основных форм реакции пациента на сохранение стоматологического здоровья: адекватный ответ, пренебрежительное отношение, фобическое (тревожное) состояние. Слушатели привели пример содержания беседы при тревожном отношении к болезни. «Вы, пожалуй, замечаете покраснение и отечность десневых сосочков, отмечаете кровоточивость из десен при чистке зубов. В практике стоматолога такое состояние нередко встречается, однако мы с этим можем постепенно справиться. Необходимо совместными усилиями устранить причину воспаления и регулярно поддерживать нормальное состояние десны. Сначала врач выполняет свою профессиональную работу, удаляет зубные отложения, затем Вы самостоятельно обеспечиваете регулярную индивидуальную гигиену полости рта». Содержание беседы изменяется при наличии тяжелых проявлений патологического процесса.

Семинар «Морально-этические аспекты взаимодействия врач-пациент» строился на материалах Постановления МЗ РБ «О правилах медицинской этики и деонтологии». Слушатели приводили примеры чуткого и внимательного отношения к пациентам, сочувствия, сострадания в соответствии с принципом гуманизма. Обсуждались проблемы соблюдения врачебной тайны в связи с принципом конфиденциальности. Принцип профессионализма действительно обеспечивается обязательным обучением на курсах усовершенствования. Отдельный семинар был посвящен тематике «Принципы предоставления медицинской помощи в системе здравоохранения». Тематика врачебной конференции «Источники профессионально-этических проблем» вызвала высокий интерес у присутствующих и активное участие в обсуждении

проблем общения внутри коллектива, работы с пациентами, соблюдения этики, деонтологии, подписания предварительного согласия пациентом.

На одном из практических семинаров был представлен материал, освещающий разбор и удовлетворение жалоб потребителей медицинских услуг. Обсуждались претензии в адрес медицинских работников, а также характер обоснованных и необоснованных жалоб, предлагались пути и возможности их предотвращения. Один из приведенных клинических примеров. «Предварительное согласие на медицинское вмешательство было получено врачом-стоматологом в соответствии с законодательством. После завершения протезирования зубов пациентка обращается в суд, требуя денежной компенсации за неправильное, по ее мнению, лечение. Экспертная комиссия не нашла медицинских нарушений качества при изготовлении ортопедических конструкций».

Выступающие отмечали, что проблема каждого клинического случая заключается в необходимости выбора конкретных методов лечения, соответствующих протоколам. Наличие альтернативы позволяет пациенту принять решение в соответствии со своими возможностями.

Одной из важнейших характеристик профессиональной деятельности врача является следование деонтологическим принципам. Глубокие познания, большой опыт работы, такие важнейшие личностные качества, как доброта, внимательность, отзывчивость, гуманность и терпение позволяют врачу выбрать определенную тактику общения, соответствующую состоянию пациента. Перед врачом стоит задача сориентировать пациента на принятие решения. Причем, его возможности ограничиваются рамками показаний и протоколов (длительностью воздействия, степенью риска, финансовыми затратами). Выбор пациентом метода лечения определяется заботой о собственном здоровье; социальной позицией; материальным положением (финансовыми возможностями).

На принимаемое решение отрицательно может повлиять нарушение его права иметь уважительное и гуманное отношение, получать информацию о лечении, знакомиться с медицинской документацией, давать добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Основными принципами эффективной мотивации считаются научность, правдивость и объективность, систематичность и последовательность, комплексность, социальная обусловленность. *Свободу выбора для пациента* следует рассматривать как *принцип сознательного сотрудничества*, который подразумевает добросовестное и регулярное выполнение пациентом назначенных процедур.

Заключение. Анализ мнений врачей-стоматологов о значимости семинаров и врачебных конференций по проблеме подписания пациентом предварительного согласия показал, что проведенные мероприятия способствуют получению более глубокого понимания, осознания возможностей выбора путей снижения риска жалоб и претензий.

Посредством оптимального взаимодействия врач – пациент реализуются общие принципы биомедицинской этики. Так, подписание предварительного согласия на проведение лечения дает пациенту возможность самостоятельно распоряжаться правом на жизнь и сохранение здоровья, чем обеспечивается его свобода выбора.

Литература

1. Биомедицинская этика в системе последипломного образования врачей: учеб.-метод. пособие / А.А. Александров, Т.В. Мишаткина, Т.В. Силич. /под ред. Г.Я. Хулупа.- Минск: БелМАПО, 2008. – 134 с.
2. Вагнер В.Д., Гуськов А.В. Информированное согласие пациента на медицинские вмешательства – неперемное условие оказания стоматологической помощи // Стоматология. – 2014. – №4. – С. 65-67.
3. Дегтярев Ю.Г., Чередниченко Д.В., Фомин О.Ю., Солтанович А.В. Медико-правовые аспекты информированного согласия на медицинское вмешательство// Медицина. – 2015. – №3(90). – С. 57-63.
4. Чередниченко Д.В. Модели коммуникации в системе «медицинский работник-пациент»: проблема оптимального выбора// Вопросы организации и информатизации здравоохранения. –2023. – №2. – С.47-52.

УДК614.253.83

ДОСТУПНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОЦЕНКАХ ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКИХ ПОСЕЛЕНИЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

¹А.В.Маймур, ²М.М.Сачек, ¹М.В.Пацикалик

¹Учреждение здравоохранения «34-я центральная районная клиническая поликлиника Советского района г. Минска», г. Минск, Республика Беларусь

²Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения Учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

AVAILABILITY OF PRIMARY MEDICAL CARE IN ASSESSMENTS OF PATIENTS LIVING IN URBAN AND RURAL AREAS

¹A.V.Maimur, ²M.M.Sachek, ¹M.V.Patsikalik

¹Healthcare Institution 34th Central District Clinical Polyclinic of the Soviet District of Minsk, Minsk, Belarus

²Institute of Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of Educational Institution Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Резюме. Проведен анализ мнения пациентов по вопросам доступности и качества оказания первичной медицинской помощи (ПМП) в зависимости от места проживания. Подтверждены различия в оценке доступности жителями города и села. Проведение анализа доступности медицинской помощи на регулярной основе является инструментом, направленным на повышение уровня пациентоориентированности организации здравоохранения и может служить объективным показателем для принятия обоснованных управленческих решений.

Ключевые слова: первичная медицинская помощь, качество и доступность медицинской помощи, городские поселения, сельская местность.

Resume. *An analysis of patients' opinions on issues of accessibility and quality of primary health care depending on their place of residence was carried out. Differences in assessment of accessibility by urban and rural residents have been confirmed. Conducting an analysis of the availability of medical care on a regular basis is a tool aimed at increasing the level of patient-centeredness of a healthcare organization and can serve as an objective indicator for making effective management decisions.*

Keywords: *primary health care, quality and accessibility of medical care, urban settlements, rural areas.*

Актуальность. В Концепции национальной безопасности, утвержденной решением Всебелорусского народного собрания 25 апреля 2024 года, среди основных угроз национальной безопасности указаны: депопуляция, демографическое старение, снижение уровня рождаемости, сокращение продолжительности жизни. Политика государства в области здравоохранения нацелена на усиление охраны здоровья населения, повышения доступности и качества медицинской помощи для всех граждан независимо от места проживания [2, 4]. Одна из ключевых задач – обеспечение всеобщего охвата услугами первичной медицинской помощи. Эффективная ПМП является краеугольным камнем устойчивого развития и ключом к построению здравоохранения будущего. От этого вида помощи во многом зависят конечные результаты функционирования отрасли в целом, поскольку именно он обеспечивает всеобщий охват услугами здравоохранения. Специалисты первичного звена – это «первое контактное лицо» здравоохранения для населения, они проводят профилактику, раннюю диагностику и работают с наиболее распространенными заболеваниями, что в подавляющем большинстве определяет уровень удовлетворенности населения состоянием системы в целом [1,3,5].

Цель: изучить мнение пациентов, проживающих в городской и сельской местности, о доступности и качестве ПМП.

Материал и методы. Проведено анкетирование 367 пациентов, среди которых 85,6% – жители городских поселений и 14,4% – жители сельских поселений. Среди опрошенных преобладали лица трудоспособного возраста (среди жителей городских поселений – 72,6%; среди жителей сельской местности – их было меньше – 62,3%). Женщины составили 67,2%, среди населения городских поселений и 47,2% из сельской местности. Наиболее часто в качестве профессионального статуса опрошенные указывали «служащий» (39,5% жителей городских поселений; 30,2% жителей сельской местности). Высшее образование имеют 53,2% жителей городских поселений и 22,6% жителей сельской местности. Анкета включала 24 вопроса с балльной оценкой (1 – минимальный и 5 – максимальный балл) доступности и качества медицинской помощи. Было предложено оценить врачей общей практики, врачей-специалистов (оториноларинголога, офтальмолога, невролога), лабораторные и инструментальные обследования. Достоверность различий оценивали методом однофакторного дисперсионного анализа (при $p < 0,05$ средние оценки имели достоверные различия).

Результаты и их обсуждение.

Состояние своего здоровья 48,4% респондентов из городских поселений и 28,3% респондентов из сельской местности оценили, как отличное и хорошее, 46,2% жителей городских поселений и 47,2% жителей сельской местности как удовлетворительное. 15,1% жителей сельской местности оценили состояние своего здоровья, как плохое. Наличие хронических заболеваний указали 51,9% жителей городских поселений

и 73,9% жителей сельской местности. Большинство респондентов связывают состояние здоровья с образом жизни (78,3% жителей городских поселений, 64,2% жителей сельской местности), с уровнем доходов 29,0% жителей городских поселений и 37,2% жителей сельской местности, каждый третий (31,5% в городских поселениях, 33,2% в сельской местности) с деятельностью системы здравоохранения.

Для оценки осведомленности населения об организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения по принципу врача общей практики в анкету был включен вопрос о враче «первичного» контакта. В качестве такого врача лишь каждый третий городской житель (30,9%) назвал врача общей практики, а каждый пятый (20,1%) затруднился с ответом. Среди жителей сельской местности 37,7% назвали врача общей практики, а затруднились с ответом только 3,8%.

Положительное отношение к проводимой диспансеризации отметили 35,4% опрошенных жителей городских поселений, а 19,4% считают ее бесполезной и ненужной; каждый четвертый (26,4%) затруднился с ответом.

Среди жителей сельских поселений 39,6% положительно относятся к проводимой диспансеризации, затруднились с ответом и считают ее бесполезной и ненужной по 20,7%.

В качестве изменений в работе амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения за последние 3 года жители городских поселений чаще всего указывали запись к врачу через интернет (58,9%); 32,8% не отмечали никаких изменений; по 18% указали внедрение электронного рецепта и электронной очереди.

Жители сельской местности также чаще отмечали запись к врачу через интернет (41,5%); каждый пятый (20,8%) указал внедрение электронного рецепта; однако 32,1% не отмечали никаких изменений в работе своей поликлиники.

Не отмечают влияния изменений в организации работы поликлиники на доступность медицинской помощи 35% респондентов из городских поселений и 49% из сельской местности; затруднились с ответом – 35,7% городских и 26,4% сельских жителей.

41,1% опрошенных жителей из городских поселений и 39,6% из сельской местности считают, что изменения в организации работы по оказанию медицинской помощи за последние 3 года привели к улучшению качества медицинской помощи. Однако, более одной трети как жителей города, так и села (34,1% и 33,9% соответственно) не отмечали изменений.

Доступность врачей-специалистов респондентами в среднем была оценена на $3,34 \pm 1,26$ балла ($3,12 \pm 1,28$ – врача-офтальмолога, $3,23 \pm 1,24$ – врача-оториноларинголога, $3,34 \pm 1,18$ – врача-невролога). Доступность врача общей практики была оценена выше ($3,74 \pm 1,0$; $p < 0,001$).

Доступность врачей-специалистов респондентами из городских поселений была оценена в среднем на $3,24 \pm 1,23$ балла ($3,16 \pm 1,27$ врача-офтальмолога, $3,23 \pm 1,23$ – врача-оториноларинголога, $3,34 \pm 1,16$ врача-невролога), а доступность врача общей практики на $3,74 \pm 0,99$ балла, что было достоверно выше ($p < 0,001$).

Доступность врачей специалистов жителями сельской местности в среднем была оценена на $3,14 \pm 1,29$ балла ($2,91 \pm 1,23$ – врача-офтальмолога, $3,23 \pm 1,32$ – врача-

оториноларинголога, $3,28 \pm 1,3$ – врача-невролога), а доступность врача общей практики на $3,79 \pm 1,11$ балла, что также было достоверно выше ($p=0,01$).

Доступность диагностических исследований в среднем была оценена на $3,91 \pm 1,08$ балла ($3,51 \pm 1,19$ – УЗИ, $3,98 \pm 1,02$ – рентгеновских исследований, $4,03 \pm 1,04$ – лабораторных исследований, $4,12 \pm 0,94$ – ЭКГ). Доступность УЗИ жителями городских поселений была оценена на $3,51 \pm 1,19$; балла; жителями сельской местности на $3,48 \pm 1,27$ балла. Доступность рентгеновских исследований была оценена жителями городских поселений на $4,02 \pm 0,99$ балла; жителями сельской местности на $3,77 \pm 1,21$ балла. Доступность ЭКГ была оценена жителями городских поселений на $4,13 \pm 0,91$ балла; жителями сельской местности на $4,02 \pm 1,13$ балла. Доступность лабораторных исследований оценена жителями сельской местности на $3,48 \pm 1,27$ балла; а жителями городских поселений на $4,09 \pm 0,98$ балла, что достоверно выше ($p=0,006$).

Заключение. Проблема доступности медицинской помощи остается актуальной. Представленные данные подтвердили различия в доступности ПМП для населения, проживающего в городских поселениях и в сельской местности. Доступность врача общей практики была оценена выше, чем доступность врачей-специалистов как в городе, так и в сельской местности. Каждый пятый респондент считает бесполезным проведение диспансеризации, при этом каждый второй житель города отмечал наличие хронических заболеваний, а среди сельских жителей – они имели место у 71,9%. Установлена более низкая самооценка состояния здоровья жителями сельской местности.

Проведение анализа доступности медицинской помощи, организационных технологий, внедряемых в здравоохранение, является инструментом, направленным на повышение уровня пациенториентированности организации здравоохранения и может служить объективным показателем для принятия обоснованных управленческих решений.

Литература

1. Анализ современных тенденций формирования амбулаторно-поликлинических учреждений в качестве цифровых диагностических центров: экспертный обзор // НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента URL: <https://niiroz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/obzory/> (дата обращения: 11.05.2024).
2. Закон Республики Беларусь “О здравоохранении” 18.06.1993, № 2435-XII // URL: <https://normativka.by/lib/document/500073464/sid/79ac117c285d4bc9b07088be7f4b8a0b/> (дата обращения 05.05.2024).
3. Организация командной работы в первичном звене: зарубежный опыт // НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента URL: <https://niiroz.ru/moskovskayameditsina/izdaniya-nii/obzory/> (дата обращения: 11.05.2024).
4. Постановление Совета Министров Республики Беларусь “О Государственной программе “Здоровье народа и демографическая безопасность на 2021-2025 годы” 19.01.2021, № 28 // URL: <https://normativka.by/lib/document/500299430/sid/8f11aae381274ce58a919c5b3f2c9404/> (дата обращения 08.05.2024).
5. Руголь Л.В., Сон И.М., Кириллов В.И., Гусева С.Л. Организационные технологии, повышающие доступность медицинской помощи для населения // Профилактическая медицина. 2020. №23(2) -. С. 26-34.

ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕГРАЦИИ СИСТЕМЫ ТЕЛЕКОММУНИКАЦИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАКТИКУЮЩЕГО ВРАЧА

Мелихова П.М., Страканёва Д.А.

*Научный руководитель: ассистент кафедры общественного здоровья и
здравоохранения Е.А. Земцова*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образова-
ния «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохра-
нения Российской Федерации, г. Волгоград*

IMPORTANCE OF TELECOMMUNICATION SYSTEM INTEGRATION IN THE ACTIVITY OF A PRACTICING PHYSICIAN

Melihova P.M., Strakanyova D.A.

*Supervisor: Assessor of the Department of Public Health and Health Care E.Zemtsova
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Volgograd State Medical Uni-
versity", Ministry of Health of the Russian Federation, Volgograd, Russia*

Резюме. Телемедицинские технологии сегодня являются мощным инструментом для улучшения здравоохранения и обеспечения доступа к качественной медицинской помощи во всем мире. Одним из ключей к повышению эффективности и рентабельности телемедицины в этой области является ее использование в качестве инструмента оценки динамики лечения.

Ключевые слова: телемедицина, цифровая медицина, телеконсультации, Server Attached Storage, онлайн-прием.

Актуальность. Телемедицина предоставляет возможность проконсультироваться онлайн с определенным врачом без визита в медицинское учреждение. При помощи различных средств связи пациент связывается с врачом, рассказывает о своих симптомах, а также получает консультацию с указаниями, как действовать дальше.

Summary. Telemedicine technologies are now a powerful tool to improve healthcare and access to quality care worldwide. One of the keys to improving the efficiency and cost-effectiveness of telemedicine in this area is its use as a tool to assess the dynamics of treatment.

Keywords: telemedicine, digital medicine, teleconsultation, Server Attached Storage, online appointment.

Relevance. Telemedicine provides an opportunity to consult online with a certain doctor without visiting a medical facility. Through various means of communication, the patient contacts the doctor, tells about his symptoms, and receives a consultation with instructions on how to proceed.

Введение. Телемедицина является мощным инструментом для улучшения здравоохранения и обеспечения доступа к качественной медицинской помощи во всем мире. Основной составляющей технологии является возможность общения с врачом в режиме реального времени, а также, с представителями одной или нескольких специальностей. Применение телемедицины дает возможность объединить территориально разобщенных врачей и пациентов, а также получить коллективное решение нетипичного проявления заболевания [1].

Цель исследования. Продемонстрировать необходимость продвижения телемедицинских технологий в практике врача, используя описание преимуществ, связанных с интеграцией данной технологии.

Материалы и методы исследования. Решение поставленной цели осуществлялось на основе применения общенаучных методов исследования в рамках статистического, сравнительного и логического анализа.

Результаты исследования. За последнее десятилетие возник значительный интерес к возможности использования телемедицины в качестве профилактического наблюдения и амбулаторного сопровождения пациента [2]. Консультации проводятся в форматах «врач-врач» и «пациент-врач». Технология является удобным инструментом для телеобучения врачей и решения неоднозначных клинических кейсов, при помощи онлайн встреч врачебных консилиумов. Альтернативным вариантом очного приема пациента служит дистанционная консультация «пациент-врач», которая позволяет сохранить пациента в системе первичной медицинской помощи, а также сократить количество поездок со стороны пациента в медицинскую организацию и участкового терапевта на вызов.

В нашем регионе также активно применяются технологии на базе Волгоградской областной клинической больницы №1. Уже на протяжении нескольких лет ведется консультация пациентов в различных режимах, а также проведение дистанционных образовательных мероприятий. Дистанционной консультации проводятся более чем по 40 медицинским профилям. На данный момент технология стала доступна всем пациентам, а также врачам для онлайн консилиумов. Сегодня число консультаций увеличилось более чем на 600 услуг за последние несколько месяцев.

Посещение пациентом врача является наиболее предпочтительным, но более затратным вариантом, особенно в период заживления ран. Из-за неудобств, связанных с передвижением, многие пациенты вынуждены оставаться дома. Эффективное решение этой проблемы представляет собой использование телемедицины, путем передачи изображений ран пациента через SAS (Server Attached Storage). Используя данное хранилище врач сможет осмотреть больше ран за рабочую смену без необходимости посещать пациента. Информационно-коммуникационные технологии позволяют сэкономить время и ресурсы, так как не требуется физическое присутствие пациента и врача в одном месте [4]. Видеоконсультации и осмотр ран в режиме онлайн позволяют определить необходимые действия и рекомендации для дальнейшего лечения. Это особенно полезно для пациентов, находящихся в отдаленных районах или с ограниченной подвижностью. Таким образом, использование телемедицины может значительно улучшить доступность и качество медицинской помощи пациентам с заживающими ранами.

Прибегнуть к использованию телекоммуникации могут люди не только с заживающими ранами, но и пациенты с ослабленным иммунитетом, психологическими проблемами, эндокринными заболеваниями. Онлайн консультация для пациентов со сниженной резистентностью гарантирует безопасность, исключая контакт с больными людьми, а также позволит получить наиболее оперативную медицинскую помощь. В научной литературе также отражаются положительные

результаты применения телемедицинских технологий при оказании психологической помощи, особенно женщинам, столкнувшимся с послеродовой депрессией. Консультации данных специалистов столь же эффективны, как и индивидуальные посещения. Телемедицина шагнула далеко вперед и в настоящий момент удаленные консультации применяют и к пациентам, страдающим сахарным диабетом. Для них дистанционный мониторинг может улучшить контроль уровня глюкозы. К тому же технологии предоставят возможность задать вопрос в критическом моменте и скорректировать дозировку препаратов [5].

В свою очередь, телемедицина сопровождается определенными ограничениями, такими как недостаточная конфиденциальность, ограничение онлайн-приема лишь визуальным осмотром. Также более подробную консультацию можно получить только при наличии ранее установленного диагноза.

Заключение.

Телемедицина послужит альтернативным вариантом личных консультаций тем пациентам, кто посещал ранее врача очно и имеет установленный диагноз. Технология поможет пациенту не потерять связь с врачом и продолжить консультации в формате онлайн. Виртуальный прием позволит не повышать нагрузку на поликлинику и стационар, а также, минимизировать частоту визитов в медицинские учреждения пациентов, нуждающихся в интенсивном уходе и с тяжелыми нарушениями [4].

Литература

- 1.Pap S. Telemedicine in plastic surgery: e-consult attending surgeon // Plast Reconstr Surg. – 2020; 110(2): 452-454
- 2.Блинов С.В. Основные подходы к определению содержания термина "телемедицина" / С.В. Блинов, Н.М. Кузьмина, С.Н. Ревина, А.В. Сидорова // Юрист. – 2019. – № 5. – С. 58-63
- 3.Малая С. В. Телемедицина в новых правовых реалиях / С.В. Малая // Медицинское право. – 2023. – С. 24-28
- 4.Петрова Р.Е. Современное состояние развития телемедицины в России: правовое и законодательное регулирование / Р.Е. Петрова, Н.А. Шеяфетдинова, А.А. Соловьев // Профилактическая медицина. – 2019. – Т. 22, № 2. – С. 5-9.
- 5.Проскура Н.С. Актуальность развития телемедицины в Отечественной системе здравоохранения / Н.С. Проскура, О.А. Каныгина // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века. – 2019. – С. 324-326.

УДК 613.2

ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОСТАВОВ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ, И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

А.Ю. Михальчук, И.В. Мурашова

*Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского,
г. Симферополь, Республика Крым*

THE GLOBAL PROBLEM OF FOOD COMPOSITIONS AND THEIR IMPACT ON THE QUALITY OF LIFE OF THE POPULATION

A.Yu. Mikhalchuk, I.V. Murashova

Order of the Red Banner of Labor Medical Institute named after. S.I. Georgievsky, Simferopol, Republic of Crimea

Резюме. В работе представлена глобальная проблема составов продуктов питания, их влияния на здоровье населения. В настоящее время полки магазинов «ломятся» от продуктов, многие из которых содержат добавки, такие как: трансжиры, повышающие риск развития атеросклероза, подсластители, приводящие к инсулинорезистентности, усилители вкуса, вызывающие метаболический синдром, красители, являющиеся аллергенами.

Ключевые слова: трансжиры, подсластители, красители, маргарин, спред

Resume. The work presents the global problem of food compositions and their influence. Store shelves are “crowded” with products with relatively healthy/unhealthy/harmful additives such as: trans fats that increase the risk of developing atherosclerosis, sweeteners that lead to type 2 diabetes, flavor enhancers that cause metabolic syndrome, dyes that are allergens.

Keywords: trans fats, sweeteners, colors, margarine, spread.

Актуальность. Актуальность вопроса о составах продуктов питания очень широка и обширна ввиду того, что пищевые добавки, такие как: трансжиры (маргарин, спред), подсластители с высоким содержанием сахаров (кукурузный сироп), усилители вкуса (глутамат натрия, гидролизованные растительные белки), красители (диоксид титана), находятся в составах многих пищевых продуктов по всему миру и при длительном употреблении могут существенно ухудшить качество жизни и здоровья населения. Так, трансжиры - ненасыщенные жиры, находящиеся в транс-конфигурации, которые могут привести к гормональным, ферментативными изменениям, а также увеличивают количество ЛПНП и ЛПОНП, что ведет к повышению риска атеросклеротических изменений и сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь. Чрезмерное употребление подсластителей с высоким содержанием сахаров может приводить к нарушению обмена веществ, развитию инсулинорезистентности с возможным формированием сахарного диабета 2ого типа. Усилители вкуса могут стимулировать аппетит и, соответственно, приводить к переяданию и метаболическому синдрому, а также к уменьшению чувствительности рецепторов языка и невосприимчивости вкусов натуральных продуктов. В свою очередь, красители могут вызвать сильную аллергическую реакцию, преимущественно немедленного типа, имеют проопухолевый эффект и, как следствие, оказывают влияние на органы и системы органов.

К примеру, рассматривая продажу маргарина/спреда в странах СНГ, в зависимости от экономической ситуации происходили изменения в отношении потребления трансжиров. Так, с 2016 по 2020 гг. спрос на данного вида продукцию снизился, в целом, на 5,0%, а в 2020 году начавшийся кризис повлиял на рост продаж относительно дешевой продукции, в среднем, на 3,3%. В тоже время продукция красителей, подсластителей, усилителей вкуса с 2022 года, в среднем, выросли более чем на 1,4%. Таким образом, можно утверждать, что данная проблема является очень актуальной в наши дни.

Цель: 1) Установить распространённость добавок, таких как: трансжиры, подсластители, усилители вкуса, красители в составах продуктов на прилавках магазинов;

2) Установить процентарность продаж относительно дешевой продукции (маргарина) среди населения СНГ;

3) Выяснить, на сколько осведомлены граждане СНГ о вреде продуктов питания с различными пищевыми добавками;

4) Изучить влияние продуктов питания с различными добавками на самочувствие и состояние людей.

Материалы и методы. В ходе исследования использовались данные о современных пищевых добавках, применяемые в последние годы. Производился анализ исследований с процентарностью спроса относительно дешевой продукции (заменителями сливочного масла). Проводился сбор информации и анкетирование граждан СНГ для оценки осведомленности населения о пищевых добавках. Также, произведен сравнительный анализ разных продуктов питания с пищевыми добавками, находящихся в магазинах, и их распространённость.

Результаты и их обсуждение. После проведения анкетирования, опроса граждан, анализа полученной нами информации, сравнения составов продуктов питания и изучение осведомленности населения были получены следующие результаты: 87,1% уверены, что необходимо уделять внимание на состав продуктов, но делают это всего 45,0%, 30,3% иногда смотрят, а 13% считают вовсе не нужным уделять внимание составам продуктов. Около 64,5% граждан ознакомлены с понятиями трансжиры, пищевые красители, подсластители, красители, но из них всего 29,0% точно знают и понимают о вреде продуктов, 6,7% впервые узнали о вреде добавок, но 80,0%, то есть большая часть, хотели бы узнать больше про пищевые добавки и их влияние на организм. 74,2% указало, что замечали ухудшение состояния после употребления «плохих» продуктов на постоянной основе и отмечали такие симптомы как: вздутие, метеоризм, высыпания на коже, зуд, тяжесть в животе. Около 45,0% делают выбор в сторону дешевой продукции.

Выводы:

1. Распространённость различных пищевых добавок в составах продуктов на прилавках магазинов очень высока. В молочном, хлебобулочном, кондитерском, колбасно-сырном отделах, и даже в отделе «напитки» находится большой выбор продуктов, в составах которых содержатся вредные/относительно вредные добавки. Самыми распространенными являются: Е610 (глутамат натрия), кукурузный сироп с высоким содержанием фруктозы, маргарин, растительные жиры (пальмовое масло), красители: Е120, Е124, Е133, Е102).

2. Процентарность продаж маргарина среди опросившего нами населения достигла до 26,9%. Причем, 45% опросивших указали, что их выбор менее качественной продукции зависит от более низкой цены.

3. Осведомленность граждан СНГ о вреде продуктов питания с различными добавками, в целом, сомнительна. В целом, люди слышали понятия трансжиры, пищевые красители, подсластители, и другие, но всего 29,0% понимают в должной мере о чем идет речь. Аналитические данные указывают, что не многие знают о вреде добавок в

пище, но 87,1% уверены, что необходимо уделять внимание на состав продуктов, но делают это всего 45,0% на постоянной основе, 30,3% иногда смотрят, 24.7% не следят. Но, так же, каждый второй указывает на то, что выбор продукции в магазинах, все же, зависит от ценовой категории и, иногда, выбор падает на менее качественный продукт независимо от уровня знаний о вреде добавок, то есть, на первое место выносятся ценовая категория продукта.

4. Изучая влияния продуктов питания с различными добавками на самочувствие людей, 74,2% указало, что после частого употребления пищи, содержащей много сомнительных добавок, появляются диспепсические расстройства, кожные высыпания, среди них, у 19,4% появляются через раз. На основе вышесказанного, можно утверждать, что постоянное употребление продуктов с добавками отрицательно сказывается на самочувствии и состоянии организма, что существенно влияет, а точнее, ухудшает, качество жизни и может повышать риск развития ряда других заболеваний, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическими нарушениями.

Литература

1. Анализ рынка маргарина и спреда в странах СНГ в 2016-2020 гг, оценка влияния коронавируса и прогноз на 2021-2025 гг // https://businessstat.ru/images/demo/margarins_and_spreads_cis_demo_businessstat.pdf?ysclid=lvnmhe5peu75623331 URL: <https://businessstat.ru/> (дата обращения: 01.05.2024).
2. Анализ рынка красителей и пигментов в России в 2016-2020 гг, оценка влияния коронавируса и прогноз на 2021-2025 гг // https://businessstat.ru/images/demo/dyes_and_pigments_russia_demo_businessstat.pdf?ysclid=lvnn5fb266943733524 URL: <https://businessstat.ru/> (дата обращения: 01.05.2024).
3. Маргарин Агроэкспорт // <https://aemcx.ru/> URL: https://aemcx.ru/wp-content/uploads/2021/09/Обзор-ВЭД_маргарин_28-09-21.pdf?ysclid=lvnm7rgr3r950431011 (дата обращения: 01.05.2024).

УДК 614.2:364-053.9(1-22)

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

С.Ф. Михалюк, Р.А. Михалюк, А.В. Байда

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

FEATURES OF ORGANIZING MEDICAL AND SOCIAL CARE FOR PEOPLE OF OLDER AGE GROUPS IN RURAL AREAS

S.F. Mikhaliuk, R.A. Mikhaliuk, A.V. Bayda

Резюме. В статье рассматриваются вопросы медицинской и социальной помощи людям старших возрастных групп в сельской местности, изучаются особенности их заболеваемости, определяющие специфику оказания им медицинской помощи.

Ключевые слова. Пожилые люди, сельская местность, медицинская и социальная помощь.

Resume. The article discusses issues of medical and social assistance to people of older age groups in rural areas, studies the characteristics of their morbidity, which determine the specifics of providing them with medical care.

Keywords. Elderly people, rural areas, medical and social care.

Прогрессирующее старение населения, обусловленное увеличением доли людей старших возрастных групп в общей численности населения, остается одной из наиболее актуальных проблем современного общества. В Республике Беларусь, как и во всем мире, сохраняется общемировая тенденция к увеличению в популяции числа лиц пожилого и старческого возраста. Характерной особенностью этого процесса является значительное увеличение среди населения численности лиц старческого возраста; сегодня каждый четвертый пожилой человек уже перешагнул 75-летний рубеж. Следовательно, продление их не только «биологической», но и «социальной» жизни – неоспоримый приоритет в области социальной политики [1].

Основой рационального планирования мероприятий по улучшению состояния здоровья и медицинского обслуживания населения является постоянное изучение происходящих демографических процессов. Анализ состояния здоровья населения, направленный на изучение заболеваемости, инвалидности, физического развития и демографических процессов, является необходимым для планирования, прогнозирования и оптимизации системы здравоохранения. Постоянный контроль за состоянием здоровья населения, углубленный демографический анализ дает возможность оценить, что будет с трудовыми резервами, как изменятся возрастной состав населения, типы расселения [8,9].

Изменение возрастной структуры населения ставит перед обществом ряд серьезных задач. Одной из таких задач является организация медицинского обеспечения и проведения социальной работы среди пожилых людей. Необходимо обратить внимание на то, что увеличение количества пенсионеров по сравнению с лицами трудоспособного возраста в последнее время связано не столько с увеличением числа пожилых людей, сколько с уменьшением численности трудоспособного населения. В результате, основными пациентами организаций здравоохранения (их подразделений) на селе являются пожилые и престарелые люди [10].

Одним из основных факторов риска, оказывающих крайне негативное воздействие на естественный процесс старения, является снижение качества жизни. Качество жизни представляет собой важный комплексный показатель, имеющий такие составляющие, как физическое, психическое, духовное здоровье, удовлетворенность условиями жизни, медико-социальное обеспечение. Это предполагает увеличение финансирования здравоохранения, разумное сочетание перехода к деятельности врачей общей практики с сохранением доступности специализированной врачебной помощи, потребность в которой с возрастом увеличивается, а также развитие, при

финансовой поддержке органов социальной защиты, на базе сельских участковых больниц медицинских учреждений медико-социальной помощи [5].

Социально-экономические условия жизни сельских жителей значительно отличаются от жизни в условиях города (городских условий). Слабое развитие инфраструктуры в сельской местности, низкая плотность населения и плохая связь между отдельными населенными пунктами, удаленность от населенных пунктов с организациями здравоохранения (их подразделений) в значительной степени затрудняет доступность для сельских граждан как медицинской, так и социальной помощи. Негативное влияние оказывает также низкий уровень комфортности проживания сельского населения. Условия быта и сложности сельскохозяйственного труда вызывают определенные сложности оказания медицинской помощи сельскому населению.

Проблема старения приобретает особое значение для сельской местности. Это обусловлено многими проблемами и, в частности, миграцией трудоспособного населения вместе с детьми в города, что способствует увеличению численности лиц пожилого и старческого возраста. Негативное влияние на процесс старения оказывает и качество жизни.

Анализ демографических процессов (полового и возрастного состава населения, смертности и рождаемости, миграционных характеристик и т.д.) дает возможность оценки трудовых резервов, возрастного состава, типов расселения. В свою очередь, сложившаяся медико-демографическая ситуация диктует необходимость уделять большее внимание развитию одного из важнейших направлений гериатрической и медико-социальной помощи пожилым и престарелым гражданам в сельской местности [6].

Изменения в демографической ситуации, связанные с увеличением доли людей старших возрастных групп и резким уменьшением рождаемости в сельской местности, ставит перед собой задачу сохранения и укрепления здоровья, повышение уровня и качества жизни сельского населения.

Одно из ключевых направлений решения этой проблемы принадлежит мероприятиям медицинской направленности, особенно исследованиям в области гериатрии – науки, изучающей биологические и клинические аспекты нормального старения и специфические черты заболеваний людей пожилого и старческого возраста.

С увеличением числа людей пожилого и старческого возраста растет число возраст-ассоциированных состояний и заболеваний, поэтому изучение клинических и фенотипических показателей, в последующем установление их взаимосвязи с молекулярно-генетическими маркерами, ассоциированными со старением и продолжительностью жизни, помогут определить факторы, влияющие на долгожительство и качество жизни, а также предложить практические методы, способствующие достижению благополучного старения.

Обеспечение здорового, естественного старения должно строиться на оказании доступной и качественной медицинской помощи, учитывающей особенности состояния здоровья пожилых и специфический характер их заболеваемости [2,3].

Определяющими факторами здоровья населения является совершенствование организационных форм оказания медицинской помощи, профилактической и диспансерной работы в сельской местности. Для устранения кадрового дефицита в сельской

местности необходимо уделить внимание укомплектованию кадрами фельдшерско-акушерских пунктов, развивать общеврачебные практики, привлечь к работе сотрудников медико-социальных служб. Улучшать жизненные условия сельских жителей, уделив внимание молодым семьям и семьям молодых специалистов. Обустраивать сельские населенные пункты социальными объектами, уделив внимание развитию амбулаторий врача общей практики, ФАПа.

Уменьшение числа участковых больниц, отток врачебных кадров, недостаточное обеспечение сельских учреждений здравоохранения медицинским оборудованием и инструментарием, санитарным транспортом требует экстренных мер, способных устранить негативные тенденции.

Реструктуризация коечного фонда учреждений здравоохранения сельского района должна осуществляться с одновременным наращиванием числа отделений дневного пребывания в амбулаториях и участковых больницах, стационаров на дому [4].

Реформирование медицинской помощи сельским жителям должно предусматривать развитие амбулаторно-поликлинической помощи, взвешенный подход к обеспечению помощью, оказываемой в стационарных условиях, по месту жительства, развитие альтернативных форм больничной помощи с учетом социально-психологических установок сельского населения, а также разработку механизмов реальной социально-экономической поддержки медицинских работников на селе.

Особенности заболеваемости у лиц старшего возраста определяют специфику оказания им медицинской помощи. В связи с тем, что у пожилых отмечается высокая частота осложнений, вызванных болезнью и лечением, а также затяжной период выздоровления, возникает необходимость в обязательной реабилитации, которая может проводиться в рамках реабилитационных геронтологических центров либо отделений, действующих в режиме стационара [7].

Данные обстоятельства, безусловно, необходимо учитывать при выработке новой стратегии государственной политики по охране здоровья жителей села и развитию общественного здравоохранения в сельской местности.

Для сельских населенных пунктов, имеющих недостаточную транспортную доступность, отдаленных от ЦРБ, со значительным числом проживающих лиц пожилого и старческого возраста необходимо уделять внимание:

- организации и расширению деятельности амбулаторий врача общей практики для оказания первичной, доврачебной, первичной врачебной, неотложной и паллиативной помощи;
- развитию мобильных форм оказания медицинской помощи, проведения диспансеризации (в том числе используя передвижные медицинские комплексы);
- укреплению материально-технической базы организаций здравоохранения в сельских районах, предусматривающих целевое финансирование данных учреждений.

Таким образом, обеспечение здорового старения является важным условием поддержания демографической, экономической, социальной и духовной безопасности, позволяющим сохранить государственную и общественную стабильность. Формирование в общественном сознании чувства уважения к пожилым людям послужит значительным фактором укрепления и повышения благосостояния общества.

Необходимо отметить значительную потребность пожилых людей не только в медицинской, но и в первую очередь, в медико-социальной помощи. Это обусловлено их одиночеством, а также неукомплектованностью штатов как социальных учреждений, так и учреждений здравоохранения в сельской местности.

Выводы:

1. Сохранение и укрепление здоровья населения, повышение уровня и качества жизни сельского населения – является важной составляющей социально-экономического развития.

2. Улучшения демографических показателей можно добиться путем постоянного совершенствования системы здравоохранения.

3. Основными направлениями улучшения медико-социальной помощи должна стать организация социальной работы и медицинского обеспечения лиц пенсионного и старческого возраста.

4. Учитывая преобладание среди сельских жителей людей пожилого и старческого возраста, следует уделять внимание развитию гериатрической службы, а также проводить целенаправленную подготовку врачей и среднего медицинского персонала по проблемам организации и оказания медицинской помощи лицам старших возрастов.

5. Проводить работу, направленную на осуществление медико-социальной помощи на дому, организацию помощи по уходу за одинокими и пожилыми людьми.

Литература

1. Воробьева Т.Е. Гериатрия /Т.Е. Воробьева, А.Я. Куницына, Т.Ю. Малеева. – Ростов на/Д.: Феникс, 2015. – 152 с.

2. Методические рекомендации по раннему выявлению когнитивных нарушений, синдрома старческой астении, зависимости от посторонней помощи: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14.05.2023 № 739.

3. Молекулярно-генетические аспекты старения и долгожительства: учеб-метод. пособие /А.В. Байда [и др.]. – 2-е изд. – Минск: БелМАПО, 2020.

4. Новокрещенова И.Г. Амбулаторно-поликлиническая помощь лицам пожилого и старческого возраста / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, И.К. Сенченко // Клиническая геронтология. – 2017. – Т.23, №3/4. – С.13-18.

5. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Коновалов С.С. Избранные лекции по гериатрии / Под ред.чл.-корр. РАМН В.Х. Хавинсона. – СПб., 2008. – 778с.

6. Руководство по геронтологии и гериатрии.: в 4-х т. Т.3: Клиническая гериатрия / под ред.:В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2018. – 896с.

7. Сухова Л.С. Реабилитация как составляющая ухода за больными и инвалидами пожилого возраста. //Проблемы старости: духовные, медицинские и социальные аспекты – М: Изд-во «Свято-Дмитриевское училище сестер милосердия», 2019. – С. 93-105.

8. Эндриус Г.Р. Стратегические направления работы Международной ассоциации геронтологии// Успехи геронтологии. – 2021. – Вып.8. – С.7-13.

9. Andrews G.R. Statement to the Preparatory Committee for the Second World Assembly on Ageing // IAG Newsletter. – 2021. – Vol. 7. – P. 2.

10. Lovell M. Caring for the elderly: Changing perceptions and attitudes//J. Vasc. Nurs.Med. Dir. Assoc. – 2015. – № 24 (1). – P. 22-26.

СИБИРЬ И ЯКУТИЯ В СУДЬБАХ СОВРЕМЕННОКОВ Н.А.СЕМАШКО

М.Н. Петрова

*ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К.Аммосова», г. Якутск,
Россия*

SIBERIA AND YAKUTIA IN THE FATES OF N.A. SEMASHKO'S CONTEMPORARIES

M.N. Petrova

North-Eastern Federal University named after M.K. Ammosov, Yakutsk, Russia

Резюме. В статье приводятся факты биографии выдающихся врачей, выходцев из разных сословий, регионов, так или иначе связанных с личностью Н.А.Семашко, первого народного комиссара здравоохранения РСФСР. Всех их объединила любовь к медицине и мечта, к которой они шли каждый своим нелёгким путём – учёба на медицинском факультете Московского университета, а также политическая и общественная деятельность.

Ключевые слова: медицинский факультет Московского университета; студенческие годы; Сибирь, Якутия, история медицины.

Summary. The article presents biographical facts of outstanding doctors, who came from different classes and regions, but they were united by their love for medicine and a dream, to which they each went their own difficult way - studying at the medical faculty of Moscow University.

Keywords: medical faculty of Moscow University; student years; Siberia, Yakutia, history of medicine.

Актуальность. Н.А. Семашко – первый народный комиссар здравоохранения РСФСР; С.И. Мицкевич – первый директор Музея революции; Н.С. Коротков – пионер современной сосудистой хирургии; П.Н. Сокольников – первый врач из народа саха.... Всё это будет потом, а пока... Будучи выходцами из разных сословий, столкнувшись в ранние годы с определенными трудностями, С.И. Мицкевич, Н.А. Семашко, Н.С. Коротков и П.Н. Сокольников были целеустремленными молодыми людьми, последовали за своей мечтой и поступили на медицинский факультет Московского университета. Ещё студентами они практиковались, помогая ликвидировать эпидемии особо опасных инфекций. Студентам-медикам 1888-1898 годов посчастливилось слушать лекции всемирно известного физиолога И.М. Сеченова, хирурга Н.В. Склифосовского, основоположника педиатрии в России Н.Ф. Филатова, клинициста А.А. Остроумова, эпидемиолога Ф.Ф. Эрисмана и других выдающихся ученых-медиков. По воспоминаниям С.И. Мицкевича, это был «золотой век» Московского университета.

После окончания университета молодые доктора не только вели обширную практику, но и принимали активное участие в политической жизни России.

Цель исследования: дать анализ биографии и профессиональной деятельности выдающихся основоположников здравоохранения, исследовать переплетение их судеб и событий молодого российского государства.

Материалы и методы исследования: биографии Н.А. Семашко, С.И. Мицкевича, Н.С. Короткова, П.Н. Сокольников из открытых источников.

Результаты и их обсуждение. Будучи молодыми людьми, Н.А. Семашко С.И. Мицкевич Н.С. Коротков П.Н. Сокольников в одно время обучались на медицинском факультете Московского университета. В последующем в судьбах С.И. Мицкевича и Н.А. Короткова значительную роль в личной и профессиональной жизни сыграли Сибирь и Якутия.

Табл.1. Студенческие годы

Ф.И.О.	С.И.Мицкевич	Н.А.Семашко	Н.С.Коротков	П.Н.Сокольников
Годы рождения, место	1869 г., г. Яранск, Вятская губерния (ныне Кировская область)	1874 г., с. Ливенское Елецкого уезда Орловской губернии (ныне Задонский район Липецкой области)	1874 г., г. Курск	1865 г., Секкячинский род, 3-ий Жехсогонский наслег Ботурусского улуса (ныне Таттинский улус). Якутская республика
Начало учебы			1893 году поступил на медицинский факультет Харьковского университета, в котором проучился три семестра, а затем по собственной инициативе добился перевода на медицинский факультет Московского университета.	1892 году (в возрасте 27 лет) поступил на медицинский факультет Томского университета. В 1896 году по личному ходатайству П.П. Семёнова-Тян-Шанскому перед Императорским Министерством просвещения переведён на медицинский факультет Московского университета.
Учеба на медицинском факультете Московского университета	1888-1893 гг.	1891-1895 гг. Окончил Казанский университет в 1901 г.	1895-1898 гг.	1896-1898 гг.

В 2024 году отмечается 150-летие выдающегося гигиениста, академика АМН СССР, действительного члена АПН СССР, заслуженного деятеля науки РСФСР, одного из основоположников советского здравоохранения, профессора Николая Александровича Семашко. Судьба неоднократно сводила Н.А. Семашко с разными людьми, которые оставляли в его жизни тот или иной след. Среди таких людей был С.И. Мицкевич. В частности, перед отъездом в эмиграцию он жил у С.И. Мицкевича. В дальнейшем они работали на благо становления отечественного здравоохранения. В марте 1918 года Н.А. Семашко вошёл в состав Совета Врачебных коллегий – высшего медицинского органа. В его состав входил и С.И. Мицкевич. Николай Александрович прожил долгую, насыщенную жизнь, умер в 1949 году в Москве в возрасте 74 лет [3].

Сергей Иванович Мицкевич - легендарная личность, самоотверженный, мужественный врач, врач-исследователь, крупный общественный деятель. Окончив университет в 1893 г., он начал работать врачом-статистиком в Санитарном бюро Московского губернского земства.

В 1893 году С.И. Мицкевич познакомился с В.И. Лениным и с этой встречи стал его верным соратником. В 1894 году он был арестован и заключен в Бутырскую, а затем в Таганскую тюрьму, где провел 2 года и 2 месяца в строгом одиночном заключении. В это время С.И. Мицкевич много читал, занимался саморазвитием. В 1897 году С.И. Мицкевич был сослан на 5 лет в Якутскую область, куда добирался в течение почти 8 месяцев. Год он провел в г. Олекминске, работал врачом в п. Мача на золотых приисках. В Олекминске С.И. Мицкевич познакомился с дочерью местной портнихи Олимпиадой Поповой. Она родилась и выросла в Якутии. Олимпиада Николаевна была дочерью ссыльного народовольца, донского казака, этнографа Исмаила Ивановича Гамова и олекминской портнихи Елены Николаевны Поповой.

В 1898 году, находясь в Олекминске, медицинский инспектор области В.А. Вонгородский предложил политссыльному врачу С.И. Мицкевичу поехать участковым врачом в Среднеколымск – город на северо-востоке Якутии. До революции это было место ссылки, куда были сосланы писатель В. Г. Богораз, декабрист Н.С. Бобрищев-Пушкин, журналист И.В. Шкловский [7]. Там С.И. Мицкевич отбывал ссылку и проработал в качестве участкового врача 4 года за половинное жалование. Он открыл первые медицинские пункты в Нижнеколымске, Верхнеколымске, построил больницу в Среднеколымске, которая сейчас носит его имя. Как врач Сергей Иванович был вынужден стать универсалом: делал операции век при трахоме и проводил другие операции; принимал роды; боролся с сифилисом и проказой; лечил зубы и оказывал психиатрическую помощь – это была его основная медицинская специализация [6]. В ссылке С.И. Мицкевич выучил якутский язык и свободно объяснялся с местными жителями, изучал быт, условия жизни малочисленных народностей Севера Якутии, интересовался их обычаями, верованиями, вёл научные наблюдения по этнографии якутов, юкагиров, ламутов [1].

Перед отъездом в Москву представители наслеггов вручили С.И. Мицкевичу Благодарственное письмо, а также подарили два эвенских национальных костюма: мужской и женский. В Среднеколымском музее хранится фрагмент костюма, расшитый бисером, подаренный дочерью, Е.С. Мицкевич. В этих костюмах на благотворительном балу Нижнего Новгорода супруги Мицкевичи получили первую премию за лучший костюм.

Член КПСС (РСДРП) с 1893 года, активный участник трех русских революций, один из первых русских марксистов-большевиков, соратник и близкий друг В.И. Ленина, вместе с Н.А. Семашко и З.П. Соловьевым стоявший у истоков советского здравоохранения, С.И. Мицкевич, занятый многими важными делами, никогда не забывал людей Колымы, Якутию. С.И. Мицкевич дожил до 75 лет, умер в 1944 году в Москве, похоронен на Новодевичьем кладбище.

Жена Сергея Ивановича Олимпиада Николаевна Мицкевич (Попова), член партии большевиков РСДРП(б). В 1905 г. (1913 г. по другим источникам) окончила фельдшерскую школу. После Октябрьской революции она принимала участие в

организации первого медицинского пункта в Кремле, где работала с 1918 г. по 1921 г. В этой больнице не раз лечился В.И. Ленин.

Олимпиада Николаевна оставила воспоминания о встречах с В.И. Лениным и Н.А. Семашко: «С Владимиром Ильичом я познакомилась весной 1906 года. Затем я встретила с Владимиром Ильичом уже после революции, в сентябре 1918 года, когда была направлена наркомом Н.А. Семашко в Кремль на работу по организации лечебных учреждений. В начале моей работы по организации лечебных учреждений Кремля вспыхнула эпидемия «испанки». Тогда трудно было заполучить врача на работу в Кремль. Я просила у Семашко, чтобы он прислал мне терапевта, а он прислал мне санитарного врача. Возмущенная этим, я пошла звонить Николаю Александровичу по городскому телефону, но не могла дозвониться и направилась на верхний коммутатор (коммутатор Владимира Ильича), чтобы по прямому проводу связаться с Семашко. Владимира Ильича там не было. Мне разрешили поговорить. В разговоре с Николаем Александровичем я возмущалась, что нам прислали врача не по специальности. Николай Александрович возражал, говоря, что этот врач коммунист. Я ему отвечала: что не коммунист лечит людей, а врач.

Вдруг я почувствовала, что кругом стало тихо. Оглядываюсь и вижу, за спиной у меня стоит Ильич, заложив руки в карманы брюк, и внимательно слушает наш разговор. Я постаралась поскорее закончить и извинилась перед Лениным, что задержала его. Он ответил, что разговор этот был нужным, что дело народного здравоохранения очень важное, государственное дело...».

Олимпиада Николаевна работала в агитпоезде «Октябрьская революция» под руководством М.И. Калинина старшим научным сотрудником в Институте марксизма-ленинизма. В 1955 году Мицкевич О.Н. была награждена орденом Ленина [4].

Интересно, что историк, переводчик, краевед Алесь Барковский (Алесь Баркоўскі) изучал и публиковал биографию и труды отца жены С.И. Мицкевича – И.И. Гамова, бережно выстраивая культурные связи Беларуси и Якутии. А.А. Барковский учился на лоцманском отделении Якутского речного училища, работал на пароходах в Ленске и Якутске, а также добывал золото на Алдане. Находясь вдали от родины, Алесь Барковский не забывал о Белоруссии. При его активном участии в Якутске была основана белорусская община «Суродич», издавалась газета «Северное сияние». В ежемесячном журнале «Контакты и диалоги» Международной ассоциации белорусов были опубликованы его статьи о восприятии творчества Янки Купалы и Максима Танка в Якутии. Он нашел в якутских архивах множество документов о белорусах, сосланных в Сибирь после восстания 1863 года и в начале XX века [2].

Но, говоря о таких известных деятелях здравоохранения, как Н.А. Семашко, нельзя забывать и о тех, кто сыграл в развитии здравоохранения не менее важную роль. 2024 год не только год 150-летия Н.А. Семашко, но и юбилейный год русского хирурга, внёсшего существенный вклад в развитие сосудистой хирургии, являющегося автором аускультативного метода измерения артериального давления – Николая Сергеевича Короткова. Плоды его научной деятельности прославили отечественную медицину на весь мир.

Н.С. Коротков прожил яркую, но короткую жизнь. Он родился в купеческой семье 26 (13 – по старому стилю) февраля 1874 года в г. Курске. Окончив Курскую

гимназию, Н.С. Коротков в 1893 году поступил на медицинский факультет Харьковского университета, а затем добился перевода на медицинский факультет Московского университета. Закончив обучение на медицинском факультете, Николай Коротков за два месяца сдал экзамены по 24 предметам и 31 октября 1898 года Комиссия удостоила Короткова «степени лекаря с отличием со всеми правами и преимуществами».

В 1900 году Н.С. Коротков отправился врачом-добровольцем в составе отряда Иверской общины Красного Креста в Китай. На Дальний Восток Николай Сергеевич вернулся во время русско-японской войны в качестве старшего врача 2-го госпитального отряда Санкт-Петербургской Георгиевской общины. В госпиталях Ляояна и Харбина он сделал открытие, которое впоследствии легло в основу звукового метода измерения артериального давления у человека.

21 ноября 1905 года в Императорской военно-медицинской академии Н.С. Коротков прочитал доклад о разработке нового способа измерения артериального давления. Жизненные обстоятельства, среди которых резкое ухудшение здоровья, не позволили в быстрые сроки окончить работу. Докторскую диссертацию по этой теме «Опыт определения силы артериальных коллатералей» Николай Сергеевич защитил в 1910 году.

По состоянию здоровья Н.С. Коротков решил какое-то время пожить в Сибири, считая, что целебный воздух тайги пойдет ему на пользу. Два года Коротков работал врачом в Сибири, на Ленских приисках в Бодайбо. Здесь он стал свидетелем жесткого подавления протеста рабочих, которые выступили с требованием улучшить тяжелые материально-бытовые условия 4 апреля 1912 года. Доктор Коротков оперировал и лечил раненых.

Осенью 1918 года Н.С. Коротков вернулся на работу в больницу имени Петра Великого, где руководил отделением внутренних болезней на 200 коек. Среди населения Петрограда вспыхнула эпидемия сыпного тифа. Короткова Н.С., как наиболее опытного врача, назначают заведующим сыпнотифозным отделением этой больницы (в 1919 году она переименована в больницу имени И.И.Мечникова). Неимоверные нагрузки, плохие материально-бытовые условия окончательно подкосили здоровье Н.С. Короткова. За день до смерти его навещил товарищ по Военно-медицинской академии, который сразу же направил Н.С. Короткова в клинику. На следующий день санитары привезли его в приемное отделение академии, где он скоропостижно скончался от легочного кровотечения. Вскрытие не производилось. В свидетельстве о смерти сказано, что Коротков Николай Сергеевич умер 14 марта 1920 года в возрасте 46 лет от туберкулеза легких. Похоронен Н.С. Коротков на Богословском кладбище г. Санкт-Петербурга [6].

В следующем, 2025 году исполнится 160 лет со дня рождения исторической личности, первого врача из якутов Прокопия Нестеровича Сокольниковца, тоже выпускника медицинского факультета Московского университета.

Ему была уготована интересная, но трудная, трагическая судьба. Родился Прокопий Нестерович в с. Черкёх Таттинского улуса в семье старшины рода. Окончив в 1881 г. 4 класс народного училища в Чурапче, он продолжил учебу в Якутской прогимназии. Здесь же посещал демократический кружок, но из-за конфликта с

преподавателем гимназии оставил ее и поступил в Якутскую духовную семинарию в 1887 г., затем перевелся в Томскую духовную семинарию и сдал экзамены за полный курс.

П.Н. Сокольников, один из первых врачей из якутов, окончил медицинский факультет Московского университета. После окончания ведущего вуза страны он заведовал 4-м врачебным участком Якутского округа.

П.Н. Сокольников со студенческих лет впитал в себя прогрессивные взгляды на общественную жизнь России и своей малой родины -Якутской области. Как врач, находясь на острие социальных проблем, Прокопий Нестерович воочию убедился, что основными причинами ухудшения здоровья местного населения являются нищета и бедность, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, слабое развитие медицинского дела.

Участковый врач П.Н. Сокольников, помимо врачебной деятельности, принимал активное участие в работе общества врачей Якутской области. В 1913 г. врач П.Н. Сокольников возглавлял якутскую делегацию, участвовавшую в юбилейных торжествах по случаю 300-летия дома Романовых.

Прокопий Нестерович, установивший во время последнего года учебы связь с Л.Н. Толстым, по его просьбе сопровождал жен и детей духоборов, сосланных в Якутскую область, во время их тяжелой дороги, длившейся более двух с половиной месяцев. В начальном периоде работы на родине П.Н. Сокольников в течение трех лет переписывался с великим гуманистом, писателем и общественным деятелем Л.Н. Толстым. В 1902 г. П.Н. Сокольников во время встречи с ним в Ясной Поляне получил от него в знак благодарности фотографию великого писателя с автографом: «Дорогому Прокопию Нестеровичу Сокольникову на добрую память от Льва Толстого».

Коллежский советник, кавалер орденов Святого Станислава III степени и Святой Анны III степени П.Н. Сокольников оставил незабываемый памятник своему народу – Чурапчинскую участковую больницу, построенную по его инициативе и при непосредственном участии, которая ныне носит его имя.

Врач Прокопий Нестерович дружил со многими политссыльными, восторженно встретил Февральскую революцию 1917 года. До конца жизни Сокольников оставался активным приверженцем идеи образования, культуры, духовного совершенствования родного народа. Он умер в возрасте 52 лет 10 декабря 1917 года, похоронен в г. Якутске [5].

В знаменитом Черкехском музее есть экспозиция о его жизни и деятельности. До сих пор сохранились письма Льва Толстого и подарок писателя для больницы -стиральная машина. В с.Ытык-Кюель и в с.Черкех Таттинского улуса Республики Саха (Якутия) названы улицы в честь знаменитого земляка. В Черкехской больнице есть музей П.Н. Сокольникова. В Черкехской школе действует проект «Школа здоровья», в рамках проекта проводятся «Сокольниковские чтения» для школьников. Школа выпустила книгу о знаменитых земляках, куда вошли исследовательские работы учащихся, участников «Сокольниковских чтений».

Выводы:

1. Таким удивительным образом сплелись Сибирь и Якутия в ярких биографиях Николая Александровича Семашко, Сергея Ивановича Мицкевича, Николая Сергеевича

Короткова и Прокопия Нестеровича Сокольников, путёвку в жизнь которым дал медицинский факультет Московского университета.

2. Ученым-медикам современности необходимо передавать знания молодому поколению студентов и врачей и сделать все возможное, чтобы достойным образом увековечить память о Н.С.Короткове как классике в истории мировой медицины и П.Н.Сокольникове, первом враче из народа саха.

3. Благодаря таким энтузиастам, как Александр Анатольевич Барковский, между Белоруссией и Якутией – сохраняется незримая связь времен.

Литература

1. https://adzharaj-kut.blogspot.com/2019/09/2-2-2019_19.html;
2. Адам Мальдзіс. Масты ўзаемнага разумення//Беларусь сегодня <https://www.sb.by/articles/masty-zaemnaga-razumennya.html>. Опубликовано: 17 февраля 2011 [дата обращения 05.08.2024].
3. История медицины: со времен первобытного общества до настоящего времени / сост. Р.З. Симонян. – Изд. 2-е, пер. и доп. – Чебоксары: Издательский дом «Среда», 2021. – 308 с.
4. Мицкевич Е.С. Одной лишь думы власть. – М., 1971;
5. Николаев В.П. О врачах, заслуживших «служебные практические отличия»//Бюллетень сибирской медицины. -№4.-2005.- С.131-135;
6. Попов, С.Е. 100-летие научного открытия хирурга военно-медицинской академии Н.С.Короткова, сделавшего эпоху в развитии мировой медицины / С.Е. Попов // Вестник аритмологии. – 2005. – № 40. – С. 29-35.
7. Среднеколымск. (сайт Лаврова А.А. о г. Среднеколымске). URL:<http://srednekolymsk.ucoz.ru/publ/3-1-0-79>;

УДК 614.2:616.1-036.11-052

«ДОРОЖНАЯ КАРТА» СОЗДАНИЯ РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Н.Ф. Побиванцева¹, М.Ю. Сурмач²

¹Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск Республика Беларусь

²Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

«ROADMAP» FOR REGISTRY OF PATIENTS WITH ACUTE CARDIOVASCULAR CONDITIONS

N.F Pabivantsava¹, M.Yu. Surmach²

¹ Republican Scientific and Practical Center “Cardiology”, Minsk, Republic of Belarus

²Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Резюме. С целью обосновать дорожную карту формирования национального регистра кардиологических пациентов, изучены подходы к формированию регистров в других странах, проанализированы регистры, имеющиеся в Республике Беларусь, организационные проблемы и возможности создания национального регистра пациентов с острыми повторными сердечно-сосудистыми состояниями.

Ключевые слова

Регистр, дорожная карта, острые сердечно-сосудистые состояния

Summary. *In order to substantiate the roadmap for the formation of a national register of cardiac patients, approaches to the formation of registers in other countries were studied, registers available in the Republic of Belarus, organizational problems and opportunities for creating a national register of patients with acute recurrent cardiovascular conditions were analyzed.*

Keywords

Registry, road map, acute cardiovascular conditions

Актуальность. Медицинские регистры становятся все более востребованными в различных областях медицины. Регистр – это организованная система, которая использует наблюдательные методы исследования для сбора единообразных данных (клинических и др.), и которая служит predetermined научной, клинической или организационно-методической цели.

С развитием информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) электронное здравоохранение становится объективной реальностью, обеспечивает полноту и достоверность медицинской информации, существенно улучшает качество оказания медицинской помощи. Внедрение современных ИКТ обеспечивает значительные преимущества как для достижения целей в области здравоохранения, так и для более эффективного использования ресурсов, в первую очередь, финансовых. ИКТ позволят повысить качество оказания медицинской помощи, в том числе оперативность проведения профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, оптимизировать трудозатраты медицинских работников и административно-управленческого персонала при оказании медицинской помощи пациентам..

Цель исследования: обосновать подходы к выработке алгоритма формирования регистра кардиологических пациентов в Республике Беларусь.

Материалы и методы.

Изучены подходы к формированию регистров в других странах, проанализированы регистры, имеющиеся в Республике Беларусь, организационные проблемы и возможности создания национального регистра пациентов с острыми повторными сердечно-сосудистыми состояниями.

Результаты и их обсуждение

В Республике Беларусь в 2019 году на момент последних доступных официальных статистических данных от острого инфаркта миокарда (ОИМ) умерло 1480 человек, от острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) умерло 13232, то есть практически в 10 раз больше. Частота развития повторного ОНМК в 2 раза выше, чем частота развития повторного ИМ. Усиление медицинского наблюдения и контроля за выделенными в регистре группами наиболее высокого риска смерти среди пациентов будет способствовать улучшению медико-демографических и социально-экономических показателей раздела БСК. Следовательно, говоря о регистрах в кардиологии, следует в первую очередь уделять внимание пациентам, перенесшим инфаркт миокарда (далее – ИМ) и/или острое нарушение мозгового кровообращения (далее – ОНМК).

Следует заметить, что в Российской Федерации первые кардиологические регистры появились в 70-80-х годах прошлого века, и одним из первых был регистр ОИМ, который создавался под руководством профессора Мазура Н.А [2]. В настоящее

время в Российской Федерации регистры острого коронарного синдрома (ОКС) и ОИМ получили большое распространение. Вот основные из них: Регистр ОИМ (Москва) 1971г (n=2649), Регистр ОИМ (Томск) 1984-1998 гг. (n=13615), Регистр ОИМ (Якутск) 2004-2006 гг. (n=799), РЕКОРД (10 городов) 2007-2008 гг. (n=796), РЕКОРД-2 (7 городов) 2009-2011 гг. (n=1656), Регистр ОКС (Краснодар) 2008г (n=776), ОИМ (Люберцы, Московская обл.) 2005-2007 гг. (n=1133), Регистр ОИМ (Новосибирск) с 1977- по настоящее время [1].

Несмотря на то, что создание разного рода регистров весьма распространено и востребовано в мировой медицинской науке и практике, особенно в кардиологической, ввиду их колоссальной научно-практической и финансово-экономической значимости, в Республике Беларусь такие механизмы применялись лишь по нескольким направлениям. К ним относятся:

1. Белорусский канцер-регистр (БКР), который является наиболее полным информационным ресурсом данных о новых и ранее зарегистрированных случаях злокачественных новообразований на территории страны. Регистр функционирует с 1972 года, входит в Европейскую ассоциацию канцер-регистров, использует международные принципы сбора, контроля и обработки данных.

2. Государственный регистр лиц, пострадавших от воздействия радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС функционирует с 1987 г. Целью создания Государственного регистра является обеспечение контроля за состоянием здоровья населения, подвергшегося радиационному воздействию вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, а также получение достоверных данных о медико-биологических последствиях катастрофы.

3. Регистр «Сахарный диабет» функционирует с 2007 г. Автоматизированная система обработки информации регистра «Сахарный диабет» представляет собой трехуровневую систему, включающую республиканский, областной (г. Минск) и районный (городской) уровни.

Представляются необходимыми следующие организационные шаги, которые позволят разработать структуру и апробировать национальный регистр пациентов, перенесших инфаркт миокарда и/или острое нарушение мозгового кровообращения:

1. Провести анализ информации, содержащейся в существующих медицинских информационных системах (МИС) амбулаторно-поликлинических учреждений на предмет возможности формирования на ее основе информационно-аналитической системы (далее – ИАС) о пациентах, перенесших инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения любой давности.

2. Разработать перечень необходимых полей и структуры базы данных (БД) ИАС «Регистр ИМ/ОНМК». Разработать единый формат копирования и проверки информации из МИС АПУ в ИАС «Регистр ИМ/ОНМК».

3. Разработать и осуществить тестовые копирования информации из МИС АПУ. Формирование полной базы данных АПУ о пациентах, перенесших ОИМ и/или ОНМК за последние 10 лет.

4. Сформировать базу данных ИАС «Регистр ИМ/ОНМК» на основании данных, перенесенных из МИС АПУ и дополнительных источников информации.

5. Разработать технические требования на создание ИАС «Регистр ИМ/ОНМК». Разработать программное обеспечение (ПО) ИАС «Регистр ИМ/ОНМК» (пользователи, ведение базы данных Регистра, автоматизация контроля за состоянием пациентов, перенесших ИМ и (или) ОНМК и пр.). Разработать комплект программной и эксплуатационной документации (ПД и ЭД). Создать систему защиты информации (далее – СЗИ) ИАС «Регистр ИМ/ОНМК».

6. Разработать алгоритм создания поликлинических регистров пациентов, перенесших инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения, другую мультиморбидную патологию.

7. Провести предварительные испытания и ввод ИАС «Регистр ИМ/ОНМК» в опытную эксплуатацию, включая СЗИ ИАС «Регистр ИМ/ОНМК». Провести опытную эксплуатацию (ОЭ) ИАС «Регистр ИМ/ОНМК», включая СЗИ ИАС «Регистр ИМ/ОНМК». Провести приемочные испытания и ввод ИАС «Регистр ИМ/ОНМК» в постоянную эксплуатацию (ПЭ) в пилотных АПУ. Провести аттестацию СЗИ ИАС «Регистр ИМ/ОНМК».

Организация национального регистра потребует изменения принципа работы территориального органа от пассивного ожидания поступления документов к активному контролю потока документов, ужесточению требований к их качеству, полному и точному заполнению главных реквизитов, использованию международных классификаторов (МКБ-10 и в последствии других модификаций). Необходимо информационное взаимодействие регистра с медицинскими информационными системами амбулаторно-поликлинических учреждений. В регистре данные хранятся постоянно, в связи с чем возрастают требования к техническому обеспечению.

Регистр пациентов, перенесших инфаркт миокарда и/или острое нарушение мозгового кровообращения, в Республике Беларусь позволит:

1. Определять группы с наиболее высоким риском смерти среди пациентов, перенесших инфаркт миокарда и ОНМК, с оценкой характеристик прогностически значимой коморбидной патологии, качества оказания им лечебно-профилактической помощи в реальной клинической практике и с расчетом их предполагаемой численности в Республике Беларусь.

2. Совершенствовать организацию статистического учета всех пациентов, перенесших инфаркт миокарда и ОНМК любой давности, разработать для этой когорты населения дополнительные критерии по осуществлению и оптимизации длительного медицинского наблюдения по месту жительства.

3. На основании созданного регистра будет разработан алгоритм оценки динамики заболеваемости и смертности по причине инфаркта миокарда и ОНМК любой давности, а также численности групп с наиболее высоким риском смерти и жизнеугрожающих осложнений.

4. Автоматизировать работу медицинского персонала по наблюдению (диспансеризации) пациентов, включенных в регистр, взаимодействию с пациентами и статистическому анализу данных регистра.

5. Разработать способы прогнозирования развития повторных событий или смертности у лиц, перенесших инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения, возможная на основе анализа данных регистра, позволит осуществить

прогноз развития этих событий у конкретных пациентов и как можно раньше начать дополнительный комплекс мероприятий по снижению смертности этой когорты пациентов.

Создание регистров позволит пересмотреть организационные подходы к учету пациентов с тяжелой коморбидной сердечно-сосудистой патологией, что позволит усовершенствовать учет в конкретном лечебном учреждении и в стране в целом лиц с перенесенным ранее острым ИМ или/и ОНМК в течение календарного года, а также осуществлять и систематизировать учет пациентов с перенесенными ИМ и ОНМК любой давности, в том числе более 1 года. Это даст возможность оценить и контролировать качество оказания помощи пациентам с сочетанием перенесенных инфаркта миокарда и ОНМК (как среди лиц с острыми событиями в течение года, так и при большей их давности).

Выводы

Потенциальная польза от национального регистра пациентов, перенесших инфаркт миокарда и/или ОНМК, значительно превышает затраты на разработку и реализацию. Предлагаемая «дорожная карта» по созданию такого регистра может быть принята за основу дальнейших медико-организационных действий в этом направлении.

Литература:

1. Амбулаторно-поликлинический регистр РЕГИОН: данные проспективного наблюдения и исходы у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения / Лукьянов М.М., Якушин С.С., Марцевич С.Ю., Воробьев А.Н., Переверзева К.Г., Окшина Е.Ю., Загребельный А.В., Кляшторный В.Г., Кудряшов Е.В., Бойцов С.А., Драпкина О.М. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2019. - 15(6). – с.847-853.

2. Больные с сочетанием перенесенных инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения в клинической практике: демографические и клиничко-анамнестические характеристики, медикаментозное лечение и исходы (данные амбулаторных и госпитального регистров РЕГИОН) / Окшина Е.Ю., Лукьянов М.М., Марцевич С.Ю., Якушин С.С., Воробьев А.Н., Переверзева К.Г., Загребельный А.В., Кутишенко Н.П., Воронина В.П., Дмитриева Н.А., Лерман О.В., Кудряшов Е.В., Бойцов С.А., Драпкина О.М. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии - 2019. -15 (5). - с. 656-651.

УДК 614.2 : 001.76

ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ И ЭКСПЕРТИЗЫ В ОБЛАСТИ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

¹И.С. Романова, ²А.П. Лис, И.Н. Кожанова¹

¹Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

²Городская детская инфекционная клиническая больница, г. Минск, Республика Беларусь

PRACTICAL ISSUES OF RESEARCH AND EXAMINATION IN THE FIELD OF HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT IN HEALTH CARE SYSTEM OF THE REPUBLIC OF BELARUS

¹I. S. Romanova, ²A. P. Lis, ¹I. N. Kozhanova

¹Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

²City Children's Infectious Diseases Clinical Hospital, Minsk, Belarus

Резюме. В статье изложены принципы проведения исследований в области оценки медицинских технологий в Республике Беларусь. Представлены основные методологические подходы и особенности их использования в национальном здравоохранении. Представлены выводы о перспективных направлениях научной и практической работы в области оценки медицинских технологий.

Ключевые слова: оценка медицинских технологий, фармакоэкономический анализ.

Summary. The article outlines the principles of conducting researches in the field of health technology assessment in the Republic of Belarus. The main methodological approaches and features of their use in national healthcare are presented. Conclusions on promising areas of scientific and practical work in the field of health technology assessment are presented.

Key words: health technology assessment, pharmacoeconomic analysis.

Актуальность. Отрасль здравоохранения во всех странах мира является высокочрезвычайно затратной. Технический прогресс и разработка все более эффективных способов диагностики, реабилитации, лечения, изменение демографической ситуации с увеличением количества людей старшего возраста, увеличение продолжительности жизни – все эти факторы свидетельствуют о перспективах дальнейшего роста затрат для поддержания, а главное повышения эффективности оказания медицинской помощи. Здравоохранение Республики Беларусь является высокоцентрализованным. Основное бремя финансирования ложится на государственный бюджет. Соответственно отбор медицинских технологий (МТ) для бюджетного финансирования это постоянная работа специалистов отрасли, а разработка, актуализация, в соответствии с изменяющейся реальностью, и имплементация методов отбора МТ является актуальной научно-практической задачей.

Цель: анализ и представление наиболее востребованных подходов при исследованиях в области оценки медицинских технологий в Республике Беларусь.

Материалы и методы. Выполнен поиск и анализ нормативных правовых актов в Республике Беларусь, регламентирующих исследование, экспертизу и отбор медицинских технологий для бюджетного финансирования. Проведен анализ опубликованных исследований в области оценки медицинских технологий (ОМТ) в национальном здравоохранении. В работе использованы формально-логический; сравнительно-правовой; исторический; формально-юридический, системный методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Основными нормативными документами, регламентирующими в настоящее время выполнение исследований в области ОМТ в Республике Беларусь являются инструкции по применению, утвержденные Министерством здравоохранения [1, 2, 6, 7, 8]. Данные документы определяют терминологию ОМТ, основные виды анализа, принципы расчета затрат, оценки эффективности и полезности. Методология проведения клинко-экономического (фармакоэкономического) анализа включает ряд компонентов, которые необходимо учесть при

планировании исследования: формулировка цели исследования, выбор позиции исследования, разработка дизайна, выбора метода фармакоэкономического анализа, выбор и обоснование вмешательства (лекарственного препарата) и альтернативы, выбор критериев эффективности, оценка затрат, расчет клинико-экономических коэффициентов и их интерпретация, выполнение анализа чувствительности [10]. Целью выполнения исследований в области ОМТ обычно является изучение клинико-экономической приемлемости применения МТ в здравоохранении конкретной страны. Методологический аппарат ОМТ позволяет выполнять оценку диагностических, терапевтических, хирургических, реабилитационных, профилактических технологий [9]. Даже в случае непосредственной цели исследования, направленной на изучение применения лекарственного средства (ЛС), в качестве альтернативной технологии может рассматриваться, а, следовательно, и оцениваться хирургическая технология или технология «не лечения» [4]. При формулировке цели исследования важным является четкое стартовое определение показания, а иногда и возрастной группы пациентов, которые являются объектом воздействия МТ. ОМТ может проводиться как для уже зарегистрированной технологии (например, для включения в бюджетное финансирование), так и как часть клинических испытаний (определение места новой технологии в лечении нозологии) или позиционирование нового продукта на рынке как этап пред-регистрационного маркетингового исследования. Согласно международным принципам перенос результатов клинико-экономической оценки из страны в страну не обоснован, что связано с различиями структуры здравоохранения, принципов финансирования отрасли, экономического уровня в целом. Результаты зарубежных клинико-экономических исследований также не могут быть объектом клинико-экономической экспертизы [10]. Следует обратить внимание, что в настоящее время исследования в области ОМТ носят научно-прикладной характер и могут проводиться широким кругом специалистов, имеющих опыт выполнения подобных работ. Поскольку специальные национальные клинические исследования (КИ) в отдельных странах, как правило, не проводятся, для оценки эффективности и/или полезности при выполнении исследований по ОМТ используются данные международных КИ с высоким уровнем доказательности. В настоящее время происходит определенная смена парадигмы в области оценки доказательств в медицине. Технические возможности, позволяющие накапливать и анализировать большие электронные массивы информации (электронная история болезни и карты амбулаторного наблюдения пациентов, страховые базы данных, ресурсы электронного рецепта) позволяют получать данные об эффективности/безопасности МТ у больших популяций пациентов в условиях реальной клинической практике (РКП, англ. real-world data; RWD), что реализуется в виде нового подхода к оценке доказательств - доказательства, полученные на основе данных реальной клинической практики (англ. real-world evidence; RWE). При выполнении исследований ОМТ в анализ включаются все данные, обнаруженные при проведении систематического поиска информации по теме исследования. Экономические данные при проведении исследований по ОМТ носят исключительно национальный характер. При оценке затрат важным моментом является, при наличии возможностей, использование данных из единых источников (для лекарственных средств это могут быть или цены государственных закупок, или розничные цены, или оптовые цены), для

услуг – официальные цены организаций здравоохранения, для оценки непрямых затрат – официальные данные Национального статистического комитета Республики Беларусь. Национальные данные используются не только при выполнении собственно исследования, но и при интерпретации полученных результатов. Так для оценки значения порога готовности платить (ПГП) в случае стандартных МТ чаще всего используется значение трехкратной величины национального валового внутреннего продукта на человека в год [3]. Необходимо также использовать максимальное количество национальных данных при расчете целевой популяции пациентов, которые нуждаются в применении исследуемой технологии [8]. Незаменяемыми источниками информации в этом случае являются национальные или региональные регистры (базы данных) пациентов с отдельными нозологиями (регистр онкологических пациентов, регистр пациентов с наследственным ангионевротическим отеком и др.). Выбор непосредственного метода клиничко-экономического (фармакоэкономического) анализа при проведении ОМТ зависит от результатов КИ или данных РКП. При наличии данных о качестве жизни приоритетным анализом всегда является анализ затраты/полезность с использованием в качестве критерия полезности показателя «количество сохраненных лет жизни с поправкой на качество» (QALY). Выбор именно этого критерия для стандартных технологий обоснован тем, что интерпретация результатов анализа возможна (и регламентирована международными принципами) через сравнение с ПГП. Метод анализа затраты/эффективность используется при невозможности оценки полезности. Метод минимизации затрат только в случае наличия доказательств высокого уровня одинаковой эффективности и безопасности альтернативных МТ. Основным принципом представления и/или публикации исследований в области ОМТ является принцип «прозрачности». Необходимо представить все входящие параметры, особенно при использовании метода моделирования, источники информации об эффективности, полезности, затратах, принципы проведения анализа чувствительности. Экспертная оценка МТ выполняется на основании представленных результатов национального исследования ОМТ и регламентируется статьей 37³ Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» и инструкцией по применению о порядке проведения клиничко-экономических исследований [10, 5].

Выводы: в Республике Беларусь отсутствует единый нормативный правовой документ, регламентирующий выполнение исследований в области ОМТ. В то же время существующая нормативная база позволяет выполнять исследования в полном объеме. Остается проблема интерпретации результатов исследований ОМТ для не стандартных (дорогостоящих, редких МТ; МТ применяемых в онкологии, гематологии) технологий, что делает актуальным поиск и разработку новых методологических подходов. Рост использования конкурирующих медицинских изделий, а также электронных устройств требует исследований и разработки принципов интерпретации результатов для этого вида технологий. Для повышения качества национальных исследований очень важным является периодическая публикация национальных эпидемиологических данных в самых разных областях медицины.

Литература

1. Анализ влияния на бюджет при оценке медицинской технологии : инструкция по применению № 244-1218 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 28.12.2018 / ГУ «Республиканский

- научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», УО «Белорусский государственный медицинский университет» ; И. Н. Кожанова, М.М. Сачек, Н.Е. Хейфец, И.С. Романова, Л.Н. Гавриленко. – Минск, 2018. – 10 с.
2. Инструкция о порядке проведения клинико-экономической (фармакоэкономической) экспертизы [Электронный ресурс] : утв. постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 26 апр. 2021 г., № 41 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22136693&p1=1>. – Дата доступа: 26.10.2021.
3. Кожанова, И. Н. Порог готовности платить как основа принятия управленческих решений при выборе медицинской технологии / И.Н. Кожанова, М.М. Сачек // Вопр. орг. и информатизации здравоохранения. – 2015. – № 1. – С. 17–23.
4. Кожанова, И.Н. Фармакоэкономическая оценка применения ингибиторов 5-альфа-редуктазы в условиях здравоохранения Республики Беларусь / И.Н. Кожанова, И.С. Романова, Л.Н. Гавриленко // Мед.технологии. Оценка и выбор. – 2011. – № 3. – С. 22–29.
5. Об изменении законов по вопросам здравоохранения. Закон Республики Беларусь от 25 октября 2023 г. № 308-З [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=H12300308> – Дата доступа: 06.08.2024.
6. Определение прямых медицинских затрат при клинико-экономическом обосновании внедрения клинических протоколов и новых методов оказания медицинской помощи : инструкция по применению № 245-1218 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 28.12.2018 / ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», УО «Белорусский государственный медицинский университет» ; И.Н. Кожанова, М.М. Сачек, Н.Е. Хейфец, И.С. Романова, Л.Н. Гавриленко. – Минск, 2018. – 17 с.
7. Определение прямых немедицинских и косвенных затрат при оценке медицинской технологии : инструкция по применению № 243-1218 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 28.12.2018 / ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», УО «Белорусский государственный медицинский университет» ; И.Н. Кожанова, М.М. Сачек, Н.Е. Хейфец, И.С. Романова, Л.Н. Гавриленко. – Минск, 2018. – 12 с.
8. Определение целевой популяции пациентов при оценке медицинской технологии : инструкция по применению № 246-1218 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 28.12.2018 / ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», УО «Белорусский государственный медицинский университет» ; И.Н. Кожанова, М.М. Сачек, Н.Е. Хейфец, И.С. Романова, Л.Н. Гавриленко. – Минск, 2018. – 9 с.
9. Порядок оценки экономической эффективности программ иммунизации населения в условиях здравоохранения Республики Беларусь: использование стандартных подходов, применяемых при оценке медицинских технологий / Н.Е. Хейфец [и др.]. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 2023. - № 4. - С. 46-57
10. Порядок проведения клинико-экономических исследований: инструкция по применению № 075-0708 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 03.10.2008 / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, ГУ «РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» ; А. А. Гракович, И.В. Бровко, Л.А. Реутская, Е.И. Ткачева, Т.Ф. Мигаль, Н.Е. Хейфец, И.В. Малахова, Т.Н. Москвичева. – Минск, 2008. – 39 с.

УДК: 616.61-008.64

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

¹Х.Е. Рустамова, ²Д.Н. Камилова, ²К.Ч. Нурмаматова, ²К.Р. Мирзарахимова

¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
²Ташкентский государственный стоматологический институт,
Ташкент, Республика Узбекистан

ISSUES OF PREVENTION OF DISABILITY DUE TO NEPHROLOGICAL DISEASES

¹*H.E. Rustamova, ²D.N. Kamilova, ²K.H. Nurmamatova, ²K.R. Mirzarahimova*

¹*Center for the Development of Professional Qualification of Medical Workers*
²*Tashkent State Dental Institute,*
Tashkent, Republic of Uzbekistan

Резюме. В статье представлены результаты ретроспективного анализа основных факторов риска нефрологических заболеваний и инвалидизации от данной патологии. Выявлена корреляционная связь между образом жизни, трудовой деятельностью, образованием и другими факторами с развитием заболеваний почек и инвалидизацией.

Ключевые слова: факторы риска, профилактика, нефрологические заболевания, инвалидизация
ummary. The article presents the results of a retrospective analysis of the main risk factors for nephrological diseases and disability from this pathology. A correlation has been identified between lifestyle, work activity, education and other factors with the development of kidney diseases and disability.

Key words: risk factors, prevention, nephrological diseases, disability

Многочисленные исследования, посвящённые изучению образа жизни пациентов с хроническими заболеваниями почек и мочеполовых путей доказали зависимость распространенности данных заболеваний от климатогеографических условий, санитарно-технической характеристики производства, наличия нефротоксичных веществ на рабочем месте, профессии, наличия вредных привычек, качества медицинского обслуживания, санитарного уровня населения, образа жизни и т. д.

Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) населения, одновременно снижает риск развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), в том числе и хронических болезней почек (ХБП). Необходимо отметить, что общие факторы риска ХНИЗ – высокое артериальное давление, дислипидемия, нерациональное питание, гиподинамия, ожирение, повышает риск не только вторичных нефропатий, но и ХБП в целом, а снижение действия этих факторов риска приводит к снижению данных патологий и их осложнений [1,2,4,5].

Многими авторами отмечена прямая корреляционная связь между такими факторами как несоблюдение режима питания, обильное употребление жирной, соленой и острой пищи с развитием патологии почек, особенно у взрослых [3,6].

В настоящее время, когда из года в год совершенствуются методы диагностики, лечения, реабилитации основная часть специфических факторов риска развития ХБП управляемая, т.е. можно снизить степень интенсивности риска.

Цель исследования. Определить наиболее значимые факторы, способствующие развитию нефрологических заболеваний, их хронизации и инвалидизации от данной патологии.

Методы исследования. Нами проведён ретроспективный анализ состояния здоровья пациентов, страдающих заболеваниями почек. Под наблюдением находились 200 людей с инвалидностью от нефропатологии, которые были проинтервьюированы нами. Изучаемая группа была сформирована методом целенаправленного отбора, репрезентативна по объёму и основным признакам влияния, которых было изучено ранее.

Результаты исследования. При проведении исследования и определения значимости тех или иных факторов в развитии заболевания и его прогрессирования внимание было направлено на социально-гигиенические характеристики условий и образа жизни: производственно-трудовая деятельность, условия быта, семейный бюджет, вредные привычки, медицинская активность пациентов, имеющих инвалидность.

Учитывая, что важнейшей составляющей жизни человека является его производственно-трудовая деятельность, мы изучили основные её параметры, такие как уровень образования, профессия, характер труда, наличие на производстве нефротоксических веществ, стаж работы.

Как показали наши исследования, среди пациентов с инвалидностью вследствие нефрологических заболеваний преобладали лица с неполным средним и средним образованием – 53,5%. Среди последних причиной инвалидности чаще была мочекаменная болезнь (58,6%), тогда как у лиц с высшим и незаконченным высшим образованием в структуре причин инвалидности больший удельный вес занимает хронический гломерулонефрит (47,2%); далее следует мочекаменная болезнь (38,5%). При анализе образовательного уровня пациентов выявлено, что 2/3 инвалидов I и II групп имели среднее и неполное среднее образование.

Более половины пациентов с инвалидностью составили лица преимущественно физического труда. Доля работников преимущественно умственного труда была максимально высокой среди лиц, вышедших на инвалидность по поводу хронического гломерулонефрита, которая превышала в 2,6 раза долю инвалидов от хронического пиелонефрита и мочекаменной болезни.

Изучение санитарно-гигиенических условий труда рабочих, страдающих теми или иными заболеваниями почек и мочевыделительной системы до установления им инвалидности свидетельствует о том, что трудовая деятельность их проходила в условиях воздействия различных вредных факторов (повышенное нервно-эмоциональное напряжение, токсические вещества, сквозняки, сырость, неблагоприятные метеороусловия), которые, несомненно, оказывали отрицательное влияние на здоровье и способствовали развитию нефрологических заболеваний и инвалидизации.

Около 85% пациентов с инвалидностью отмечали наличие различных производственно-профессиональных вредностей. Большая часть из них до инвалидизации работали в условиях влияния нескольких отрицательных производственных факторов. Так 75,8% указывали, что их работа была связана с наличием токсических веществ (растворители, токсичные металлы, органические соединения), сырости и сквозняков (33,0%), неблагоприятных метеорологических условий, с резкими перепадами температуры, сырости и сквозняков (42,8%). Многие из этих больных указывали ещё на такие факторы, как вибрация, вынужденное положение, время работы, нервно-

психическое напряжение, постоянное или кратковременное вдыхание токсических паров, которые могут быть нефротоксичными.

При анализе воздействия производственно-профессиональных вредностей по отдельным нозологическим формам нефропатологии выявляется определённая закономерность. На работу с отсутствием вредностей чаще всего указывали пациенты с инвалидностью вследствие мочекаменной болезни (25,9%), вместе с тем, большинство из них в своих ответах указывали на условия, связанные с неблагоприятными метеоусловиями, наличием температурных перепадов, сырости и сквозняков (40,9%). Наличие токсических веществ, сырости и сквозняков на работе чаще (по сравнению с инвалидами от хронического пиелонефрита и мочекаменной болезни) отмечали лица, которым инвалидность была определена вследствие хронического гломерулонефрита.

Необходимо отметить, что влияние вышеуказанных экзогенных факторов на здоровье человека зависит от эндогенных факторов риска, включающих степень сохранности почечного функционального резерва, предшествующего болезни почек, наличие других заболеваний, возраст, пол и особенности питания. Среди инвалидизирующихся 30,1% составили лица со стажем трудовой деятельности до 10 лет, 47,3% до 15 лет. Здесь так же большое значение имеет нозологическая форма заболевания, его течение, наличие сопутствующей патологии, осложнений. Так, больные хроническим гломерулонефритом чаще инвалидизируются в более молодом возрасте и соответственно при небольшом стаже работы. Однако около трети из них указывает на сырость квартир в холодное время года; в результате плохого отопления и низкой температуры воздуха у последних отмечаются частые простуды, которые могут способствовать развитию нефрологических заболеваний. Около трети инвалидов проживают в собственных домах, у 25% из них благоустройство жилища находится на относительно низком уровне (отсутствие канализации, горячего водоснабжения, водопровод во дворе).

Кроме вышеперечисленных факторов, характеризующих образ жизни больного, необходимо обратить внимание на такие его аспекты, как низкая медицинская активность, нарушения режима труда и отдыха, переутомление, злоупотребление алкоголем, курение, нерациональное питание, неконтролируемый приём лекарственных препаратов. Устранение или коррекция данных факторов рассматривается как один из наиболее эффективных способов не только торможения прогрессирования, но и профилактики болезней почек.

Профилактика хронических заболеваний почек представляет трудную задачу, как и профилактика многих других заболеваний без определённого острого начала. В связи с этим первичная профилактика многих вариантов хронических заболеваний почек и на сегодняшний день остаётся затруднительной, прежде всего из-за недостаточного понимания значения отдельных этиологических факторов. Эффективная вторичная профилактика – предупреждение обострений болезни и торможение прогрессирования почечной недостаточности, напротив, возможна и включает не только рациональную лекарственную терапию, но и меры, направленные на коррекцию неблагоприятных факторов, связанных с образом жизни.

Следовательно, формирование ЗОЖ среди населения является одной из наиболее важных задач врача общей практики и нефролога.

Литература

1. Ахмедова Н.Ш., Болтаев К.Ж., Сулаймонова Г.Т., Наимова Ш.А. Хронические болезни почек - ранняя диагностика и профилактика – Издательство Lambert 2020.
2. Васильева И.А., Добронравов В.А., Панина И.Ю., Трофименко И.И., Смирнов А.В. Качество жизни больных на различных стадиях хронической болезни почек // Нефрология – 2013. – №17(2). – С. 60-65.
3. Камилова Д. Н., Бабаджанов А. С., Рустамова Х. Е. Факторы риска инвалидизации больных с нефрологическими заболеваниями // Врач-аспирант. – 2010. – Т. 41. – №. 4. – С. 83-88.
4. Ким Ю.А. Клинические аспекты течения хронической болезни почек у пациентов с артериальной гипертензией // Вестник АГИУВ. – 2016, № 1 - С. 6-16.
5. Рустамова Х.Е., Ахмедов М. . Факторы риска ишемической болезни сердца // Школа эпидемиологов: теоретические и прикладные аспекты эпидемиологии. – 2020. – С. 57-59.
6. Рустамова Х. Е., Нурмаматова К. Ч., Машарипова Р. Некоторые аспекты состояния здоровья населения Узбекистана // ББК. – Т. 51. – С. 118.

УДК 614.2:331.108.2:316 (476)

КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ. СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕКУЧЕСТИ КАДРОВ

А.В. Семёнов, Т.В. Дудина

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ), г. Минск, Республика Беларусь

PERSONNEL POTENTIAL OF THE STATE HEALTHCARE SYSTEM OF BELARUS. SOCIOLOGICAL ASPECTS OF STAFF TURNOVER

A.V. Semenov, T.V. Dudina

Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Information, Management and Health Economics (RSPC MT), Minsk, Republic of Belarus

Резюме. В статье охарактеризована обеспеченность медицинскими кадрами государственной системы здравоохранения Республики Беларусь и дана социологическая оценка особенностей и основных причин текучести медицинских кадров.

Ключевые слова: здравоохранение, текучесть кадров, медицинские кадры.

Resume. The article characterizes the supply of medical personnel in the state health care system of the Republic of Belarus and provides a sociological assessment of the characteristics and main reasons for the turnover of medical personnel

Key words: healthcare, staff turnover, medical personnel.

Актуальность. Согласно докладу Европейского регионального бюро ВОЗ 2023 года «Кадры медико-санитарных и социальных работников в Европе: время действовать» основными проблемами национальных систем здравоохранения многих европейских стран остаются: дефицит и неравномерное распределение кадров, диспропорции в профессионально-квалификационной структуре, необходимость повышения квалификации в меняющихся потребностях в медико-санитарных и социальных услугах и развитии цифровых технологий [1].

Важнейшей задачей системы здравоохранения в Республике Беларусь, как и в других странах, является оказание медицинской помощи надлежащего качества и обеспечение ее доступности при эффективном использовании кадровых ресурсов. Поэтому недостаточная обеспеченность медицинским персоналом остается ключевым препятствием к дальнейшему развитию системы здравоохранения.

Текучесть медицинских кадров (далее – ТМК) относится к группе ключевых факторов, влияющих на все показатели деятельности организации здравоохранения (далее – ОЗ). Соответственно, поиск путей сохранения и улучшения качества кадрового состава системы здравоохранения нуждается в понимании мотивов ТМК.

Цель: анализ обеспеченности медицинскими кадрами государственной системы здравоохранения и социологическая оценка особенностей и основных причин ТМК.

Материалы и методы. В работе использованы общенаучные (статистический, сравнительного анализа) и специальные (социологический) методы исследования. Проведен республиканский социологический опрос медицинских работников ОЗ по многоступенчатой квотной выборке, который охватил различные типы организаций, подведомственные Министерству здравоохранения Республики Беларусь. При проведении исследования учтены направления профессиональной деятельности медицинских работников, занимаемая должность и возраст. Объем выборочной совокупности составил 920 респондентов.

Результаты и обсуждение. В государственной системе здравоохранения Республики Беларусь отмечается высокий уровень обеспеченности медицинскими кадрами. Обеспеченность врачами-специалистами по состоянию на 31.12.2023 составила 54,0 на 10 тыс. населения (49 580 врачей-специалистов). В разрезе регионов в 2023 г. наибольшая обеспеченность врачами-специалистами отмечена в г. Минске (69,7 на 10 тыс. населения) и Гродненской области (59,2 на 10 тыс. населения), наименьший показатель в Минской области – 40,5 на 10 тыс. населения.

Уровень обеспеченности практикующими врачами в целом по стране по состоянию на 31.12.2023 составляет 46,9 на 10 тыс. населения (43 046 практикующих врачей-специалистов). В разрезе регионов наибольшая обеспеченность практикующими

врачами-специалистами отмечена в г. Минске (60,4 на 10 тыс. населения) и Гродненской области (52,7 на 10 тыс. населения), наименьший показатель в Минской области – 35,2 на 10 тыс. населения.

Обеспеченность специалистами со средним медицинским образованием по состоянию на 31.12.2023 составила 126,3 на 10 тыс. населения (115 646 средних медицинских работников). В разрезе регионов в 2023 г. наибольшая обеспеченность средними медицинскими работниками отмечена в Гомельской, Гродненской и Брестской областях (132,9, 132,7 132,7 на 10 тыс. населения, соответственно), наименьший показатель в Минской области – 110,3 на 10 тыс. населения.

Показатель укомплектованности врачебными кадрами достиг в среднем по стране 94,8%, средними медицинскими работниками – 97,0%. Коэффициент совместительства составляет по врачам – 1,33, по средним медицинским работникам – 1,25 (оптимальный коэффициент совместительства для государственной системы здравоохранения Республики Беларусь – 1,25) [2].

Пополнение врачебного корпуса. Ежегодно врачебный корпус пополняется молодыми специалистами. Охват распределением выпускников бюджетной формы подготовки составляет 100%. Более 80% выпускников остаются работать на тех местах, где проходят распределение.

По оперативным данным в 2024 году медицинскими университетами планируется выпустить 2347 человек, из них 1417 (60,4%) бюджетной формы подготовки, в том числе 691 целевой, и 930 (39,6%) платной формы подготовки. При этом общая потребность во врачах-специалистах с учетом республиканских учреждений и ведомственных учреждений составляет 5740 человек, а общая потребность во врачах и провизорах 6077 человек. Такая потребность превышает выпуск врачей-специалистов в 2,5 раза, а провизоров-специалистов – в 1,7 раза.

В соответствии с планами подготовки врачей в университетах республики в 2026 г. ожидается выпустить 2770 врачей-специалистов, а к 2030 г. – 3070.

Текучесть медицинских кадров. ТМК является ключевым показателем эффективности управления медицинским персоналом. Считается, что предотвращение и уменьшение ТМК способствует повышению результативности деятельности ОЗ без дополнительных материальных и трудовых затрат.

Инструментарий управления ТМК включает совокупность организационно-распорядительных, методических, информационно-аналитических, экономических и социально-психологических методов и средств, позволяющий эффективно управлять ТМК путем создания оптимальных условий для достижения целей ОЗ. Основой для этих мероприятий является регулярный анализ статистики движения медицинского персонала ОЗ и анкетирование уровня его удовлетворенности.

Несмотря на то, что, согласно официальным данным, обеспеченность медицинскими кадрами в Республике Беларусь высокая, а естественный уровень ТМК колеблется в пределах 1,7–9,8%, в отдельных регионах и ОЗ имеют место диспропорции и недостаточная укомплектованность медицинскими кадрами, то есть проблема ТМК для нашей республики не теряет актуальности.

Анализ форм нецентрализованной государственной статистической отчетности свидетельствует о наибольшем недостатке как врачей-специалистов, так и средних медицинских работников в Минской области [2].

Социологическое исследование. Совместно с Институтом социологии Национальной академии наук Беларуси для более глубокого понимания механизма формирования ТМК в государственной системе здравоохранения в рамках НИОК(Т)Р было проведено социологическое исследование в ОЗ, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Беларусь. На основе изучения отношения медицинских работников к своей профессиональной деятельности и условиям ее осуществления оценивались особенности их карьерных ориентаций, включающие миграционные намерения и основные причины ухода из профессии.

Разработанная анкета включала 53 вопроса, предлагающих респондентам оценить: удовлетворенность работой; наличие неудобств; практику наставничества; отношение к наставничеству; патронаж над молодыми сотрудниками; удовлетворенность заработной платой и ее соотношение с объемами выполняемой работы; реальную возможность продвижения по карьерной лестнице; повышение квалификации, включая лучшие формы организации курсов повышения квалификации, и саму возможность и перспективы повышения категории и квалификации.

Исследование позволило детально изучить причины увольнения и причины, повлиявшие на текущее трудоустройство и миграционные настроения медицинских работников, выявить масштабы потенциальной текучести врачебного персонала и факторы, влияющие на смену места работы и миграционные настроения.

Заданные респондентам вопросы позволили оценить содержание и эффективность мероприятий по профессиональной адаптации и мерам социальной поддержки, выявить основные карьерные ориентации и установки медицинских работников относительно профессионального развития, установить особенности эмоционального отношения работников к профессиональной деятельности и состоянию государственной системы здравоохранения.

В таблице 1 представлена оценка негативных ситуаций, с которыми респонденты сталкивались в профессиональной деятельности. К основным негативным ситуациям больше всего относят выполнение работ, не соответствующих должностным обязанностям, с которыми сталкивался практически каждый третий респондент (28,5%) Характерно, что большинство респондентов, планирующих смену работы в ближайшие пять лет, вдвое чаще сталкиваются с негативными ситуациями в работе.

Вопросам заработной платы было уделено особое внимание. В целом по республике 48,6% респондентов согласились, что заработная плата соответствует объему выполняемой работы, в то же время 29,7% утверждают, что заработная плата ниже его. Показательно, что пятая часть (21,6%) затруднилась с ответом на вопрос.

Табл.1. Оценка респондентами основных негативных ситуаций

Ответы	%
Выполнение работ, не соответствующих должностным обязанностям	28,5
Необходимость приобретать рабочие материалы за собственные средства	26,0

Выполнение чужих должностных обязанностей	25,9
Недостаточное материально-техническое оснащение рабочего места	24,3
Неудобный рабочий график	17,3
Отсутствие или занижение дополнительных выплат (премий, сверхурочных)	17,0
Разница в заработной плате однородных специалистов	16,7
Принудительная сдача денег	12,3
Неоплачиваемый труд	10,5
Пренебрежение мнением со стороны коллег	7,0
Привлечение к неправомерным наказаниям и взысканиям	4,9
Отказ в доступе к практике	1,3

Современное состояние отрасли здравоохранения играет не последнее место в вопросах закрепления медицинских кадров на местах. Поэтому принципиально важным является изучение мнения медицинских работников относительно состояния государственной системы здравоохранения и ее перспектив развития. Как показывают данные, более половины опрошенных высоко оценили текущее положение дел в отрасли здравоохранения (в сумме 53,4%), низко – 15,7% респондентов, затруднились ответить – практически треть опрошенных (30,3%).

Результаты социологического исследования позволили определить основные проблемы, способствующие росту ТМК в государственной системе здравоохранения Республики Беларусь:

- невысокий престиж врачебной профессии, недостаточность стимулов и возможностей для систематического повышения профессионального уровня, особенно для врачей в сельской местности;
- потеря интереса к работе и желание сменить вид деятельности (признаки «скрытой» текучести кадров);
- сложности личностной реализации и перспективного роста;
- недостатки в профессиональной подготовке врачей в медицинских университетах (дефицит объемов учебного времени на практические занятия, отсутствие мотивации у абитуриентов, слабо выявляемой на этапе поступления в медицинские университеты);
- контрастные отличия условий работы врача в городской и сельской местности;
- низкая экономическая составляющая оценки труда врачей;
- жесткие административно-управленческие рамки;
- высокий уровень морально-психологического напряжения в организации здравоохранения, особенно, во взаимоотношениях с пациентами;

• недостаточная ориентация государственной системы здравоохранения на внедрение новых медицинских технологий профилактики и сохранения здоровья населения.

Выявленные проблемы позволили разработать комплекс мер, направленных на снижение ТМК в государственных ОЗ Республики Беларусь.

Литература

1. Бухарестская декларация о кадрах медико-социальных работников. Региональное совещание высокого уровня «Кадры медико-санитарных и социальных работников в Европе: время действовать», Бухарест, Румыния, 22—23 марта 2023 г. / Европ. регион. бюро Всемирная орг. здравоохранения.— Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2023. — URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366520/Bucharest-decl-2023-rus.pdf?sequence=1> (дата обращения 16.11.2023).

2. Отток кадров — в пределах нормы: Минздрав рассказал о числе медиков в стране. — URL: <https://sputnik.by/20221005/minzdrav-rasskazal-skolko-vrachey-rabotaet-v-sisteme-zdravookhraneniya-1067595579.html> (дата обращения 16.10.2023).

УДК 614.2:331.108.244(476)

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ТЕКУЧЕСТИ ВРАЧЕБНЫХ КАДРОВ В БЕЛАРУСИ (2018–2023 гг.)

А.В. Семёнов, Т.В. Дудина, М.Г. Василевская, А.В. Шарамет

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ), г. Минск, Республика Беларусь

MAIN REASONS FOR MEDICAL STAFF TURNOVER IN BELARUS (2018 – 2023)

A.V. Semenov, T.V. Dudina, M.G. Vasilevskaya, A.V.Sharament

Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Information, Management and Health Economics (RSPC MT), Minsk, Republic of Belarus

Резюме. В статье представлен ретроспективный анализ основных причин увольнения врачей (провизоров) из организаций здравоохранения на основе анкетирования увольняющихся из организаций

здравоохранения, подчиненных комитету по здравоохранению Мингорисполкома за период с 2018 по 2023 гг.

Ключевые слова: текучесть кадров, отрасль здравоохранение, медицинский персонал.

Summary. *The article presents a retrospective analysis of the main reasons for the dismissal of doctors (pharmacists) from healthcare institutions based on a survey of those resigning from healthcare organizations subordinate to the Health Committee of the Minsk City Executive Committee for the period from 2018 to 2023.*

Key words: *staff turnover, healthcare industry, medical personnel.*

Актуальность. Важнейшей задачей современного здравоохранения является повышение качества оказания медицинской помощи и обеспечение её доступности при эффективном использовании кадровых ресурсов. Актуальность работы определяется потребностью в повышении эффективности управления здравоохранением в целом, и кадровыми вопросами в частности, на основе современных научных представлений. Работа ориентирована на выполнение Распоряжения Президента Республики Беларусь от 2 июня 2023 г. № 89рп «О повышении эффективности работы системы здравоохранения» и Плана мероприятий 2 по его реализации, утвержденного заместителем Премьер-министра Республики Беларусь от 12.06.2023 № 38/101-51, 204-300/88.

Цель: оценка особенностей и причин текучести медицинских кадров в организациях здравоохранения республики, выявление масштабов потенциальной текучести врачебного персонала и факторов, влияющих на установку врачей (провизоров) по смене места работы.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ причин текучести медицинских кадров (далее – ТК) в Республике Беларусь за последние 5 лет и 10 месяцев 2023 года по анкетным данным уволившихся врачей (провизоров) из организаций здравоохранения, подчиненных комитету по здравоохранению Мингорисполкома.

Использован социологический метод исследования. Работа проводилась во исполнение приказа Минздрава от 20.03.2012 № 301 «Об организации анкетирования увольняющихся из организаций здравоохранения врачей (провизоров) и утверждении анкеты».

В РНПЦ МТ разработан шаблон базы данных и ежемесячно осуществлялось ее пополнение (в соответствии с утвержденной приказом анкетой): число уволившихся из организаций здравоохранения (ОЗ) врачебного (провизорского) персонала и результаты анализа причин увольнения. Информация предоставлялась в управление кадровой политики министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Результаты и обсуждение. Механизм управления человеческими ресурсами представляет одну из ключевых функций управления организации в любой отрасли, от эффективности которого во многом зависит эффективность работы организации. Не является исключением и отрасль здравоохранения [1, 2]. Квалифицированный медицинский персонал относится к одному из самых дефицитных на рынке труда, что затрудняет его поиск и требует принятия мер по удержанию.

ТК относится к группе факторов, влияющих на все показатели деятельности медицинской организации. Соответственно, высокая ТК представляет большую

проблему современного здравоохранения, причины которой не всегда однозначны и понятны. К примеру, если в государственных амбулаторно-поликлинических организациях основными причинами ТК чаще является невысокая заработная плата, значительная нагрузка и тяжелые условия труда, то в отношении негосударственных организаций, оказывающих медицинскую помощь, ситуация не столь однозначная.

Далее представлены общие результаты ретроспективного анализа основных причин увольнения врачей (провизоров) из организаций здравоохранения на основе анкетирования увольняющихся из ОЗ за последние годы.

Всего в опросе участвовали 4993 респондента, 754 человека отказались от участия в анкетировании (15,1%). Из общего числа респондентов 24,9% составляли мужчины, 73,8% – женщины, из них молодые работники (30–40 лет) – 65,8%, лица предпенсионного возраста (50–60 лет) – 17,8%, пенсионного возраста – 14,8%.

Всего за эти годы уволились 46 человек, имеющих ученую степень (6 докторов и 40 кандидатов наук). Самыми мобильными оказались женщины возрастной группы 30 – 40 лет, имеющие детей.

Анкета включает 28 вопросов. В ней отражены все основные, принятые при проведении аналогичных социологических исследований, вопросы, формирующие неудовлетворенность персонала, искренний ответ на которые помогает определять реальные причины увольнения из ОЗ и факторы, способствующие их появлению. Эта информация, в конечном итоге, помогает улучшать работу кадровых служб и ориентирует руководство ОЗ на разработку мероприятий по сохранению медицинских кадров.

На рисунке 1 представлена общая количественная картина уволившихся врачей (провизоров) из ОЗ г. Минска за период 2018–2023 гг. Аналогичные результаты были получены по всем регионам республики в разной степени полноты информации, поэтому в данной публикации представлены результаты только по г. Минску.

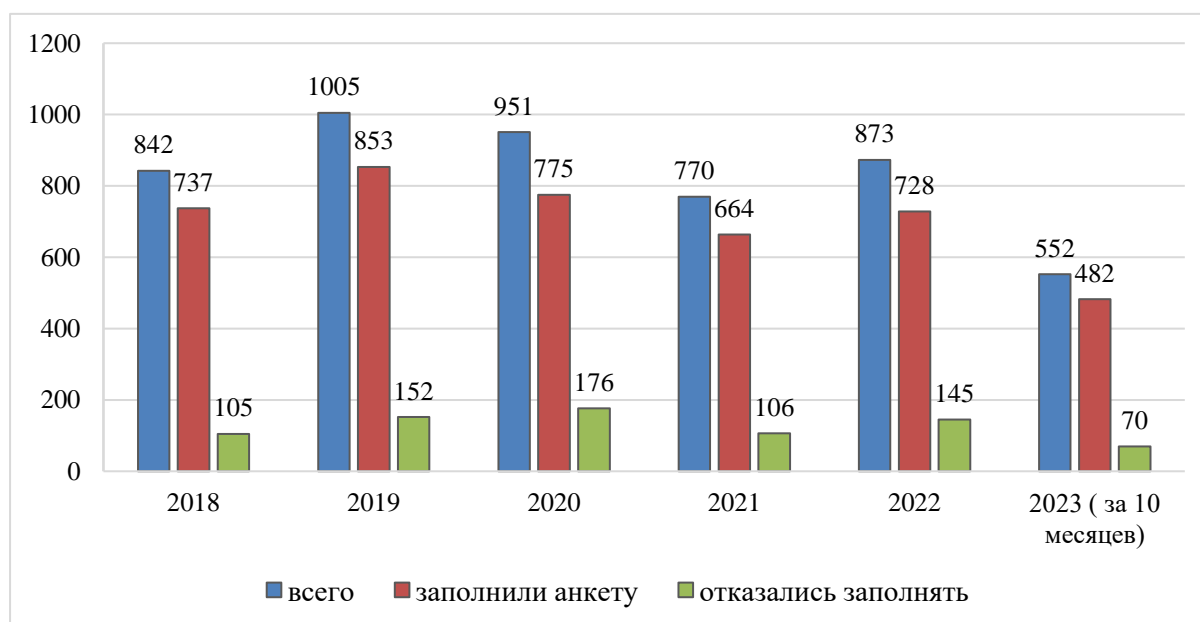


Рис. 1 – Общее количество уволившихся врачей (провизоров) из организаций здравоохранения г. Минска за период 2018–2023 гг.

На рисунке 2 отражены 16 основных причин увольнения медицинских работников с высшим образованием из ОЗ, подведомственных Мингорисполкому за этот период (средние величины, %).

Основными причинами увольнения медицинских работников по данным анкетирования врачей в эти годы были следующие:

смена места жительства (21,9%),

более удобное место работы (ближе к дому) (19,4%),

новое предложение по смене места работы (17,3%),

и только на 4-м месте (14,0%) в качестве причины был указан не устраивающий размер заработной платы.

По другим районам республики были выявлены аналогичные результаты.

При этом смена жительства фигурирует в качестве основной причины в значительном числе анкет (32,5%).

Надо отметить, что эти общие и объективные причины определяют в значительной степени ТК во всех странах мира.

Основными причинами увольнения медицинских работников по данным анкетирования врачей в эти годы были следующие:

смена места жительства (21,9%),

более удобное место работы (ближе к дому) (19,4%),

новое предложение по смене места работы (17,3%),

и только на 4-м месте (14,0%) в качестве причины был указан не устраивающий размер заработной платы.

По другим районам республики были выявлены аналогичные результаты.

При этом смена жительства фигурирует в качестве основной причины в значительном числе анкет (32,5%).

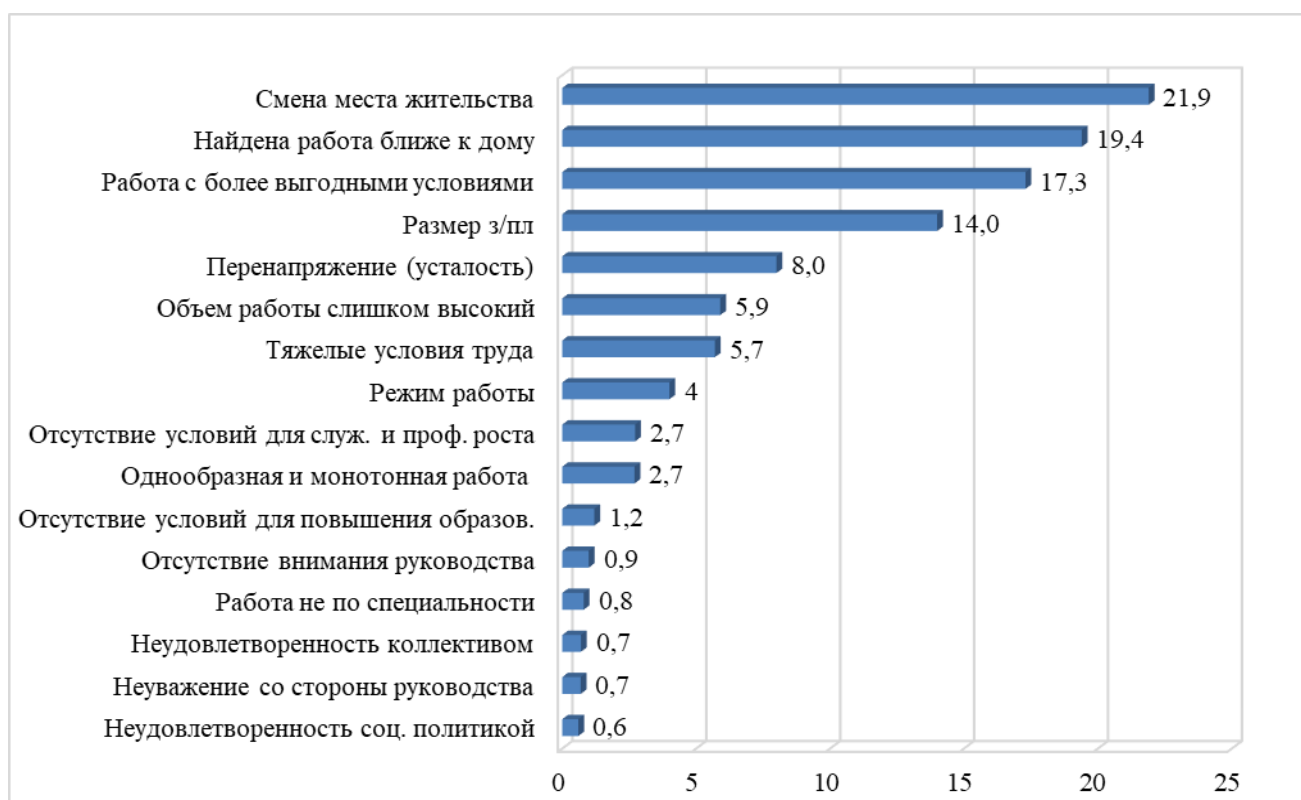


Рис. 2 – Рейтинг причин увольнения врачей (провизоров) по г. Минску за 2018 – 10 мес.2023 гг. (%) (средние величины)

Надо отметить, что эти общие и объективные причины определяют в значительной степени ТК во всех странах мира.

С другой стороны, многие из этих причин определяли направления работы кадровых служб и руководства ОЗ по удержанию специалистов на местах в эти годы.

Таким образом, наличие гарантий стабильной занятости, обеспечение нормальных условий труда и режимов рабочего времени, обеспечение достойной и регулярной оплаты труда и наличие возможностей профессионального развития – основные приоритеты сохранения врачебных кадров и снижения ТК, имевшие место в период с 2018 по 2023 годы в нашей республике.

Выявлены незначительные различия причин увольнения по годам, наиболее выраженные в период пандемии COVID-19 и постковидный период до 2023 г.

Выводы:

1. Ежемесячный опрос респондентов по всем регионам республики позволил дать общую характеристику состояния кадрового потенциала отрасли здравоохранения и выделить основные причины движения медицинских кадров за период 2018 – 10 мес.2023 гг.

2. Ретроспективный анализ причин увольнения врачей (провизоров) показал, что основными причинами в эти годы являются: смена места жительства и/ или смена места работы и размер заработной платы, не соответствующей (по мнению врачей) объему работ.

3. Остальные причины суммарно составляли около 30% и практически ежегодно воспроизводились. Это может свидетельствовать с одной стороны, о стабильной и планомерной работе кадровых служб и руководства ОЗ, решающих возникающие в процессе работы проблемы (кроме объективных причин), а с другой, – о формальном подходе респондентов к анкетированию. Последнее может быть связано с несоответствием ожиданий персонала и реальных возможностей организации. Вычленение деталей и факторов, способствующих ТК, требует, с нашей точки зрения, совершенствования формы анкеты с добавлением в нее обязательного опроса среднего медицинского персонала.

Литература

1. Титов А.А. Роль и место системы управления человеческими ресурсами в деятельности предприятия // Молодой ученый. — 2018. — № 51. — С. 296—298.

2. К новым концепциям исследования человеческого фактора рыночной экономики // Управление человеческими ресурсами: теория, практика, эффективность /В.А. Васяйчева, Ю.Н. Горбунова, В.С. Гродский и др.; под ред. В.С. Гродского, Н.В. Солововой. — М., 2018, гл. 2. — С. 43—63

УДК 616.831-005+617.51-001]:614.812-048.78(476.4/.5)

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ И ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

А. В. Семёнов, В. Е. Кратёнок, В. М. Хавратович, Т. В. Ясюля, Е. С. Игумнова

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ), г. Минск, Республика Беларусь

IMPROVING THE PROVISION OF HIGH-TECH MEDICAL CARE TO PATIENTS WITH ACUTE CEREBROVASCULAR DISEASE

A. V. Semenov, V. E. Kratenok, V. M. Khavratovich, T. V. Yasyulya, E. S. Igumnova

Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Management and Economics of Healthcare (RSPC MT), Minsk, Republic of Belarus

Резюме. В статье рассмотрены этапы оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения. Предложены целевые показатели и направления совершенствования деятельности неврологической и нейрохирургической служб, а также работы специализированных межрайонных центров.

Ключевые слова: медицинская помощь, межрайонный центр, острое нарушение мозгового кровообращения.

Resume. The article considers the stages of providing specialized and high-tech medical care to patients with acute cerebrovascular disease. Target indicators and directions for improving the activities of neurological and neurosurgical services, as well as the work of specialized interdistrict centers are proposed.

Keywords: medical care, interdistrict center, acute cerebrovascular disease.

Актуальность. Повышение эффективности и качества оказания медицинской помощи (далее – МП) пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) является одной из приоритетных задач здравоохранения. ОНМК – основная причина заболеваемости, смертности, длительной нетрудоспособности и инвалидности в обществе. Около 30% перенесших инсульт возвращается к обычной жизни, остальные остаются инвалидами или умирают. В Республике Беларусь смертность от ОНМК находится на среднеевропейском уровне, высокий процент инвалидов 1 группы по основному заболеванию ОНМК.

Цель. Определить направления по совершенствованию порядка организации деятельности межрайонных центров (МРЦ) и оказания МП пациентам с ОНМК.

Материалы и методы. Для анализа деятельности МРЦ по оказанию специализированной и высокотехнологичной МП пациентам с ОНМК в Республике Беларусь использованы данные государственной статистической отчетности организаций здравоохранения «Отчет организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях (форма – 1-стационар)», сведения форм ведомственной отчетности «О деятельности неврологической и нейрохирургической служб» за 2017-2022 гг., а также дополнительные данные, полученные от организаций здравоохранения. Обработка результатов осуществлялась на персональных компьютерах с

помощью пакета прикладных программ «Microsoft Office».

Результаты и обсуждение. В республике в настоящее время функционируют 11 МРЦ для оказания МП пациентам с ОНМК, имеющих в своей структуре неврологическое отделение с профильными койками, кабинеты КТ и/или МРТ-томографии, ангиографический кабинет, кабинет УЗИ-исследования магистральных артерий головы.

Диагностика и лечение пациентов с ОНМК осуществляется поэтапно и включает догоспитальный этап (своевременная диагностика), оказание МП в стационарных условиях организаций здравоохранения, имеющих в своей структуре неврологическое (инсультное) отделение с круглосуточной работой врачей лучевой диагностики (обеспечение нейровизуализации), реабилитационный этап (при отсутствии противопоказаний), а также амбулаторно-поликлинический этап (медицинское наблюдение).

Для снижения заболеваемости и повышения интенсивности лечения пациентов наиболее эффективными и менее затратными являются первичная и вторичная профилактика ОНМК, в том числе инфаркта головного мозга (ИГМ), на долю которого приходится 80-87% всех ОНМК.

Низкий уровень знаний о важности своевременной госпитализации пациента с ОНМК определяет неблагоприятный исход заболевания и высокие показатели летальности у пациентов с ИГМ, которые поступают на этап оказания специализированной МП с потерей времени для проведения лечебных мероприятий (тромболитизиса и т.д.) [1].

Проведенный анализ оказания МП пациентам с ОНМК показал, что остается крайне низким уровень своевременного обращения пациентов за МП при подозрении на инсульт (догоспитальный этап). Целевой уровень (30% и более) показателя своевременного обращения пациентов за МП в период до 3-х часов от начала заболевания, когда возможно проведение пациенту тромболитической терапии (ТЛТ), не был достигнут в 2022 г. ни в одном из регионов. В Брестской области данный показатель составил 21,1%, Витебской – 17,2%, Гомельской – 11,7%, Гродненской – 18,5%, Минской – 18,1%, Могилевской – 14,9% и г. Минске – 20,7%.

На основе полученных данных был рассчитан показатель качества первичной профилактики ИГМ в амбулаторно-поликлинических организациях и показатель качества вторичной профилактики ИГМ, которые утверждены приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.04.2024 № 464.

Показатель качества первичной профилактики ИГМ в амбулаторно-поликлинических организациях (показатель качества медицинского наблюдения пациентов с БСК, I00-99) определяется как отношение числа пациентов в возрасте 18 лет и старше с зарегистрированным ОНМК (субарахноидальное кровоизлияние (I60), внутримозговое кровоизлияние (I61), другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние (I62), инфаркт мозга (I63), инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт (I64)), состоящих под медицинским наблюдением с болезнями системы кровообращения (БСК), к числу пациентов в возрасте 18 лет и старше, состоящих под медицинским наблюдением с БСК. Показатель выражают в промилле и рассчитывают по следующей формуле:

$$\frac{N \times 1000}{n},$$

где:

N – число пациентов в возрасте 18 лет и старше с зарегистрированным ОНМК (субарахноидальное кровоизлияние (I60), внутримозговое кровоизлияние (I61), другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние (I62), инфаркт мозга (I63), инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт (I64)), состоящих под медицинским наблюдением с БСК, за отчетный год;

n – число пациентов в возрасте 18 лет и старше, состоящих под медицинским наблюдением с БСК.

Показатель рассчитывают на основании данных формы государственной статистической отчетности 1-заболеваемость «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь». Целевой уровень – до 5%. При оценке выполнения позитивным является снижение показателя.

Показатель качества первичной профилактики ИГМ в амбулаторно-поликлинических организациях (показатель качества медицинского наблюдения пациентов с (БСК, I00-99)) включен в базовую Модель оценки деятельности организаций здравоохранения.

Также был предложен показатель качества вторичной профилактики ИГМ в организациях здравоохранения, который определяется как отношение числа пациентов с инфарктом головного мозга (I63) на фоне фибрилляции предсердий (I48), получающих при выписке антикоагулянтную терапию (за исключением пациентов, имеющих противопоказания), к числу выписанных пациентов с инфарктом головного мозга (I63) на фоне фибрилляции предсердий (I48) (за исключением пациентов, имеющих противопоказания), умноженное на 100. Целевой уровень – 100%.

Анализ работы МРЦ по оказанию МП пациентам с ОНМК свидетельствует, что в подавляющем большинстве МРЦ медицинская помощь оказывается населению того города и района, в котором он расположен. Доля пациентов с ОНМК из прикрепленных к МРЦ районов остается низкой, так как большая часть пациентов с ОНМК из прикрепленных районов проходит лечение не на специализированных инсультных койках МРЦ, а на терапевтических койках центральных районных больниц. Поэтому основной проблемный вопрос – безусловное соблюдение схем маршрутизации и распределения потоков пациентов с ОНМК, направляемых в МРЦ из прикрепленных районов.

Для преодоления и контроля вышеуказанной проблемы было предложено включение в Модель оценки деятельности организаций здравоохранения показателя «Доля пациентов с ОНМК из прикрепленных районов, проходящих лечение в межрайонном центре». Данный показатель определяется как отношение числа пациентов с ОНМК из прикрепленных районов, пролеченных в МРЦ, к числу пациентов с ОНМК, пролеченных в организациях здравоохранения прикрепленных районов, умноженное на 100. Рассчитывается по данным формы государственной статистической отчетности 1-стационар (Минздрав). Целевой уровень – наилучший показатель базисного года (2022 г. – 40%).

При анализе организации оказания рентгеноэндоваскулярной помощи пациентам с ИГМ на уровне МРЦ было установлено, что расположение неврологических и нейрохирургических отделений, ангиографического кабинета в различных организациях здравоохранения затрудняет логистику движения пациентов; недостаточная укомплектованность кадрами, расходными материалами и инструментарием ангиографических кабинетов препятствует организации их работы в круглосуточном режиме.

Внутривенный системный тромболитический и рентгеноэндоваскулярные вмешательства (РЭХВ) могут проводиться пациентам во временном интервале 4,5 часа и 6,0 часов, соответственно, от момента начала заболевания. Необходимо максимально стремиться к сокращению времени от момента поступления пациента в стационар до начала введения тромболитика.

По республике число проведенных внутривенных тромболитических у пациентов с ИГМ увеличилось с 278 в 2017 г. до 1303 в 2022 г. или в 4,7 раза.

Число пациентов с ИГМ, которым проведены РЭХВ, демонстрирует положительную динамику с 2017 г. по 2022 г. Наибольшее значение данного показателя в целом по республике отмечено в 2022 г. – 182. В разрезе регионов в 2022 г. по сравнению с 2021 г. снижение числа пациентов, которым проведено РЭХВ, наблюдалось в Брестской и Минской областях. Увеличение числа проведенных РЭХВ в 2017 г. по сравнению с 2022 г. в Витебской области составило 5,8 раза, Гомельской – 3,0 раза, Гродненской – 4,0 раза, Могилевской – 11,5 раз и г. Минску – 3,8 раза.

Республика Беларусь по числу РЭХВ при ИГМ в 2022 г. (19,7 процедуры на 1 млн. населения в год) еще далека от достижения европейского показателя в 150 процедур на 1 млн. населения в год [2]. Наиболее высокий этот показатель в г. Минске (47,6 РЭХВ на 1 млн. населения в год при ИГМ). Очень низкий уровень РЭХВ при ИГМ остается в Минской, Гомельской и Брестской областях, соответственно, 2,0, 4,4 и 6,1 на 1 млн. населения в год.

У пациентов, перенесших ИГМ или транзиторную ишемическую атаку (ТИА), риск развития повторных инсультов повышен почти в 10 раз и составляет около 25-30%. Риск повторного ИГМ наиболее высок в первые несколько недель, повторной ТИА – в течение первых дней от развития. В связи с этим вторичная профилактика с использованием антикоагулянтной терапии должна быть начата как можно раньше: сразу после диагностики ТИА и не позднее 48 ч после развития ИГМ. Индивидуализированная вторичная профилактика ИГМ уменьшает риск развития повторного нарушения мозгового кровообращения на 20-30%.

Фибрилляция предсердий (ФП) является причиной кардиоэмболического инсульта головного мозга. У пациентов с ИГМ или ТИА диагностика ФП позволяет снизить частоту рецидивов за счет длительного лечения пероральными антикоагулянтами.

Удельный вес пациентов с ОНМК, направленных на реабилитацию в стационарных условиях, значительно снизился – с 27,9% в 2017 г. до 22,5% в 2022 г., причем каждый последующий год был хуже предыдущего.

Отмечено, что наименьшая доля пациентов, заболевших ИГМ в диспансерной группе по причине БСК зафиксирована в 2020-2021 гг. в Гродненской области – 0,5%, наибольшая – в Гомельской области (максимум в 2019 г. – 1,3%).

В 2022 г. удельный вес пациентов заболевших ИГМ в диспансерной группе по причине БСК (I00-99) составил для Брестской области – 0,8%, Витебской – 0,9%, Гомельской – 1,1%, Гродненской – 0,7%, Минской – 1,0%, Могилевской – 0,8%, г. Минска – 0,8%, для Республики Беларусь в целом – 0,9%, что позволяет сделать вывод о качестве работы, направленной на снижение заболеваемости ОНМК среди пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу БСК. Наиболее качественно такая работа проводится организациями здравоохранения Брестской, Гродненской областей и г. Минска.

По результатам проведенного исследования были выделены направления совершенствования системы оказания МП пациентам с ОНМК: 1) обязательная госпитализации всех пациентов в остром периоде в специализированные неврологические консультные отделения; 2) обеспечение проведения нейровизуализации; 3) достижение объема вмешательств, выполняемых при ИГМ, сопоставимого с европейским (общее число РЭХВ до 150 процедур / 1 миллион населения в год); 4) обеспечения доступности современных методов лечения ИГМ: увеличение объемов ТЛТ современными лекарственными средствами для тромболизиса или выполнения РЭХВ.

Выводы. В настоящее время во всех регионах Беларуси в целях обеспечения доступности и повышения качества специализированной и высокотехнологичной МП, оказываемой в МРЦ пациентам с ОНМК, проводится целенаправленная системная работа Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Для совершенствования порядка организации деятельности МРЦ и оказания МП пациентам с ОНМК организациям здравоохранения необходимо продолжить активную информационную деятельность среди населения, направленную на формирование мотивации своевременного обращения за МП при появлении первых признаков ОНМК; обеспечить приоритетное укомплектование МРЦ врачами-специалистами и медицинскими работниками со средним образованием; организовать в МРЦ планирование объемов оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК, в том числе объемов тромболитической терапии и рентгеноэндоваскулярных операций пациентам с ИГМ из прикрепленных районов; предусмотреть развертывание отделений реабилитации с целью улучшения качества жизни пациентов с ОНМК и их социализации после длительной госпитализации, особенно в сельских населенных пунктах.

Литература

1. Булахова И.Ю. Объем само- и взаимопомощи и сроки госпитализации больных инфарктом миокарда и ишемическим инсультом; пути их оптимизации. Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Москва, 2009. – С. 22.
2. Kim JS, Caplan LR. Clinical Stroke Syndromes. *Front Neurol Neurosci.* 2016;40:72-92. doi: 10.1159/000448303. / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27960164/>. – Дата доступа: 10.05.2024.

УПРАВЛЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИМИ КОМПОНЕНТАМИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А. Ю. Соколов

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

MANAGEMENT OF TECHNOLOGICAL COMPONENTS OF MEDICAL CARE QUALITY

A.Yu. Sokolov

Institute for Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of the Educational Institution "Belarusian State Medical University", Minsk, Republic of Belarus

Резюме. Эффективное управление качеством медицинской помощи является основой ее непрерывного улучшения. В статье раскрывается содержание управления технологическими компонентами качества медицинской помощи, демонстрируются основные организационные проблемы в их управлении.

Ключевые слова: управление качеством медицинской помощи, технологические компоненты, подходы управления, функции эффективного менеджмента, организационные проблемы управления.

Resume. Effective management of the quality of health care is the basis for its continuous improvement. The article reveals the content of managing the technological components of the quality of medical care and demonstrates the main organizational problems in their management.

Keywords: quality management of medical care, technological components, management approaches, functions of effective management, organizational management problems.

Актуальность управления технологическими компонентами качества медицинской помощи определяется возможностью управлять главным видом компонентов качества – технологическими, и необходимостью использования при этом всей атрибутики управления, прежде всего, функций эффективного менеджмента.

Цель: систематизация технологических компонентов качества медицинской помощи как объектов управления и выявление организационных проблем управления.

Результаты и их обсуждение. Из основных компонентов управления качеством медицинской помощи (понятийном, нормативно-правовом, ресурсном, технологическим и оценочным) [3] наиболее значимым следует считать технологический. Именно технологии с соответствующим их ресурсным сопровождением составляют фактическую сущность данной категории экономики и организации здравоохранения. Как и две другие основные категории экономики и организации здравоохранения (доступность и эффективность), качество является управляемой, что и выражается в приверженности Всемирной организации здравоохранения к терминологии именно управления качеством, а не его оценки и

контроля. Безусловно, оценка и контроль являются важными компонентами в управлении качеством, но именно компонентами, а не его сущностью.

Медицинская помощь, представляющая собой процесс, должна и управляться с позиции процессного, то есть технологического подхода. Именно поэтому технологические компоненты управления качеством медицинской помощи представляются наиболее важными.

Под управлением качеством медицинской помощи понимается комплекс правовых, нормативных, технологических, ресурснообеспечивающих, оценочных и контрольных мероприятий по надлежащему пациентоориентированному медицинскому обслуживанию населения при эффективно используемом адекватном ресурсном обеспечении [3].

В осуществлении процесса управления качеством медицинской помощи следует соблюдать правила трех основных подходов: комплексного, системного, программно-целевого.

Комплексный подход предполагает реализацию трех его компонентов: 1) Индивидуального подхода, ориентирующего весь комплекс медицинских мероприятий на оптимальный для каждого пациента результат.

2) Подхода «на соответствие стандартам» – ориентированного на выполнение требований медицины, основанной на доказательствах, и соблюдение клинических протоколов.

3) Результативного подхода, обеспечивающего итог деятельности субъекта хозяйствования – организации здравоохранения, и поэтому являющегося важнейшим в экономическом аспекте. При этом в здравоохранении в отличие от других отраслей экономики выделяют три вида эффективности: медицинскую, социальную и экономическую.

Системный подход обеспечивает за счет системного анализа выяснение вопросов: «почему так получилось» и «кто виноват».

Программно-целевой подход ответственен за один вопрос – «что делать?». И предполагает эффективное решение проблемы по следующему алгоритму: проблема – цель – мероприятия (технологии) – ресурсы – целереализатор (исполнитель) – результат.

Организационно-методическое обеспечение в системе управления здравоохранением является главным результирующим моментом итоговой работы системы по выполнению ее главных задач.

Организационно-методическая служба в системе здравоохранения является ведущей, а организационно-методическая работа – неотъемлемой частью функциональных обязанностей руководителей и специалистов всех уровней.

Миссией организационно-методической службы является управление здравоохранением, то есть планирование, организация, координация, учет, анализ и контроль деятельности учреждений и служб здравоохранения, оценка ее эффективности по все видам, формам и условиям оказания медицинской помощи населению.

Анализ определения понятия качества медицинской помощи, представленного в последней редакции Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», позволяет

выделить четыре основных характеристики в его составе:

1. Удовлетворенность пациента.
2. Своевременность оказания медицинской помощи.
3. Соответствие оказанной помощи клиническим протоколам.
4. Соответствие запланированному результату [1].

Данные характеристики являются, безусловно, управляемыми. Также управляемы и технологические компоненты качества медицинской помощи: интенсивность, непрерывность, преемственность, адекватность, инновационность, конкурентоспособность, безопасность и доступность. Эти восемь технологических компонентов качества медицинской помощи являются объектами управления компетентных специалистов, прежде всего, организаторов здравоохранения, руководителей различных структурных подразделений и, по сути, - всех лечащих врачей.

Управление представляет собой интегрированный процесс достижения целей системы посредством функций управления и соответствующих им технологий. Представляется, что оптимальным при управлении технологическими компонентами качества будет использование восьми функций эффективного менеджмента в здравоохранении: планирование, организация, координация, распоряжение, стимулирование, учет, анализ, контроль [4]. Управление, как известно, занимается решением проблем. Основными организационными проблемами в управлении технологическими компонентами качества, на мой взгляд, являются следующие:

1. Отсутствие организационных стандартов интенсивности профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных процессов.
2. Практическое отсутствие алгоритмизации лечебно-диагностического процесса, например, на основе «дорожных карт» или других форм маршрутизации процессов. Существенной также является проблема фактической непрерывности процесса во времени (выходные, праздничные дни и др.).
3. Проблемы преемственности схожи с таковыми по непрерывности процесса и практически в большинстве экспертных заключений по оценке качества медицинской помощи констатируется либо отсутствие, либо недостаточная преемственность в случаях неэффективного оказания помощи пациентам.
4. Абсолютное соблюдение клинических протоколов порождает проблемы неадекватности медицинской помощи, что в системе управления качеством (а не в его оценке) нивелировалось индивидуальным подходом и клиническим мышлением.
5. Основными проблемами инновационного компонента, на мой взгляд, являются адекватное ресурсное обеспечение внедрения инновационных, прежде всего, интенсивных, технологий и внедрение инноваций в широкую практику здравоохранения, особенно на первом территориальном технологическом уровне.
6. Проблемы конкурентоспособности следует различать по отношению к внешним (экспорт медицинских услуг) и внутренним рынкам (успешность продаж услуг населению). Ее особенностью, отличной от других отраслей экономики, является безусловный приоритет качества над ценой. То есть «качество - цена», а не «цена - качество», как эти главные характеристики конкурентоспособности трактуются в других секторах экономики.

7. Проблемы безопасности в медицине, прежде всего, ассоциированы с ВБИ (внутрибольничными инфекциями) и возможностями хирургии, анестезиологии-реаниматологии и правовыми аспектами их деятельности. И, безусловно, самим принципом «не навреди».

8. Проблемы управления доступностью следует решать с позиции территориального и учрежденческого уровней. На территориальном уровне основными объективными критериями доступности медицинской помощи следует считать выполнение социальных стандартов, прежде всего, нормативов обеспеченности ресурсами. На учрежденческом – выполнение учрежденческих критериев доступности [2].

Выводы:

1. Следует считать все технологические компоненты качества медицинской помощи управляемыми объектами.

2. В управлении технологическими компонентами качества медицинской помощи целесообразно использовать восемь функций эффективного менеджмента и три подхода - комплексный, системный и программно-целевой.

Литература

4. Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении» (в ред. от 25 октября 2023 г. № 308-З) //Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь.

5. Соколов А. Ю. Управление доступностью медицинской помощи: учеб.-метод. пособие / А. Ю. Соколов. – Минск: БелМАПО, 2023. -30 с.

6. Соколов А. Ю. Управление качеством медицинской помощи: основные компоненты //Вопросы организации и информатизации здравоохранения, 2022. /Приложение – с. 262-263.

7. Соколов А. Ю. Управление эффективностью в здравоохранении: учеб.-метод. пособие / А. Ю. Соколов. – Минск: БелМАПО, 2021. – 28 с.

УДК 613.98:159.9.072(476.6)(470+571)

САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В СОПОСТАВЛЕНИИ С ДАННЫМИ ДЛЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

М.Ю. Сурмач

*Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь
При поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (грант
Г24У-007 от 02.05.2024)*

SELF-ASSESSMENT OF HEALTH OF THE ELDERLY POPULATION OF THE GRODNO REGION IN COMPARISON WITH DATA FOR THE RUSSIAN FEDERATION: COHORT STUDY

M.Yu. Surmach

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Резюме. На материалах когортного исследования (N=1270, Гродненская область) самооценки здоровья лиц возраста 60+ установлено, что первое место ($p<0,05$) в структуре ответов занимает оценка 3 балла, 52,44% выбирают ≤ 3 баллов 5-бальной шкалы. Плохие самооценки коррелируют с российскими данными, доля хороших самооценок в Гродненской области выше.

Ключевые слова. Самооценка здоровья, пожилое население, Гродненская область Республики Беларусь, Российская Федерация

Summary. Based on the materials of a cohort study (N=1270, Grodno region) of self-assessment of health of people aged 60+, it was found that the first place ($p<0.05$) in the structure of answers is occupied by a score of 3 points, 52.44% choose ≤ 3 points of 5 points scales. Poor self-esteem correlates with Russian data; the share of good self-esteem in the Grodno region is higher.

Key words. Self-rated health, elderly population, Grodno Region of the Republic of Belarus, Russian Federation

Актуальность работы определяется объективными трендами постарения населения Республики Беларусь. Эта тенденция является общей для большинства стран Европы и постсоветского пространства, в том числе и для Российской Федерации.

Самооценка здоровья (СОЗ) – показатель, основанный на субъективных ощущениях человека относительно своего здоровья, он является структурным компонентом отношения человека к здоровью, косвенно отражает мотивацию на здоровьесбережение. Более 10 лет назад обнаружена и статистически подтверждается высокая (до 80%) степень соответствия самооценки и объективных показателей здоровья населения [5].

Цель исследования: выявить уровень самооценки удовлетворенности состоянием своего здоровья лиц возраста 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области, и сопоставить с опубликованными результатами подобных когортных исследований, выполняемых в странах-соседях.

Материалы и методы.

Проанализированы данные опроса 1270 человек возраста 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области (когортное проспективное исследование). По опубликованным источникам проведено сопоставление полученных результатов с данными исследований СОЗ, выполненных в Российской Федерации.

Результаты и их обсуждение

Анализ методологических подходов к измерению показателя самооценки состоянием здоровья (удовлетворённости здоровьем, СОЗ) показал, что таковые значительно различаются.

В работах российских авторов преобладают трёхбальные шкалы: так, в изучении вклада СОЗ в смертность от всех причин и от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди москвичей 55 лет и старше, коллективом авторов под руководством С.А.Шальной в 2019 году предлагалось жителям столицы оценить своё здоровье с выбором вариантов «хорошее, удовлетворительное, плохое» [4]. Такая же шкала применялась коллективом авторов под руководством А.И.Антонова в 2020 году **при изучении субъективной оценки здоровья состоящими в браке городскими жителями** [1].

ВОЗ для решения задачи изучения и оценки СОЗ предлагает пятибальную шкалу, Евростат к предлагаемым ВОЗ пяти градациям самооценки добавляет еще два варианта: «Не знаю» и «Без ответа» [6].

Поскольку СОЗ – обязательный фактор при изучении качества жизни, и данный показатель изучался нами как один из его компонентов, в работе использован инструментарий ВОЗКЖ-26: «Насколько Вы удовлетворены Вашим здоровьем? 1 – совершенно неудовлетворён; 2 – неудовлетворён, 3 – ни удовлетворён, ни неудовлетворён, 4 – удовлетворён, 5 – абсолютно удовлетворён» [7].

На вопрос «Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?» ответы распределились следующим образом: большинство респондентов (39.45%, 95% ДИ = 35.98; 43.03%) выбрали вариант «3» пятибальной шкалы. Доли «не удовлетворённых» (варианты 1 и 2 в сумме) и «удовлетворённых» (варианты 4, 5 в сумме) составили 27.64% и 32.91% соответственно и различались статистически значимо ($\chi^2=4.48$, $p=0.0342$).

По полученным данным прослеживается чёткая ранговая структура ответов: первое место – ответ «3 балла», второе – 4-5, третье – 1-2 балла, соответственно, доли различаются друг от друга статистически значимо.

Далее респонденты были разделены на две группы: к первой отнесены лица, отмечающие «очень не удовлетворен», «не удовлетворен» (плохие оценки СОЗ), ко второй – отмечающие «Ни то, ни другое», «Удовлетворен» или «Очень удовлетворен» (хорошие оценки СОЗ). Оказалось, что респонденты в 52,44% случаев оценивают свое качество жизни на позиции ниже среднего и средние (1-3 балла 5-бальной шкалы), чем как «хорошее» и «очень хорошее» (4-5 баллов, соответственно). В то же время, преобладание не является статистически значимым.

Анализ опубликованных данных по тематике исследования показал, что в 1990х и в начале 2000х гг. доля позитивных оценок у мужчин в исследованиях в России была в 1,7–2 раза выше, чем у женщин, то к 2015-2018 эта разница сократилась до 1,4–1,5 раза. В старших возрастных когортах тенденция ухудшения показателей здоровья с возрастом после преодоления россиянами 60 летнего рубежа получает ускоренное развитие. Доля лиц, оценивающих собственное здоровье как хорошее или очень хорошее, снижается среди 60–69 летних респондентов до 9,7%, а среди респондентов в возрасте 70 лет и старше – до 4%, тогда как доля воспринимающих свое здоровье как плохое или совсем плохое вырастает соответственно до 23,3 и 49,0% [3].

При исследованиях самооценки здоровья у москвичей в возрасте 55 лет и старше было выявлено, что лишь 10% респондентов оценивали свое здоровье, как хорошее. Распространенность плохой СОЗ составляла 18,6%. Причем с возрастом плохая СОЗ увеличивалась не только за счет уменьшения “хорошего здоровья”, но и за счет уменьшения частоты удовлетворительной СОЗ. Анализ смертности показал, что плохая СОЗ является независимым предиктором смерти у лиц пожилого возраста даже при наличии ССЗ, курения и других факторов риска [4].

Одним из факторов, существенно повышающих субъективную оценку здоровья пенсионеров, проживающих в Российской Федерации, является наличие у них возможности трудиться после достижения пенсионного возраста. Так, в 2018 г. среди работающих женщин в возрасте от 55 до 65 лет доля лиц с позитивной оценкой своего

здоровья была более чем в 1,5 раза больше (15,6 против 9,8%), тогда как доля лиц с негативной самооценкой здоровья почти в 2,5 раза меньше (10,4 против 25,2%), чем среди неработающих женщин этого же возраста. Аналогичная картина наблюдалась и в когорте мужчин 60–69 летнего возраста, где разница между работающими и неработающими по доле позитивных самооценок здоровья достигала 2х раз (22,8 против 11,1%), а по доле негативных самооценок – 2,5 раза, но в противоположную сторону (10,5 против 27%). При этом во всех старших возрастных когортах работающие заметно опережали неработающих по средней оценке воспринимаемого здоровья (50–59 лет: 3,02 против 2,80; 60–69 лет: 2,98 против 2,76; 70 лет и более: 2,73 против 2,44) [2].

Выводы

На вопрос «Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?» большинство респондентов (39,45%, 95% ДИ = 35,98; 43,03%) выбрали вариант «3» 5-бальной шкалы. Сопоставимость результатов в данном и опубликованных исследованиях не может быть абсолютной в силу различий в инструментариях. Вместе с тем, (при наличии ответа «Ни то, ни другое») респонденты, ответившие «Удовлетворён» или «Очень удовлетворён» на вопрос о самооценке удовлетворённости состоянием собственного здоровья, очевидно, не могут одновременно оценивать свое здоровье как «плохое», а респонденты, ответившие «Не удовлетворён» или «Очень неудовлетворён», не могут оценивать его как «хорошее». В этой связи выявленные нами доли «не удовлетворённых» (варианты 1 и 2 в сумме) и «удовлетворённых» (варианты 4, 5 в сумме), которые составили 27.64% и 32.91% соответственно, иллюстрируют, что плохие самооценки здоровья коррелируют с таковыми в иных популяциях для данной возрастной группы, доля же хороших самооценок значительно превышает соответствующие показатели для россиян.

Литература:

1. Антонов, А.И. Здоровье в субъективных оценках состоящих в браке городских жителей / А.И.Антонов, В.М.Карпова, Е.Н.Новоселова // Социальные аспекты здоровья населения. - 2020. – №6 (66). – [эл. ресурс]. – адрес доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1216/30/lang.ru/> - Дата доступа: 29.05.2024
2. Канева, М.А. Гетерогенность ответов при самооценке здоровья россиян / М.А.Канева, В.М. Байдин // Прикладная эконометрика. - 2018. - Т. 51. - с. 102–125.
3. Козырева, П. М. Динамика самооценок здоровья россиян: актуальные тренды постсоветского периода / П.М.Козырева, А.И. Смирнов // Социологические исследования. - 2020. - № 4. - с. 70-81.
4. Самооценка здоровья москвичей 55 лет и старше, традиционные факторы риска и их прогностическое значение / С.А. Шальнова, А.Э. Имаева, А.В. Капустина, Г.А. Муромцева, Ю.А. Баланова, В.М. Школьников // Российский кардиологический журнал. – 2019. - № 6. – с. 27-33.
5. [Andrea E. Bombak](#). Self-Rated Health and Public Health: A Critical Perspective / [Andrea E. Bombak](#) // [Front Public Health](#). – 2013. – N 1. – P. 15.
6. European health interview survey (EHIS). – [el. source]. – Accessible on: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey> – Date of access: 30.05.2024.
7. Russian_WHOQOL-BREF [el. source]. – Accessible on: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/russian-whoqol-bref> – Date of access: 30.05.2024.

УДК: 314.36:316.356.2 (470) + (476)

**МНОГОДЕТНОСТЬ В РОССИИ И В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ:
ОБЩЕЕ И РАЗЛИЧИЯ**

И.А. Сухарева

Крымский Федеральный Университет им. В.И. Вернадского, Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт имени С. И. Георгиевского, г. Симферополь, Россия

**LARGE FAMILY IN RUSSIA AND THE REPUBLIC OF BELARUS:
COMMON AND DIFFERENCES**

I.A. Sukhareva

*"V.I. Vernadsky Crimean Federal University "
Order of the Red Banner of Labor S.I. Georgievskiy Medical Institute named after
Simferopol, Russia*

Резюме. *Статья посвящена мерам социальной защиты многодетных семей в России и в Республике Беларусь. Определены проблемы многодетности, ее социальные и психологические особенности. Проанализированы меры по усилению информированности о социальной защите многодетных семей.*

Ключевые слова: *многодетность, социальные гарантии в России и Республики Беларусь.*

Resume. *The article is devoted to measures of social protection of large families in Russia and the Republic of Belarus. The problems of large families, its social and psychological characteristics are identified. Measures to increase awareness of the social protection of large families are analyzed.*

Key words: *large family, social guarantees in Russian and Republic of Belarus.*

Актуальность. Многодетность в России и в Республике Беларусь имеет давнюю историю, и ее значение и восприятие в обществе менялись со временем. В дореволюционной России многодетные семьи, особенно в сельской местности, считались обычным явлением, так как дети помогали в хозяйстве и продолжали род. В Советском Союзе государство активно поддерживало многодетность, рассматривая ее как важный фактор для демографической и экономической стабильности [4].

В настоящее время многодетность является важным способом улучшить демографическую ситуацию в обеих странах и позволяет сохранить население [1,3].

В своем ежегодном Послании Федеральному собранию Президент В.В. Путин подчеркнул, что демографическая проблема является одной из ключевых для страны. Многодетные семьи защищены государством, но в ряде случаев сталкиваются с проблемами, которые необходимо учитывать.

Цель. Определить общее и различие в законодательстве по предоставлению помощи многодетным семьям в России и Республике Беларусь. Изучить информированность многодетных семей о мерах социальной помощи в Республике Крым.

Материалы и методы. Проведен анализ законодательных актов и постановлений по предоставлению помощи многодетным семьям в России и в Республике

Беларусь, а также проведено анкетирование 348 человек – многодетных матерей и отцов, проживающих в Республике Крым в возрасте от 35 до 40 лет ($37,5 \pm 2,9$ лет). Анкета включала в себя 17 вопросов, о социальных проблемах, с которыми сталкиваются многодетные семьи и необходимости их социальной защиты. Для оценки взаимосвязи между количеством детей в семье и проблемами в таких семьях использовали метод корреляции рангов Спирмена (ρ). Обработка результатов анкетирования проводилась Excel 7 (программа Statistica 10,0).

Результаты и их обсуждение. Существенная поддержка многодетных семей включает в себя различные меры социальной помощи. Один из ключевых документов, определяющих основные направления государственной поддержки таких семей, это Указ Президента РФ от 5 мая 1992 года № 431 "О мерах по социальной поддержке многодетных семей"[7,8]. Сегодня в России проживает более 30 миллионов детей в 24,5 миллиона семей. За 5 лет число многодетных семей увеличилось на 27 % и составило 2,3 млн., а число детей в них – 7,4 млн. человек. В рамках Национального проекта «Демография» для детей до трех лет было создано более 263 тысяч мест в детских садах и свыше 18 тысяч в негосударственном секторе. Материнский капитал уже четыре года выдают при рождении первого ребенка. В России главной мерой стимулирования рождаемости считается материнский капитал. За последнее время условия его выдачи претерпели ряд изменений. С 2020 года материнским капиталом могли воспользоваться семьи, в которых родился не только второй, но и первый ребенок. Однако основная часть финансовой поддержки перенесена на первенца. Так, с 2023 года размер материнского капитала на первого ребенка составляет 589 тыс. руб., на второго – 779 тыс. руб., но только в том случае если семья не получала таких выплат на первого ребенка.

В Беларуси по данным на 1 мая 2023 г. проживало 122,1 тыс. многодетных семей, в которых воспитывалось почти 400 тыс. детей, то есть каждый пятый ребенок в Республике. Поддержка семей с детьми — национальный приоритет. Брак, семья, материнство, отцовство и детство находятся под защитой государства, и это заложено в Конституции Беларуси. В Национальной стратегии устойчивого развития 2040 (НСУР 2040) определены направления новой демографической политики, в основе которой является господдержка, пропаганда семейных ценностей и управление миграционными процессами [5,6].

Анализ семейной политики развитых стран показывает, что рождаемость выше там, где выше расходы на семейную политику. "Европейские страны с высоким уровнем рождаемости несут расходы на семейную политику на уровне 3-4% от ВВП (в таких странах, как Франция, Швеция). Меры демографической и семейной политики России с учетом материнского капитала соответствуют порядка 1,7% ВВП, а в Республике Беларусь – 3,1. В современном мире в развитых странах большая часть женщин ориентированы на самореализацию, построение карьеры, стремятся к финансовой независимости. Поэтому важно помогать им сочетать, с одной стороны, работу, с другой – уход за дошкольниками и школьниками. Большинство европейских стран в настоящий момент времени ориентированы именно на проведение политики, направленной на сочетание материнства/отцовства и ухода за детьми, а также на политику гендерного равенства в семье, то есть активного включения отцов в уход за детьми и

заботу о детях [9,10]. При этом остальные направления политики, будь то выплата денежных пособий, которые часто выплачиваются на всех детей, или налоговые льготы для семей с детьми, остаются, так как они важны как мера выравнивания доходов населения.

Мы провели региональное исследование в Республике Крым для выявления проблем связанных с многодетностью. В Республике Крым действует закон от 17 декабря 2014 года № 39-ЗРК/2014 "О социальной поддержке многодетных семей в Республике Крым", который предусматривает следующие меры социальной поддержки: социальные льготы, включающие оплату 50% общей площади жилых помещений и коммунальных услуг; выплата 450 000 рублей на ипотеку для многодетных семей; погашение ипотечных обязательств за счет государства; обеспечение питанием; организация отдыха и оздоровления детей; предоставление лекарственных средств для детей из многодетных семей в возрасте до 6 лет; бесплатное или льготное посещение различных культурно-развлекательных мероприятий в Республике Крым [2].

В ходе исследования было обнаружено, что 63% многодетных семей были не осведомлены о различных мерах социально-экономической поддержки со стороны государства, а 27% знали, но не пользовались. По мнению большей части многодетных семей для того, чтобы использовать государственную поддержку необходимо много усилий. Для многодетных семей, основной проблемой является недостаток материальных ресурсов, что отметили 43% респондентов. Еще одной значимой проблемой, с которой сталкиваются такие семьи, является нехватка времени на каждого ребенка – это отметили 30% опрошенных. Дополнительно было выявлено, что 45% многодетных семей испытывают финансовые трудности, особенно в периоды повышения цен на продукты и услуги.

Опрос также показал, что только 15% многодетных семей имеют доступ к дополнительным источникам дохода, таким как сдача в аренду недвижимости или дополнительная работа. Важно отметить, что многие из них выражают желание получить консультации по финансовому планированию и управлению бюджетом. Также выяснилось, что родители испытывают затруднения с обеспечением качественного образования для каждого ребенка - 26% анкетированных. 30% многодетных семей испытывают затруднения с доступом к детским садам и школам из-за ограниченности мест и высоких цен на образовательные услуги.

Для преодоления финансовых трудностей и решения проблем многодетные семьи нуждаются в особой социальной поддержке. Однако лишь 44,8% семей из числа респондентов пользуются предоставляемой государством материальной помощью в виде пособий и налоговых льгот. В то же время, только 45,9% семей получают льготы на одежду и бесплатные обеды в школе, а 22,1% – пособия на лекарства и санаторно-курортное лечение. Более того, 65% опрошенных не являются членами общества многодетных семей и не рассчитывают на помощь со стороны государства, считая, что социальные органы недостаточно заботятся о таких семьях. Между количеством рождённых детей в многодетных семьях и возникновением различных проблем в них была определена прямая сильная связь (коэффициент корреляции $\rho = 0,73$; $P < 0,5$). Это указывает на то, что чем больше детей в семье, тем чаще в этой семье возникает различные проблем.

Выводы:

1. В настоящий момент в России и в Республике Беларусь предпринимаются много усилий по поддержке многодетности. Многодетность может служить эталоном гармоничных взаимоотношений и высшей ценностью института семьи. Новая парадигма демографической политики должна быть нацелена на поступательный рост ожидаемой продолжительности жизни, развитие демографической культуры населения, распространение модели здорового образа жизни, укрепление брачных и семейных отношений.

2. Однако, результаты нашего исследования показали, что информированность многодетных семей о мерах социальной поддержки находится не всегда на недостаточном уровне. У многодетных семей возникает ряд проблем: финансовые трудности, ограниченный доступ к образованию детей, недостаток внимания со стороны родителей к каждому ребенку. Необходимо проводить разъяснительную работу для многодетных семей об их правах и возможностях, и если повысить их осведомленность о наличии социальной поддержки со стороны государств, то решение проблем, с которыми сталкиваются эта категория граждан, поможет улучшить их положение и будет способствовать увеличению количества многодетных семей.

Литература

1. Закон Республики Беларусь от 29 декабря 2012 г. № 7-З «О государственных пособиях семьям, воспитывающим детей» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=H11200007>
2. Закон Республики Крым от 17 декабря 2014 года № 39-ЗРК/2014 "О социальной поддержке многодетных семей в Республике Крым" [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://rk.gov.ru/documents/329944e6-b1cf-4b33-97ba-0d20073af65d>
3. Кодекс РБ о Браке и Семье 278-З от 9.07.1999 г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://zakony-by.com/kodeks_rb_o_brake_i_semje/62.htm
4. Микодина, Е.А. Социально-психологические проблемы многодетности / Е.А. Микодина // Психологический Vademecum. Социализация личности в условиях неопределенности: региональный аспект: сборник научных статей. – Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2021. – С. 226-229.
5. Национальная стратегия устойчивого развития Республики Беларусь на период до 2040 года (НСУР-2040) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://economy.gov.by/uploads/files/Kontseptsiya-NSUR-2040.pdf>
6. О предоставлении льгот и социальных гарантий семье, имеющей статус многодетной [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://centr.minsk.gov.by>
7. Федеральный закон "О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей" от 29.12.2006 N 256-ФЗ. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_64872/
8. Указ Президента РФ от 5 мая 1992 г. № 431 «О мерах по социальной поддержке многодетных семей»// Ведомости СНД и ВС РФ. - 1992. - № 19. - С. 1044.
9. Шлемко Н.В. Многодетная семья и особенности ее функционирования в современном обществе / Н.В. Шлемко, М.Р. Ахмеева. — Текст: непосредственный // Молодой ученый. — 2022. — № 16 (411). — С. 311-313. — URL: <https://moluch.ru/archive/411/90529/>
10. Hank, K., Steinbach, A. (2019). Families and Their Institutional Contexts: The Role of Family Policies and Legal Regulations. Köln Z Soziol 71, 375–398. <https://doi.org/10.1007/s11577-019-00603-z>

References.

1. [Zakon Respubliki Belarus' ot 29 dekabrya 2012 g. № 7-Z «O gosudarstvennykh posobiyakh sem'yam, vospityvayushchim deteJ» \[Ehlektronnyj resurs\]. Rezhim dostupa:](https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=H11200007)

<https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=H11200007>

2. Zakon Respubliki Krym ot 17 dekabrya 2014 goda № 39-ZRK/2014 "O social'noj podderzhke mnogodetnykh semej v Respublike Krym" [Elektronnyj resurs]. Rezhim dostupa: <https://rk.gov.ru/documents/329944e6-b1cf-4b33-97ba-0d20073af65d>

3. Kodeks RB o Brake i Sem'e 278-Z ot 9.07.1999 g. [Elektronnyj resurs]. Rezhim dostupa: https://zakony-by.com/kodeks_rb_o_brake_i_semje/62.htm

4. Mikodina, E. A. Social'no-psihologicheskie problemy mnogodetnosti / E. A. Mikodina // Psihologicheskij Vademecum. Socializaciya lichnosti v usloviyakh neopredelennosti: regional'nyj aspekt: sbornik nauchnykh statej. – Vitebsk: VGU imeni P. M. Masherova, 2021. – S. 226-229.

5. Nacional'naya strategiya ustojchivogo razvitiya Respubliki Belarus' na period do 2040 goda (NSUR-2040) [Elektronnyj resurs]. Rezhim dostupa: <https://economy.gov.by/uploads/files/Kontseptsija-NSUR-2040.pdf>

6. O predostavlenii l'got i social'nykh garantij sem'e, imeyushchej status mnogodetnoj [Elektronnyj resurs]. – Rezhim dostupa: <http://centr.minsk.gov.by>

7. Federal'nyj zakon "O dopolnitel'nykh merakh gosudarstvennoj podderzhki semej, imeyushchikh detej" ot 29.12.2006 N 256-FZ. [Elektronnyj resurs]. Rezhim dostupa: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_64872/

8. Ukaz Prezidenta RF ot 5 maya 1992 g. № 431 «O merakh po social'noj podderzhke mnogodetnykh semej» // Vedomosti SND i VS RF. -1992.- № 19.- S. 1044.

9. Shlemko N. V. Mnogodetnaya sem'ya i osobennosti ee funkcionirovaniya v sovremennom obshchestve / N. V. Shlemko, M. R. Akhmeeva. — Tekst: neposredstvennyj // Molodoj uchenyj. — 2022. — № 16 (411). — S. 311-313. — URL: <https://moluch.ru/archive/411/90529/>

10. Hank, K., Steinbach, A. (2019). Families and Their Institutional Contexts: The Role of Family Policies and Legal Regulations. Köln Z Soziol 71, 375–398. <https://doi.org/10.1007/s11577-019-00603-z>

УДК 314.144(571.56-17)"2000/2022"

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЕ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) ЗА ПЕРИОД 2000-2022 ГОДЫ

Л.Ф. Тимофеев¹, Н.В. Саввина¹, А.Л. Тимофеев²

¹Медицинский институт СВФУ им. М.К. Аммосова, г. Якутск, Российская Федерация

²ГАУ РС (Я) «Медицинский центр г. Якутска», г. Якутск, Российская Федерация

MEDICAL AND DEMOGRAPHIC SITUATION IN THE ARCTIC ZONE OF THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA) FOR THE PERIOD 2000-2022

L.F. Timofeev¹, N.V. Savvina¹, A.L. Timofeev²

¹Medical Institute of NEFU M.K. Ammosov, Yakutsk, Russian Federation

²State autonomous body RS (Y) "Medical Center of Yakutsk", Yakutsk, Russian Federation

Резюме. *Нами проведен анализ медико-демографической ситуации в Арктической зоне Республики Саха (Якутия) за период 2000-2022 годы. При этом рассматривали динамику таких основных медико-демографических показателей как рождаемость, смертность, естественный прирост населения (ЕПН) и младенческая смертность. Результаты: выявлено, что если по рождаемости и ЕПН нет однозначной итоговой оценки по группе, то по смертности и младенческой смертности у 5-6 улусов отмечаются относительно высокие их уровни в целом за 23-летний период.*

Ключевые слова: *медико-демографическая ситуация, младенческая смертность, Арктика, Арктическая зона, Республика Саха (Якутия).*

Resume. *We have analyzed the medical and demographic situation in the Arctic zone of the Republic of Sakha (Yakutia) for the period 2000-2022. At the same time, the dynamics of such medical and demographic indicators as fertility, mortality, natural population growth and infant mortality were considered. Results: it turned out that if there is no unambiguous final assessment for the group in terms of birth rate and natural population growth, then relatively high levels of mortality and infant mortality in 5-6 uluses are noted in general for a 23-year period.*

Keywords: *medical and demographic situation, infant mortality, the Arctic, the Arctic zone, the Republic of Sakha (Yakutia).*

Актуальность. В Российской Федерации на современном этапе уделяется особое внимание государственной политике в таком стратегически важном регионе как Арктическая зона [6]. Так, на законодательном уровне подготовлен проект федерального закона «О развитии Арктической зоны Российской Федерации», кроме того, вышли Указы Президента РФ «Об Основах государственной политики Российской Федерации в Арктике на период до 2035 года» от 05.03.2020 г. № 164 и «О Стратегии развития Арктической зоны Российской Федерации и обеспечения национальной безопасности на период до 2035 года» от 26.10.2020 г. № 645.

Необходимость государственной поддержки арктических регионов страны обусловлена не только экономическими интересами, но и вопросами развития человеческого потенциала Российского Севера [2], и тем, что рядом исследований выявлены проблемы в состоянии здоровья населения, проживающего в Арктической зоне РФ. Так, например, несмотря на согласованность трендов ожидаемой продолжительности жизни населения в регионах Арктической зоны РФ, в России в целом и в зарубежных арктических странах, можно говорить о существенном отставании абсолютных показателей продолжительности жизни населения российской Арктики от населения сравниваемых территорий [3]. А в арктических районах Якутии наблюдаются признаки снижения здоровья детского населения улусов: достаточно высокий и нестабильный уровень первичной заболеваемости детей, повышенный уровень младенческой смертности. Показатели младенческой смертности и детской заболеваемости в арктических улусах (несмотря на программу улучшения качества медицинской помощи матери и ребенку) по-прежнему остаются выше, чем в среднем по России [1].

В настоящее время в Арктическую зону Республики Саха (Якутия) входят 13 районов (улусов): Абыйский, Аллаиховский, Анабарский, Булунский, Верхнеколымский, Верхоянский, Жиганский, Момский, Нижнеколымский, Оленекский, Среднеколымский, Усть-Янский и Эвено-Бытантайский. Для этих улусов характерны суровые климатогеографические условия, малочисленность населения при обширной площади территорий, слабое развитие транспортной инфраструктуры и др., что не может

не влиять на состояние здоровья населения, в том числе на медико-демографическую ситуацию.

Целью нашего исследования является анализ динамики медико-демографических процессов в Арктической зоне РС (Я) за период 2000-2022 годы. Анализу подвергнуты следующие основные медико-демографические показатели: рождаемость, смертность, естественный прирост населения (ЕПН) и младенческая смертность (МЛС).

Материалы и методы. Статистические показатели взяты из официальных источников, в т.ч. Территориального органа Федеральной службы государственной статистики (ТО ФСГС) по Республике Саха (Якутия) и ГБУ РС (Я) «Якутский республиканский медицинский информационно-аналитический центр» (ЯРМИАЦ) [4, 5]. Первоначально по перцентильному методу рассчитали ситуацию по всем административно-территориальным образованиям (районам/улусам) республики. Согласно этому методу, улусы с показателями до 10-й персентиля относились к территориям с низким уровнем того или иного показателя, от 10 до 25-й персентиля – с уровнем ниже среднего, от 75 до 90-й – выше среднего и свыше 90-й персентиля – с высоким уровнем. Очевидно, что с показателями, лежащими в пределах от 25 до 75-й персентиля, улусы относились к группе со средними значениями. Затем указанные улусы, входящие в Арктическую зону, были выделены в отдельную группу для дальнейшего анализа.

Результаты и их обсуждение. Прежде чем рассмотреть медико-демографические процессы в Арктической зоне улусов/районов за 23-летний период (2000-2022 гг.), обратим внимание на численность населения в этих улусах. Так, по данным ТО ФСГС по РС (Я), по численности населения большинство улусов Арктической зоны входило в число наиболее малочисленных улусов республики (табл. 1).

Табл. 1. Численность населения Арктической зоны РС (Я) (чел., на начало года)

Районы/улусы	2010*	2019	2020	2021	2022	2023
Абыйский	4425	3979	3949	3916	3797	3786
Аллаиховский	3050	2708	2697	2726	2362	2349
Анабарский	3501	3597	3653	3672	3479	3454
Булунский	9054	8340	8513	8501	7730	7997
В-Колымский	4723	4049	4003	3984	3764	3748
Верхоянский	12815	11133	11059	10989	10005	10009
Жиганский	4296	4178	4112	4179	4156	4086
Момский	4452	3973	3974	4051	3725	3783
Н-Колымский	4664	4290	4260	4228	4192	4211
Оленекский	4127	4148	4247	4326	4335	4361
С-Колымский	7897	7424	7332	7312	6751	6741
У-Янский	8056	7028	7008	7035	6786	6809
Э-Бытантайский	2867	2827	2845	2879	2916	2948

По РС (Я)	958528	967009	971996	981971	997833	997565
-----------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

* - по итогам ВПН-2010

Рождаемость. Рождаемость населения Арктической зоны в 2000, 2005, 2010 и 2015-2022 гг. представлена в таблице 2.

Табл. 2. Рождаемость населения в Арктической зоне РС (Я) в 2000-2022 гг. (на 1000 чел.)

	Районы/улусы	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1	Абыйский	16,1	10,5	15,1	13,6	9,6	13,6	12,5	11,9	12,2	12,1	14,0
2	Аллайховский	17,8	16,9	12,5	19,6	18,1	14,7	13,6	15,2	19,2	19,0	17,8
3	Анабарский	18,7	20,8	18,0	20,5	20,8	21,8	16,2	18,5	24,0	16,7	21,1
4	Булунский	14,6	12,1	14,9	14,0	14,1	14,3	11,4	9,4	10,5	12,7	11,3
5	В-Колымский	10,5	10,0	10,3	11,7	12,0	11,0	8,8	9,7	13,0	7,4	13,6
6	Верхоянский	15,4	14,6	18,7	19,8	18,3	16,8	13,5	13,5	14,5	13,4	14,1
7	Жиганский	13,5	19,5	22,5	22,8	17,9	18,0	16,9	20,3	18,3	17,0	15,3
8	Момский	19,0	19,3	18,0	23,2	18,0	17,6	14,4	15,9	18,7	13,2	11,7
9	Н-Колымский	13,7	12,9	14,3	17,9	15,5	12,9	14,5	13,5	13,9	12,9	10,7
10	Оленекский	17,7	13,6	24,0	22,1	22,5	22,8	23,6	20,3	23,6	20,1	15,6
11	С-Колымский	15,6	12,8	17,5	19,3	15,1	16,3	13,4	19,1	13,5	13,1	12,7
12	У-Янский	10,5	10,6	11,8	17,9	17,6	15,5	13,2	11,5	13,8	12,6	15,4
13	Э-Бытантайский	22,3	11,5	16,9	16,1	18,3	17,9	22,0	19,4	20,6	18,0	20,1
	По РС (Я)	13,7	14,2	16,8	17,1	16,0	14,5	13,7	13,2	13,4	12,3	11,8

Рождаемость населения Арктической зоны за весь рассматриваемый период 2000-2022 гг. можно охарактеризовать следующим образом: есть улусы, имеющие неплохие показатели в целом по сравнению со всеми административно-территориальными образованиями республики; это в первую очередь Анабарский, Жиганский, Момский, Оленекский и Эвено-Бытантайский улусы. Однако имеются улусы и с относительно низким уровнем рождаемости (Верхнеколымский и Усть-Янский).

Видно также, что динамика снижения коэффициентов рождаемости в целом по республике характерна и для улусов Арктической зоны: показатели 8 улусов в 2022 г. оказались ниже аналогичных показателей 2000 г. Кроме того, в большинстве улусов Арктической зоны было характерно улучшение этого показателя в 2006-2014 гг., как в целом и по республике.

Смертность. Смертность населения Арктической зоны в 2000, 2005, 2010 и 2015-2022 гг. представлена в таблице 3.

Табл. 3. Смертность населения в Арктической зоне РС (Я) в 2000-2022 гг. (на 1000 чел.)

	Районы/улусы	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1	Абыйский	11,9	12,0	10,6	11,2	15,7	12,9	7,5	8,8	15,5	16,5	15,8
2	Аллайховский	10,7	12,9	15,7	11,4	7,4	12,5	11,4	11,5	12,5	15,6	16,6
3	Анабарский	11,2	12,0	10,3	9,1	8,1	7,1	7,0	6,3	12,6	10,1	7,5
4	Булунский	9,9	10,3	11,8	8,6	8,1	8,0	8,2	6,6	9,6	10,3	8,4
5	В-Колымский	11,0	13,2	16,0	12,4	13,2	13,9	13,5	9,2	13,5	13,2	17,6
6	Верхоянский	11,9	13,7	13,9	11,7	9,8	11,5	10,8	9,4	13,4	11,3	11,5
7	Жиганский	10,5	12,4	13,8	13,6	9,7	9,5	10,5	12,3	15,7	15,8	10,2
8	Момский	11,2	14,8	14,4	10,3	10,0	10,5	8,2	7,8	14,0	14,2	10,4

9	Н-Колымский	12,3	15,4	15,1	15,0	11,0	11,6	9,1	5,9	13,9	14,8	9,5
10	Оленекский	8,2	12,9	11,9	10,3	7,0	10,1	12,9	8,8	11,7	11,1	8,7
11	С-Колымский	11,4	11,5	14,2	9,4	12,1	10,5	10,9	11,8	14,1	13,7	12,7
12	У-Янский	11,1	11,7	10,9	13,0	12,2	12,9	9,4	11,3	11,4	16,6	11,5
13	Э-Бытантайский	13,9	10,1	10,9	9,3	9,4	10,7	10,3	7,4	10,5	12,8	10,6
	По РС (Я)	9,7	10,2	9,8	8,5	8,4	8,1	7,8	7,8	9,3	10,7	8,3

При рассмотрении данного показателя приходим к выводу, что ситуация здесь намного хуже, чем по рождаемости. Так, уже 5 улусов (Абыйский, Аллаиховский, Верхнеколымский, Нижнеколымский и Усть-Янский) имеют высокий или выше среднего уровень смертности при сравнении со всеми улусами республики (худшие позиции – у Аллаиховского и Верхнеколымского улусов). Остальные улусы имеют средние значения в целом по смертности.

Видно также, что в большинстве улусов (7 из 13) показатели 2022 г. выше, чем в 2000 году и была характерна волнообразная динамика коэффициентов смертности как по улусам в отдельности, так и по республике в целом.

Естественный прирост населения. Коэффициенты ЕПН Арктической зоны в 2000, 2005, 2010 и 2015-2022 гг. представлены в таблице 4.

Табл. 4. Естественный прирост населения в Арктической зоне РС (Я) в 2000-2022 гг. (на 1000 чел.)

	Районы/улусы	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1	Абыйский	4,2	-1,5	4,5	2,4	-6,1	0,7	5,0	3,1	-3,3	-4,4	-1,8
2	Аллаиховский	5,7	4,0	-3,3	8,2	10,7	2,2	2,2	3,7	6,7	3,4	1,2
3	Анабарский	7,5	8,8	7,7	11,4	12,7	14,7	9,2	12,2	11,4	6,6	13,6
4	Булунский	4,7	1,8	3,2	5,4	6,0	6,3	3,2	2,8	0,9	2,4	2,9
5	В-Колымский	-0,5	-3,2	-5,7	-0,7	-1,2	-2,9	-4,7	0,5	0,5	-5,8	-4,0
6	Верхоянский	3,5	0,9	4,8	8,1	8,5	5,3	2,7	4,1	1,1	2,1	2,6
7	Жиганский	3,0	7,0	8,7	9,2	8,2	8,5	6,4	8,0	2,6	1,2	5,1
8	Момский	7,8	4,5	3,6	12,9	8,0	7,1	6,2	8,1	4,7	-1,0	1,3
9	Н-Колымский	1,4	-2,4	-0,9	2,9	4,5	1,3	5,4	7,6	0,0	-1,9	1,2
10	Оленекский	9,5	0,7	12,1	11,8	15,5	12,7	10,7	11,5	11,9	9,0	6,9
11	С-Колымский	4,2	1,3	3,3	9,9	3,0	5,8	2,5	7,3	-0,6	-0,6	0,0
12	У-Янский	-0,6	-1,1	1,0	4,9	5,4	2,6	3,8	0,2	2,4	-4,0	3,9
13	Э-Бытантайский	8,4	1,4	6,0	6,8	8,9	7,2	11,7	12,0	10,1	5,2	9,5
	По РС (Я)	4,0	4,0	7,0	8,6	7,6	6,4	5,9	5,4	4,1	1,6	3,5

Естественный прирост населения является отражением рассмотренных нами показателей рождаемости и смертности. Относительно неудовлетворительный коэффициент ЕПН наблюдается в следующих улусах: Абыйский, Верхнеколымский, Нижнеколымский и Усть-Янский (худшая позиция – у Верхнеколымского улуса). Вместе с тем, Анабарский и Оленекский улусы входят в группу с уровнем ЕПН выше среднего в масштабе всей республики. Остальные улусы – в группе со средними значениями ЕПН.

Приходится констатировать, что с 2015 г. наблюдается неуклонное снижение этого важного в демографическом плане показателя как по отдельным улусам, так и в целом по республике. Кроме того, должна беспокоить ситуация по 6 улусам, где по

итогам 2021 г. наблюдается противоестественная убыль населения, правда, в 2022 г. ситуация несколько выправилась (только у 2 улусов коэффициенты смертности были выше коэффициентов рождаемости).

Младенческая смертность. МЛС Арктической зоны в 2000, 2005, 2010 и 2015-2022 гг. представлена в таблице 5.

Табл. 5. Младенческая смертность в Арктической зоне РС (Я) в 2000-2022 гг. (на 1000 родившихся живыми)

	Районы/улусы	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1	Абыйский	25,0	20,4	14,9	15,2	25,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2	Аллайховский	30,8	38,6	0,0	18,9	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	21,7	0,0
3	Анабарский	95,9	47,5	18,2	13,3	0,0	13,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,7
4	Булунский	13,8	17,9	16,0	0,0	16,0	0,0	10,5	0,0	22,5	26,8	0,0
5	В-Колымский	15,9	0,0	0,0	0,0	19,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	34,5
6	Верхоянский	20,4	15,4	12,5	8,8	0,0	5,2	0,0	0,0	12,9	0,0	0,0
7	Жиганский	12,5	0,0	20,8	0,0	26,3	0,0	0,0	11,9	0,0	0,0	0,0
8	Момский	22,7	0,0	12,0	51,5	10,3	0,0	0,0	0,0	26,7	17,9	0,0
9	Н-Колымский	22,5	0,0	41,5	12,7	14,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10	Оленекский	27,4	17,9	20,2	11,4	22,2	0,0	0,0	0,0	9,9	0,0	11,5
11	С-Колымский	7,1	23,7	7,2	20,7	0,0	8,2	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0
12	У-Янский	22,5	0,0	20,8	0,0	7,9	18,0	10,8	10,8	12,3	0,0	0,0
13	Э-Бытантайский	54,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,9	0,0	16,9
	По РС (Я)	17,6	10,6	7,2	7,6	7,2	5,1	5,0	4,4	5,1	3,3	4,0

Младенческая смертность (МЛС) – один из самых важных интегральных показателей в сфере охраны здоровья населения. Если взять весь период, то ситуация в Арктической зоне не очень благоприятная. Так, Анабарский, Момский, Нижнеколымский и Эвено-Бытантайский улусы «попали» в группу с высоким уровнем МЛС среди всех улусов республики, а Аллаиховский, Булунский и Оленекский – в группу с уровнем МЛС выше среднего. А это уже больше половины территорий Арктической зоны!

При этом нас не должно ввести в заблуждение отсутствие, например, за последние 6 лет, случаев МЛС в Нижнеколымском улусе. Но и пренебрегать так называемым «законом малых чисел» тоже нельзя.

Заключение. Таким образом, анализ медико-демографической ситуации в районах (улусах), представляющих Арктическую зону РС (Я), за период 2000-2022 гг. показал следующее.

Если по рождаемости имеются улусы как с относительно высокими, так и с относительно низкими уровнями данного показателя, то по смертности уже 5 улусов (Абыйский, Аллаиховский, Верхнеколымский, Нижнеколымский и Усть-Янский) имеют относительно высокие уровни коэффициентов смертности при сравнении со всеми улусами республики. Кроме того, у 6 улусов отмечаются относительно высокие уровни и по младенческой смертности. По ЕПН картина также представляется неоднозначной, но то, что по итогам 2021 г. почти у половины улусов Арктической зоны наблюдается превышение коэффициентов смертности над коэффициентами рождаемости – это серьезный повод обратить пристальное внимание на эту проблему и разработать Дорожную карту по улучшению медико-демографической ситуации в арктических улусах Республики Саха (Якутия).

Условные обозначения

13,2	уровень низкий для численности населения, рождаемости, ЕПН, и высокий – для смертности, МлС
13,4	уровень ниже среднего для численности населения, рождаемости, ЕПН, и выше среднего – для смертности, МлС
17,6	уровень выше среднего для рождаемости, ЕПН, и ниже среднего – для смертности, МлС
20,6	уровень низкий для смертности, МлС, и высокий – для рождаемости, ЕП

Литература

1. Изергина Е.В. Особенности здоровья детей арктических районов Якутии // Современные проблемы науки и образования. – 2021. – № 1.; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=30493> (дата обращения: 18.08.2023).
2. Котырло Е.С. Развитие человеческого потенциала Российского Севера // Дисс. ... уч. ст. докт. экон. наук. – М., 2012. – 367 с.
3. Проворова А.А., Губина О.А. Ожидаемая продолжительность жизни в российской Арктике: региональные особенности и резервы роста // Арктика: экология и экономика. – 2022. – Т. 12, № 1. С. 6-18.
4. Статистические данные Территориального органа федеральной службы государственной статистики по РС (Я) (<https://sakha.gks.ru/>).
5. Статистические данные ГБУ РС (Я) «Якутский республиканский медицинский информационно-аналитический центр».
6. Управление, общество, экология: ответы на вызовы освоения Циркумполярного Севера / под ред. Н.И. Ильиной; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: НИУ ВШЭ, 2017. – 92 с.

Статья подготовлена в рамках Комплексных научных исследований Академии наук РС (Я) по теме «Эффективность системы здравоохранения Арктической зоны РС (Я) в контексте инновационного развития. Этап 2».

УДК 614.2

САМООЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ В НОВЫХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

В.И. Тимошилов, И.А. Довжик, А.А. Азмаммедова

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Российская Федерация

SELF-ASSESSMENT OF PHYSICAL ACTIVITY OF MEDICAL STUDENTS OF THE KURSK REGION IN NEW MEDICAL AND SOCIAL CONDITIONS

V.I. Timoshilov, I.A. Dovzhik, A.A. Azmammedova

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

Резюме. Пандемия и постпандемийная реальность представляют собой разные условия для реализации физической активности. По результатам опросам выявлены объективные признаки

увеличения физической по сравнению с пандемийным периодом. Большая часть студентов готовы пользоваться профилактическими услугами, но финансовый вопрос выступает лимитирующим фактором.

Ключевые слова: физическая активность, профилактика, здоровье

Resume. *The pandemic and post-pandemic reality present different conditions for the implementation of physical activity. Based on the survey results, objective signs of an increase in physical activity compared to pandemic periods were identified. Most students are ready to use preventive measures, but the financial issue is a limiting factor.*

Keywords: activity, prevention, health

Актуальность. Физическая активность является одной из составляющих полноценного здорового образа жизни. Регулярные занятия спортом способствуют укреплению сердечно-сосудистой системы, улучшению обмена веществ и повышению иммунитета. Кроме того, физические упражнения помогают снижать уровень стресса и улучшают настроение благодаря выделению эндорфинов – гормонов радости [1].

В условиях пандемии COVID-19 многие люди были вынуждены работать и учиться из дома, что ограничило их возможности для физической активности [2]. Кроме того, закрытие спортивных залов, фитнес-центров и других мест для занятий спортом также снизило физическую активность населения [3].

Цель: сравнить и изучить фактическую физическую активность, её самооценку и возможность использования оздоровительно-реабилитационных услуг студентами-медиками Курской области за 2021 и 2023 год.

Материалы и методы. Опрос 495 студентов КГМУ в 2021 году и 560 студентов в 2023 году является материалом исследования. Возрастная репрезентативность в исследовании соблюдена с помощью задействования в охвате всех курсов обучения. Результаты анкетирования представлены в виде экстенсивных показателей. Объем выборки соответствует требованиям исследования с показателем достоверности в 95% [4]. Сравнение данных 2021 и 2023 года выполнено по критерию Стьюдента [5].

Результаты и их обсуждение. Большая часть опрошенных в 2023 году считают, что имеют адекватную физическую активность (58,9%) и лишь незначительное количество указало, подвержены высокому уровню физической активности. Недостаточность активного образа жизни испытывают 35,7% опрошенных. За 2023 год наблюдалось достоверное увеличение нормальной физической активности (с 40% до 58,9%; $p \leq 0,01$) за счет уменьшения недостаточной (с 52,1% до 35,7%; $p \leq 0,01$) и высокой (с 7,9% до 5,4%; $p > 0,05$) физической активности.

Наиболее популярным видом активности в 2023 году является легкая атлетика (бег, прыжки в длину, скандинавская ходьба, спортивная ходьба и т.д.) – 28,2%, на втором месте танцы и художественная гимнастика, а также физическая активность на даче – 26,1%, а третьем – водные виды спорта (плавание, гребля (академическая), плавание на байдарках, подводный хоккей и т.д.) – 22,1%. Менее распространенными видами спорта являются игровые командные виды спорта (футбол, волейбол, баскетбол, хоккей и т.д.) – 20,7%, игровые индивидуальные виды спорта (настольный теннис, бадминтон, боулинг и т.д.) – 17,9%, тяжелая атлетика и силовые тренировки (Body-билдинг, гиревой спорт, кросс-фит и т.д.) – 15%, боевые искусства (борьба, бокс, карате, самбо и т.д.) – 5%.

Наблюдается достоверное снижение популярности боевых искусств (с 9,1% до 5%; $p \leq 0,05$) и тяжелой атлетики с силовыми тренировками (с 23% до 15%; $p \leq 0,01$), а также рост физической активности на даче (с 20,6% до 26,1%; $p \leq 0,05$).

Половина респондентов отслеживает уровень своей физической активности с помощью специальных электронных устройств или программ (фитнес-браслет, смарт-часы, мобильные приложения и т.д.), однако следует отметить, что этот показатель достоверно снизился относительно 2021 года (с 59,4% до 50%; $p \leq 0,01$).

Среди тех, кто отслеживал уровень своей физической активности в 2023 году наибольшее количество респондентов достигают нормы физической активности в среднем 3-5 дней в неделю – 51,4%, а 13,6% достигают менее 2-х раз в неделю и лишь 35% достигают норму физической активности ежедневно. Прослеживается достоверный рост достижения нормы ежедневно (с 17,3% до 35%; $p \leq 0,01$) за счет снижения достижения в 3-5 раз в неделю (с 67,3% до 51,4%; $p \leq 0,01$). Субъективный рост физической активности соответствует объективному росту, установленному при помощи технических средств, что говорит о достоверном росте физической активности.

За получением процедур профилактического и оздоровительного характера в 2023 году обращались 25,7%, на разовые процедуры – 14,3%, на 1-2 курса из нескольких процедур – 9,6%, на 3 и более курсов из нескольких процедур - 1,8%. Статистически достоверных различий между 2021 и 2023 годом не выявлено.

Воспользоваться мероприятиями оздоровительного и профилактического характера 47,1% студентов готовы даже в случае взимания платы, 38,6% готовы только на бесплатной основе, а 14,3% не испытывают такой потребности. Имеется достоверное увеличение потребности в оказании помощи оздоровительного и профилактического характера (с 80,6 до 85,7; $p \leq 0,05$).

В финансовом вопросе на проведение оздоровительного и профилактического процедур в 2023 году готовы потратить 500 - 1 000 рублей в месяц - 24,2%, 1 000 - 5 000 рублей в месяц – 23,2%, 2 500 – 5 000 рублей в месяц – 16,4%, более 5 000 рублей в месяц – 11,4%, 0 - 500 рублей в месяц – 8,2%. Лишь 11,4% не готовы тратить деньги на профилактические процедуры.

Наблюдается достоверное увеличение возможных трат оздоровительного характера в диапазоне 500 – 1 000 рублей в месяц (с 17% до 24,3%; $p \leq 0,05$) и сокращение трат в диапазоне 2 500 – 5 000 рублей в месяц (с 21,8% до 16,4%; $p \leq 0,05$), а также уменьшилось количество тех, кто не готов тратить деньги (с 21,8% до 16,4%; $p \leq 0,05$).

Наблюдается достоверный рост потребности в мероприятиях оздоровительного и профилактического характера, на которые в основном респонденты готовы тратить до 2 500 рублей в месяц, что ставит финансовый вопрос камнем преткновения для получения процедур профилактического характера. В ответ на это следовало бы предоставлять людям рассрочку на курсы процедур с возможностью ежемесячных выплат до 2 500 рублей на несколько месяцев или софинансирование профилактических процедур для определенных групп населения по медицинским или социальным показаниям.

Выводы:

1. Объективно увеличилась физическая активность в постпандемийный период.

2. Повысился спрос на мероприятия оздоровительного и профилактического характера.
3. Существует потребность в бюджетном софинансировании мероприятий оздоровительного и профилактического характера.
4. Большинство респондентов готовы тратить до 2 500 рублей в месяц на мероприятия оздоровительного и профилактического характера.

Литература

1. Каминская, Е.А. Физическая культура и её воздействие на организм человека / Е. А. Каминская, А. И. Мельников, А. В. Служителей // *Modern Science*. – 2021. – № 10-2. – С. 313-316. – EDN DRMННФ.
2. Красильников А.А., Чубанова Г.Р., Лубышев Е.А. Российская фитнес-индустрия в контексте изменений, связанных с пандемией covid-19 // *Современные вопросы биомедицины*. – 2021. – Т. 5. – №. 2 (15). – С. 204-210.
3. Довжик, И.А. Результаты пробного исследования физической активности студентов-медиков Курской области: самооценка и общественный запрос / И.А. Довжик, В.И. Тимошилов // *Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций: Сборник материалов IV Международной научно-практической конференции, Саратов, 05–06 октября 2023 года*. – Саратов: Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, 2023. – С. 13-15. – EDN JZZXSУ.
4. Наркевич, А.Н. Методы определения минимально необходимого объема выборки в медицинских исследованиях / А.Н. Наркевич, К.А. Виноградов // *Социальные аспекты здоровья населения*. – 2019. – Т. 65, № 6. – С. 10. – EDN MRAPST.
5. Солодухина, Д.П. Общественное здоровье. Медицинская статистика: учебное пособие / Д.П. Солодухина, И.В. Тарасенко, В.А. Лопухова. – Курск: Закрытое акционерное общество "Университетская книга", 2023. – 101 с. – ISBN 978-5-907776-96-8. – EDN RRFQUV.

УДК 304.2

ПРОБЛЕМА ОТВЕТСТВЕННОСТИ И ИНФОРМАТИВНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ХОДЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

О.Д. Туева

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова

THE PROBLEM OF RESPONSIBILITY AND INFORMATIVENESS OF RESULTS WHEN USING ARTIFICIAL INTELLIGENCE DURING MEDICAL EXAMINATION

O.D. Tueva

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

Резюме. *Поскольку современное общество прочно укоренилось в цифровой сфере, использование искусственного интеллекта (ИИ) для извлечения полезной информации из больших данных стало более распространенным явлением в нашей повседневной жизни, однако потенциальное*

внедрение этих приложений поднимает ряд этических проблем, которые необходимо решить, прежде чем их можно будет реализовать.

Ключевые слова: *искусственный интеллект, биоэтика, данные, ответственность.*

Resume. *As modern society has become firmly entrenched in the digital sphere, the use of artificial intelligence (AI) to extract useful information from big data has become more commonplace in our daily lives, but the potential implementation of these applications raises a number of ethical issues that must be addressed before they can be realized.*

Keywords: *artificial intelligence, bioethics, data, responsibility.*

Актуальность. Медицина стремительно вступает в эпоху больших данных, что усиливает требования к информационным решениям в медицинских учреждениях, однако внедрение этих инструментов поднимает важные биоэтические проблемы, одна из которых связана с объяснимостью и ответственностью.

Цель: Выявление этических проблем при внедрении инструментов искусственного интеллекта в область здравоохранения.

Материалы и методы. В работе над данной тематикой был проведен анализ данных из открытых научных источников, статистик и научных обзоров.

Результаты и их обсуждение.

Внедрение инструментов искусственного интеллекта (ИИ) поднимает важные биоэтические проблемы, одна из которых связана с объяснимостью и ответственностью. Важно оценить, как использование в медицинской практике устройств ИИ влияет на отношения между пациентом и врачом, какое влияние оказывается на принятие медицинских решений и как это повлияет на различные системы здравоохранения во всем мире [1]. Очевидно, что это прорывная технология, которая потребует принятия нормативных руководящих принципов, законодательно регламентирующих надлежащее использование этих инструментов [2]. На сегодняшний день уже были запущены инициативы по изучению правовых аспектов использования инструментов ИИ в здравоохранении.

Одной из важных проблем в отношении применения алгоритмов является баланс объяснимости и интерпретируемости. Оказывается, что менее объяснимые алгоритмы могут быть более точными. Как алгоритмы достигают определенной классификации или рекомендации, может быть даже до некоторой степени неясно как для разработчиков, так и для пользователей, не в последнюю очередь из-за влияния обучения на выходные данные алгоритмов и взаимодействия с пользователем. Когда алгоритмы используются для решения относительно сложных медицинских ситуаций и отношений, это может привести к так называемой «медицине черного ящика»: обстоятельства, при которых основа для принятия клинических решений становится менее ясной. Хотя объяснения, которые врач может дать своим решениям, могут быть несовершенными, он несет ответственность за эти решения и обычно может предложить связное объяснение, если это необходимо. Таким образом, остается вопрос, следует ли разрешить инструментам ИИ принимать диагностические, прогностические и управленческие решения, которые не могут быть объяснены врачом [1, 3].

Ошибочно считать, что ИИ этически нейтрален и непредвзят [4]. Алгоритмы ИИ явно или неявно кодируют значения как часть их конструкции, и эти значения неизбежно влияют на результаты лечения пациентов. Существует мнение (Perihan Elif Ekmekci, Berna Arda, 2020), что цифровизация медицины сместила внимание врача с

тела на данные пациента, а внедрение инструментов искусственного интеллекта рискует еще больше усугубить это движение. Проблема объяснимости данных также тесно взаимосвязана с проблемой ответственности, поскольку важно правильно интерпретировать данные, чтобы назначить верное лечение.

То есть внедрение инструментов ИИ в медицину имеет последствия для распределения ответственности за решения о лечении и любых неблагоприятных результатов, связанных с использованием таких инструментов. В настоящее время, похоже, отсутствует юридическая ответственность, если использование приложений ИИ причиняет вред, и существуют трудности с четким установлением автономии. В случае возникновения какого-либо неблагоприятного события необходимо установить, не выполнила ли какая-либо сторона свои обязанности или произошли ли ошибки, и соответствующим образом распределить ответственность. Ответственность за использование ИИ обычно разделяется между врачом и учреждением, в котором проводилось лечение, но что насчет разработчиков? Ответственность за действия на основе результатов ИИ будет лежать на враче, однако, возможно, ни одна из сторон не действовала неправильно или инструмент ИИ повел себя непредвиденным образом. Действительно, если машина надежно выполняет свои задачи, нарушений не будет, даже если она выйдет из строя. Важно отметить, что эта неуверенность в отношении ответственности может повлиять на доверие пациента к своему врачу.

В связи с клиническим внедрением приложений ИИ были подняты и другие вопросы, например, приведут ли они к усилению наблюдения за населением и как это следует контролировать. Наблюдение может поставить под угрозу конфиденциальность, но оно также может быть полезным, улучшая данные, с помощью которых обучаются приложения ИИ, поэтому, возможно, это проблема, которую необходимо будет рассмотреть в нормативных руководствах. Еще один вопрос, который также необходимо решить, — это степень, в которой немедицинские специалисты, такие как ученые-компьютерщики и ИТ-специалисты, получают власть в клинических условиях. Эти приложения также поднимают важные биоэтические проблемы, связанные с конфиденциальностью, защитой данных, предвзятостью данных, объяснимостью и ответственностью [3, 4].

Выводы:

Что касается внедрения приложений искусственного интеллекта в клинические процессы, считается, что будущее является многообещающим. Хотя очевидно, что этот процесс не будет гладким и потребует скоординированных усилий многих заинтересованных сторон. Приложения поднимают важные биоэтические проблемы, поэтому при разработке и внедрении этих инструментов необходимо будет соблюдать определенные критерии, чтобы гарантировать их надежность. Эти инструменты открывают новые горизонты, поэтому решения этих проблем, возможно, также придется определять, применяя новые процедуры. Проблемы объяснимости и ответственности нельзя упускать из виду, поскольку они могут иметь решающее значение для обеспечения того, чтобы возможности, предлагаемые этой технологией, не вышли из зоны нашего внимания.

Литература

Andrew Ng. What Artificial Intelligence Can and Can't Do Right Now // Harvard Business Review. URL: <https://hbr.org/2016/11/what-artificial-intelligence-can-and-cant-do-right-now>

Указ Президента Российской Федерации от 09.05.2017 г № 203 «О Стратегии развития информационного общества в Российской Федерации на 2017–2030 годы» // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201705100002>

Richard S. Sutton and Andrew G. Barto. Reinforcement Learning An Introduction – The MIT Press Cambridge, Massachusetts London, England, 2012. – 334 p.

Бедарев В.Г., Жаров В.С., Шпак Л.И. Проблема внедрения искусственного интеллекта в медицину // Материалы VIII Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых, Волгоград. 2021, С. 154-157.

УДК 314.015:005.87”2021-2022”(476)

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ ПОДПРОГРАММЫ «СЕМЬЯ И ДЕТСТВО» В 2021-2022 ГОДАХ

В.М. Хавратович, Т.В. Ясюля, Е.С. Изумнова, В.В. Кулинка

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ), Минск, Республика Беларусь

RESULTS OF THE IMPLEMENTATION OF THE SUBPROGRAM «FAMILY AND CHILDHOOD» OF THE REPUBLIC OF BELARUS FOR 2021-2022

Khauratovich V.M., Yasyulya T.V., Ihumnava K. S., Kulinkina V.V.

Republican Scientific and Practical Center of Medical Technologies, Informatization, Management and Economics of Healthcare (RSPC MT), Minsk, Republic of Belarus

Резюме. В статье рассмотрен комплекс мер подпрограммы «Семья и детство» Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы,

направленный на преодоление демографических проблем, сохранение и улучшение репродуктивного здоровья граждан.

Ключевые слова: демография; репродуктивное здоровье; вспомогательные репродуктивные технологии.

Resume. The article deals with a set of measures of the subprogram «Family and Childhood» of the State Program «People's Health and Demographic Security» for 2021-2025 aimed at overcoming demographic problems, preserving and improving the reproductive health of citizens.

Keywords: demography; reproductive health; assisted reproductive technologies.

Актуальность. Здоровье человека – это его важнейшая ценность. Физическое и духовно-нравственное здоровье населения определяет интеллектуальный потенциал, экономические возможности страны. Демографическая ситуация в Республике Беларусь остается сложной, что обусловило необходимость принятия действенных мер по сдерживанию негативного влияния деградации института семьи как основного демографического фактора депопуляции. Для решения задач, поставленных на государственном уровне, были разработаны мероприятия по возрождению и привитию семейных ценностей и традиций, укреплению духовно-нравственных основ семьи, усилению социально-экономической поддержки семей в связи с рождением и воспитанием детей, улучшению репродуктивного здоровья населения, охране материнства и детства.

Цель. Проанализировать выполнение мероприятий и целевых показателей подпрограммы «Семья и детство» в Республике Беларусь за период 2021-2022 годы.

Материалы и методы. В работе использованы документальный и статистический методы. Проанализирована официальная статистическая отчетность организаций здравоохранения за период за период 2021-2022 годы.

Результаты и их обсуждение. В Республике Беларусь реализуется Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы (Госпрограмма), целью которой является создание условий для улучшения здоровья населения на всех этапах жизни, повышения качества и доступности услуг системы здравоохранения [1].

Госпрограмма включает в себя подпрограмму «Семья и детство», предусматривающую совершенствование системы охраны здоровья матери и ребенка, развитие системы поддержки семей с детьми и улучшение условий их жизнедеятельности; популяризацию традиционных духовно-нравственных ценностей белорусского народа, защиту прав и законных интересов детей, развитие и укрепление семейных ценностей, повышение престижа семьи.

Основными направлениями подпрограммы «Семья и детство» являются охрана и восстановление репродуктивного здоровья населения, включающая меры по увеличению объемов оказания медицинской помощи беременным, новорожденным; проведению комплексной перинатальной диагностики; лечению бесплодия.

Как результат целенаправленной политики в области здравоохранения в организациях здравоохранения республики созданы условия для предоставления безопасной и эффективной акушерско-гинекологической помощи беременным, роженицам, родильницам и пациенткам с гинекологическими заболеваниями. Обеспечена возможность совместной госпитализации матери и ребенка и максимально возможное вовлечение матери в процесс выхаживания, обучение правилам ухода за ребенком:

таким образом реализуется семейно-ориентированный подход к оказанию медицинской помощи новорожденным. Организовано профессиональное психологическое сопровождение матерей (и их семей) с детьми, родившимися недоношенными, перенесшими критические состояния в неонатальном периоде.

Создан и функционирует Республиканский центр катamnестического наблюдения недоношенных детей на базе РНПЦ «Мать и дитя»: в 2021 году медицинская помощь оказана 431 ребенку, в 2022 году – 285 детям.

В рамках реализации Госпрограммы обеспечено проведение своевременной и эффективной диагностики врожденных и наследственных заболеваний, комбинированного скрининга беременных. Пренатальный скрининг беременных охватывает практически всех беременных. За 2021-2022 годы методом комбинированного скрининга 1-го триместра беременности в республике обследовано 103,1 тыс. беременных и выявлено 333 плода с хромосомными болезнями (3,2 на 1000 обследованных женщин).

Неонатальный скрининг, включающий тестирование таких заболеваний как фенилкетонурия, первичный врожденный гипотиреоз, муковисцидоз, выполняется в РНПЦ «Мать и дитя» для всех новорожденных Беларуси. За два отчетных года обследовано 147,3 тыс. детей, выявлено 77 детей с заболеваниями (0,52 на 1000 обследованных). Также в РНПЦ «Мать и дитя» выполняется диагностика редких болезней для населения республики: биохимическими методами обследованы 8,4 тыс. пациентов, выявлены 45 случаев болезней обмена (5,4 на 1000 обследованных); молекулярно-генетические исследования проведены 14,8 тыс. пациентам – подтверждено заболеваний или носительство мутаций у 4,2 тыс. пациентов (283,7 на 1000 обследованных); высокотехнологичными молекулярно-генетическими методами обследованы 188 пациентов.

В республике реализуется инициатива «Больница доброжелательного отношения к ребенку», утверждены нормативные правовые основы – «Положение об организации здравоохранения, соответствующей статусу «Больница, доброжелательная ребенку», а также «Руководство по проведению оценки соответствия организации здравоохранения статусу «Больница, доброжелательная ребенку». Всего по Республике Беларусь 31 организация здравоохранения соответствует статусу «Больница, доброжелательная ребенку (в 2021 году получили статус 19 организаций, в 2022 году – 12 организаций здравоохранения, в том числе РНПЦ «Мать и дитя», а также подтвердили статус 19 организаций здравоохранения).

В областных и районных центрах республики по итогам 2022 года функционировало 56 центров, дружественных подросткам (ЦДП), организованных на базах организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь детям. Всего за отчетный период специалистами ЦДП проконсультировано порядка 174,8 тыс. подростков.

В 2021-2022 годах продолжено развитие модельных центров (МЦ) и модельных кабинетов (МК) по обучению родителей основам безопасной жизнедеятельности детей. В Беларуси на 1 января 2023 года функционировало 24 МЦ и 7 МК по обучению родителей основам безопасной жизнедеятельности детей (2021 год – суммарно 21 МЦ/МК). Общее количество участников, обученных в МЦ/МК Республики Беларусь

за два отчетных года, увеличилось на 64,7%, количество проведенных занятий – на 15,4%.

В рамках межведомственного взаимодействия центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации и центров раннего вмешательства организована помощь по раннему вмешательству. Всего в Республике Беларусь 41 центр раннего вмешательства (ЦРВ) и 12 кабинетов раннего вмешательства (КРВ) (2021 год – 37 центров и 12 кабинетов). Оказание помощи по раннему вмешательству детям обеспечивается: г. Минск – в 9 ЦРВ, Брестская область – в 3 ЦРВ и 12 КРВ; Витебская – в 5 ЦРВ; Гомельская – в 4 ЦРВ; Гродненская – в 7 ЦРВ; Минская – в 8 ЦРВ; Могилевская – в 5 ЦРВ.

В настоящее время во всем мире остро стоит вопрос бесплодия, являющийся проблемой как мужской, так и женской репродуктивной системы. Бесплодие определяется как отсутствие беременности в течение года и более, несмотря на наличие регулярной половой жизни без предохранения от беременности [2]. Как правило, под репродуктивным возрастом для женщин понимается возраст 15-49 лет, для мужчин – в течение всей жизни от момента полового созревания. В странах с низкой рождаемостью может использоваться диапазон 15-44 лет (в целых годах) [3].

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) с проблемой бесплодия в течение жизни сталкивается около 17,5% взрослого населения, то есть примерно каждый шестой человек в мире, что свидетельствует о необходимости расширения доступа всех нуждающихся к недорогостоящим и высококачественным методам лечения бесплодия [4].

В Республике Беларусь, по оценочным данным, в настоящее время бесплодны около 14% населения репродуктивного возраста, что примерно соответствует уровню развитых европейских стран [5]. Если привести эту цифру в абсолютных величинах, то мы получим 592 тыс. человек, потенциальных пациентов, нуждающихся в использовании вспомогательных репродуктивных технологий.

В большинстве стран расходы на лечение бесплодия чаще всего покрываются людьми из собственных средств. Необходимость нести такие высокие расходы часто либо не позволяет им получить доступ к лечению бесплодия, либо, напротив, ввергает в нищету в результате обращения за медицинской помощью, что становится одним из серьезных факторов неравенства.

Государственная политика Республики Беларусь по данному вопросу значительным образом расширяет доступ граждан страны к лечению с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий на бюджетной основе. В подпрограмме «Семья и детство» предусмотрено принятие мер по совершенствованию оказания медицинской помощи лицам репродуктивного возраста.

В Беларуси медицинская помощь с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий на бюджетной основе оказывается в трех организациях здравоохранения: РНПЦ «Мать и дитя», У «Гомельский областной диагностический медико-генетический центр с консультацией «Брак и семья»» и УЗ «Городской клинический родильный дом № 2» г. Минска.

За отчетный период в государственных организациях здравоохранения проведено 3,3 тыс. полных циклов лечения бесплодия методами вспомогательных

репродуктивных технологий на бюджетной основе, наступило 1,1 тыс. клинических беременностей. Процент наступления беременности к законченным циклам составил 33%.

Результатом проводимой государственной политики за период 2021-2022 годы стало оказание финансовой поддержки 670 супружеским парам, страдающим бесплодием, для проведения экстракорпорального оплодотворения в рамках Указа Президента Республики Беларусь от 27.12.2013 № 574 «О предоставлении гражданам Республики Беларусь кредитов на льготных условиях для оплаты экстракорпорального оплодотворения».

Еще одним важным направлением является государственная поддержка семей: выплата государственных пособий, предоставление семейного капитала, оказание многодетным семьям материальной помощи к учебному году, денежные выплаты при награждении Орденом матери, единовременные выплаты при рождении двоен, троен, оказание социальных услуг:

в целях долгосрочной поддержки многодетных семей реализуется программа «Семейного капитала» (предоставление безналичных денежных средств, которые семья может использовать по своему усмотрению на улучшение жилищных условий, получение образования либо медицинских услуг любым членом семьи) за два года многодетными семьями было открыто 28,3 тыс. вкладов, в том числе в 2022 год – 13,5 тыс. вкладов;

осуществлены единовременные выплаты 1,5 тыс. семей при рождении двоих и более детей на приобретение детских вещей первой необходимости (2 бюджета прожиточного минимума в среднем на душу населения на каждого ребенка);

выделена материальная помощь к учебному году многодетным семьям – в 2022 году такую помощь получили 114 тыс. многодетных семей на 233 тыс. детей (в 2021 году – 110,2 тыс. семей на 220,5 тыс. детей).

Целевые показатели по подпрограмме «Семья и детство» достигнуты и отражены на рисунках 1, 2 (оперативные данные регионов).



Рис. 1 – Коэффициент младенческой смертности (промилле)



Рис. 2 – Детская смертность (просантимилле)

Выполнение в 2021-2022 годах подпрограммы «Семья и детство» экспертами признано среднеэффективной.

Выводы. Благодаря реализации задач подпрограммы «Семья и детство» возросла доступность для населения лечебно-профилактических мероприятий по сохранению и восстановлению репродуктивного здоровья, проводится своевременная диагностика и лечение ряда редких генетических заболеваний у детей. В республике

успешно внедряются новые организационные технологии: «Больница, доброжелательного отношения к ребенку», центры раннего вмешательства.

Литература.

1. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 19 января 2021 г. № 28 «О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы».
2. Бесплодие [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения - <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/infertility/> – Дата доступа: 22.04.2024.
3. Демографический энциклопедический словарь/Гл.ред. Валентей Д.И. М.:Советская энциклопедия – 1985 - <http://geography.su/demogr/item/f00/s01/e0001051/index.shtml>.
4. ВОЗ: бесплодием страдает каждый шестой человек в мире [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения - <https://www.who.int/ru/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility> – Дата доступа: 22.04.2024.
5. Бесплатное ЭКО в Беларуси: где действует программа, и сколько малышей уже родилось [Электронный ресурс] // Федерация профсоюзов Беларуси - <https://1prof.by/news/v-strane/besplatnoe-eko-v-belarusi-gde-dejstvuet-programma-i-skolko-malyshej-uzhe-rodilos/> – Дата доступа: 22.04.2024.

УДК 614.876:616-082 (094.576) (083.133) (476)

ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Н. Е. Хейфец, Е. Н. Хейфец, М. М. Солтан

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ), г. Минск, Республика Беларусь

APPROACHES TO MEDICAL RESPONSE ENSURING IN EMERGENCY SITUATIONS IN THE REPUBLIC OF BELARUS

N. Ye. Kheifets, Ye. N. Kheifets, M. M. Soltan

Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), Minsk, Republic of Belarus

Резюме. В статье представлен анализ организационно-методического сопровождения, нормативно-правового, кадрового и материально-технического обеспечения мероприятий медицинского реагирования при чрезвычайных ситуациях.

Ключевые слова: чрезвычайные ситуации, кадры, материально-техническое обеспечение.

Resume. *The article presents data from an analysis of organizational and methodological support, legal, personnel and logistical support for medical response measures in emergency situations.*

Keywords: *emergency situations, personnel, logistics.*

Актуальность. Всемирная организация здравоохранения (далее – ВОЗ) и Международное агентство по атомной энергии (далее – МАГАТЭ) подтвердили, что при радиационных авариях тяжесть медицинских последствий можно значительно снизить за счет эффективного медицинского реагирования. В Требованиях безопасности «Готовность и реагирование в случае ядерной и радиологической аварийной ситуации», разработанных Советом управляющих МАГАТЭ совместно с ВОЗ, установлены требования к готовности реагирования на радиационные аварии с указанием на необходимость проведения организационных мероприятий для обеспечения осведомленности медицинского персонала о медицинских симптомах радиационного поражения и соответствующих процедурах оповещения и других немедленных действиях в случае подозрения на ядерную или радиологическую аварийную ситуацию. В научной литературе отмечена необходимость разработки подробных процедур экстренного медицинского реагирования при радиационной аварии, включая четко описанные методы классификации пострадавших, проведения процедуры обеззараживания, первоначального лечения и транспортировки в специализированные больницы, вместе с разработкой планов по наличию необходимого оборудования и закупки расходных материалов [6].

При радиационной аварии население Беларуси может подвергнуться многокомпонентному и пролонгированному действию ионизирующего излучения в сочетании с другими факторами. Опыт медицинского реагирования в случае аварии на Чернобыльской АЭС показал, что имеется ряд проблем, решение которых остается актуальным. Анализ международного и отечественного опыта ликвидации последствий аварий, катастроф и стихийных бедствий свидетельствует о том, что независимо от происхождения ЧС и их масштаба организация и оказание экстренной медицинской помощи пострадавшим должны осуществляться, в первую очередь, силами организаций здравоохранения, максимально приближенных к местам дислокации потенциально опасных объектов [4].

Указанное выше определило актуальность выполнения РНПЦ МТ научного исследования «Разработать проект приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь об утверждении Инструкции по приему и оказанию медицинской помощи пострадавшим в результате радиационных аварий» [5] в рамках выполняемого совместно с РНПЦ радиационной медицины и экологии человека задания «Разработать комплекс организационных мероприятий по приему и оказанию медицинской помощи пострадавшим в результате радиационных аварий».

Цель: обеспечить готовность организаций здравоохранения Республики Беларусь к приему и оказанию медицинской помощи пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций.

Материалы и методы. Материалом для исследования стали отечественные нормативно-методические документы по вопросам аварийного реагирования и оказания медицинской помощи пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций; сведения о кадровом и материально-техническом обеспечении всех звеньев оказания

медицинской помощи пострадавшим. В работе использованы формально-логический; сравнительно-правовой; формально-юридический, системный методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Правовую основу деятельности в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций составляют Конституция Республики Беларусь, Закон Республики Беларусь от 5 мая 1998 г. №141-З «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера», правовые акты Президента Республики Беларусь, иные акты законодательства, а также международные договоры Республики Беларусь.

Основными принципами защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций (далее – ЧС) являются: заблаговременность проведения мероприятий, направленных на предупреждение ЧС, а также на максимально возможное снижение размеров материального ущерба и вреда, причиненного здоровью людей и окружающей среде в случае их возникновения; планирование и осуществление мероприятий по защите населения и территорий от ЧС с учетом экономических, природных и иных характеристик, особенностей территорий и степени реальной опасности возникновения ЧС; необходимая достаточность и максимально возможное использование сил и средств при определении объема и содержания мероприятий по защите населения и территорий от ЧС [1]. Силы ликвидации чрезвычайных ситуаций состоят, в том числе, из организаций здравоохранения и медицинских формирований, предназначенных для оказания медицинской помощи населению, пострадавшему при чрезвычайных ситуациях [2].

В Республике Беларусь используется двухэтапная система организации экстренной медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях [3].

Этот принцип предусматривает на первом этапе (в очаге или на границе очага): проведение эвакуационной медицинской сортировки; оказание первой медицинской и первой врачебной помощи; проведение частичной санитарной обработки; организацию медицинского обеспечения эвакуации пострадавших; в отдельных случаях и при создании условий объем медицинской помощи может быть расширен вплоть до элементов экстренной квалифицированной и специализированной медицинской помощи за счет выдвижения в зону поражения специализированных бригад и формирований.

На втором этапе осуществляется (в территориальных или ведомственных больничных организациях): проведение внутрипунктовой медицинской сортировки и полной санитарной обработки; оказание экстренной квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Наиболее оптимальный вариант – после оказания первой помощи в очаге ЧС сразу эвакуировать пораженных в соответствующую специализированную больничную организацию (отделение).

При химических авариях элементы специализированной медицинской помощи (антидотная терапия, симптоматическое лечение, выведение токсичных веществ из организма) могут оказываться также в зоне ЧС или на ее границе. Для эффективного функционирования такой системы этапного лечения необходимо выполнять два основных требования: преемственность в последовательно проводимых лечебно-профилактических мероприятиях и своевременность их выполнения.

Преимущество в оказании медицинской помощи обеспечивается наличием единства понимания происхождения и развития патологического процесса, а также единых принципов оказания помощи пораженным и их лечения при различных поражениях, полученных при катастрофах, а также наличием четкой медицинской документации, сопровождающей каждого пораженного (пациента) [4].

Своевременность в оказании медицинской помощи достигается хорошей организацией розыска, выноса и вывоза (эвакуации) пораженных из очага поражения, максимальным приближением медицинских формирований к зоне ЧС, правильной организацией их работы, использованием современных средств поиска пораженных и информационных технологий.

На первом этапе в зоне ЧС первая помощь пострадавшим может оказываться в порядке само- и взаимопомощи, личным составом аварийно-спасательных служб (команд), сотрудниками МЧС и МВД, санитарными формированиями гражданской обороны и др.

Медицинская помощь в зоне ЧС и на ее границе оказывается службой скорой неотложной медицинской помощи (далее – СМП). В структуру службы СМП входят станции, подстанции, отделения и посты СМП. При этом, медицинская помощь бригадами СМП оказывается как на месте (на границе очага поражения), так и в пути следования. При необходимости персонал службы СМП может быть усилен врачебно-сестринскими бригадами, созданными на базе больничных и амбулаторно-поликлинических организаций. Сотрудники бригад СМП должны быть обеспечены средствами защиты органов дыхания (противогазами) и защитой от особо опасных инфекций. При большом количестве пораженных в зоне ЧС или на ее границе может быть развернут мобильный медицинский комплекс (далее – МК). МК является формированием, предназначенным для оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в районе ЧС и организации их эвакуации, и формируется МЧС и Министерством здравоохранения. Комплекс сооружений МК состоит из автономных многофункциональных модулей, на базе которых формируются профильные медицинские отделения [4]. При необходимости в зону ЧС направляются бригады (отряды, группы), создаваемые на базе санитарно-эпидемиологических организаций здравоохранения, например, санитарно-противоэпидемические.

На втором этапе медицинская помощь, как правило, оказывается в ближайших больничных и амбулаторно-поликлинических организациях. Однако, наиболее тяжело пострадавших и нуждающихся в высокоспециализированной медицинской помощи целесообразно направлять в специализированные клинические организации, республиканские и региональные медицинские центры (научно-практические центры), естественно, с учетом оценки транспортабельности пораженных.

Для оказания медицинской помощи при ЧС создается определенный запас медицинского имущества [4]: на станции (отделении) СМП – месячный запас изделий медицинской техники, лекарственных и наркотических средств, психотропных веществ, мягкого инвентаря; на подстанции СМП – месячный запас перевязочного материала, мягкого инвентаря; 10-дневный запас лекарственных средств; 5-дневный запас наркотических средств и психотропных веществ; для центров экстренной медицинской помощи – запас медикаментов и медицинского оборудования в больничных

организациях и на медицинских складах из расчета на 500 пораженных в областях и на 1000 пораженных на республиканском уровне; для оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим хирургического профиля в больничных организациях создается двухнедельный запас из расчета: в организациях здравоохранения на 300 коек и менее – на 10 процентов коечной емкости, в организациях здравоохранения с коечной мощностью более 300 коек – на 5 процентов коечной емкости; в амбулаторно-поликлинических организациях – запас на 10 пострадавших.

Также создаются запасы крови и ее компонентов: ГУ «Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий» – из расчета на 1000 пострадавших; станциями переливания крови – из расчета на 500 пострадавших; отделения переливания крови – из расчета потребности организации здравоохранения, в штат которой они входят.

При ЧС возможна нехватка крови или ее компонентов, поэтому необходимо предусмотреть организацию забора крови у добровольцев на базе центров, станций переливания крови или других организаций здравоохранения.

Анализ кадрового и материально-технического обеспечения всех звеньев оказания медицинской помощи пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций в республике показал, что в 2023 году для оказания медицинской помощи пострадавшим в службе скорой медицинской помощи (далее – СМП) имелись 21 станция СМ, 2 областных центра СМП (Витебская и Минская область), 108 отделений при центральных районных больницах. Количество бригад СМП (без учета ведомственных) – 880, в том числе 239 специализированных. Количество автомобилей СМП (без учета ведомственных) – 1196, в том числе 73 реанимобиля. Для оказания медицинской помощи в стационарных условиях развернуто более 92 тысяч коек, из них более 72 тысяч коек краткосрочного пребывания. В целом, в системе Минздрава в 2023 году работали около 47,5 тысяч врачей-специалистов и 112,5 тысяч среднего медперсонала. В службу крови входят 1 организация переливания крови республиканского уровня (ГУ «Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий»), 7 организаций переливания крови областного (г. Минска) уровня, 11 организаций переливания крови (структурных подразделений организаций здравоохранения) городского (зонального) уровня, 25 отделений (центров) трансфузиологии больничных организаций, 1 центр переливания крови (ГУ «432 ГВКМЦ ВС РБ»). Проведение аварийного радиационного мониторинга продуктов питания, питьевой воды и мест проживания населения осуществляется 138 центрами гигиены и эпидемиологии в своей зоне ответственности.

Несмотря на наличие ряда законодательных и иных нормативных правовых и локальных актов, регулирующих вопросы медицинского реагирования при ЧС радиационной природы, в них отсутствует определение таблиц оснащения медицинских формирований ОП ГСЧС.

Выводы:

Таким образом, медицинское реагирование при чрезвычайных ситуациях в республике организовано с учетом международных рекомендаций. Кадровое и материально-техническое обеспечение соответствует требованиям действующих

нормативных правовых актов. Требуется разработка табеля оснащения медицинских формирований ОП ГСЧС.

Литература

1. О Государственной системе предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 10 апр. 2001 г., №495 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

2. О создании в республике службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 31 мая 1993 г., №102 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

3. Полуян, И.А. Медицина экстремальных ситуаций: пособие для студентов лечебного и педиатрического факультетов в 3 ч. / И.А.Полуян, С.В.Флюрик. – Гродно: Гродн. гос. мед. ун-т, 2015. – Ч.1: Основы медицины катастроф. – 240 с.

4. Порядок приема пострадавших при радиационной аварии: основные принципы медико-санитарной помощи [Электронный ресурс]: практическое пособие / Е.А.Дрозд, Д.К.Новик, А.В.Рожко, С.А.Ботвиньев // Сайт РНПЦ радиационной медицины и экологии человека. – 2021. – Режим доступа: https://www.rcrm.by/upload/science/posob_doctor/2021-8.pdf. – Дата доступа: 05.09.2023.

5. Разработать проект приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь об утверждении Инструкции по приему и оказанию медицинской помощи пострадавшим в результате радиационных аварий: отчет о НИР (промежуточный, этап 1.1) / РНПЦ МТ; рук. Д.Ю.Рузанов; исполн.: Н.Е.Хейфец [и др.]. – Минск, 2023. – 170 с. – №ГР 20231538.

6. Современная стратегия защитных и медицинских мероприятий при радиационных авариях / А.Н.Гребенюк, В.И.Легеза, А.В.Миляев, А.В.Старков // Радиационная гигиена. – 2018. – Т.11, №4. – С.80–88. DOI: 10.21514/1998-426X-2018-11-4-80-88.

УДК 614.256.5:001.891 (476)

УПРАВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ РИСКАМИ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Н. Е. Хейфец, М. М. Солтан, Е. Н. Хейфец

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ), г. Минск, Республика Беларусь

PROFESSIONAL RISKS MANAGEMENT IN MEDICAL ACTIVITIES IN HEALTHCARE SYSTEM OF THE REPUBLIC OF BELARUS

N. Ye. Kheifets, M. M. Soltan, Ye. N. Kheifets

Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), Minsk, Republic of Belarus

Резюме. В статье представлены результаты научного исследования по разработке организационно-правовой модели управления профессиональными рисками (УПР) при осуществлении медицинской деятельности в Республике Беларусь.

Ключевые слова: медицинская деятельность, профессиональные риски, управление профессиональными рисками.

Resume. The article presents the results of a scientific study on the development of an organizational and legal model for professional risk management (PRM) when carrying out medical activities in the Republic of Belarus.

Keywords: medical activities, professional risks, professional risks management.

Актуальность. Главным инструментом риск-менеджмента и проведения оценок соответствия в здравоохранении Республики Беларусь являются клинические протоколы. Однако, в них установлены только общие требования к оказанию медицинской помощи пациенту при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации и не определены возможные риски, способы их снижения, рекомендации и т.п.

Отсутствие специального регуляторного механизма и квалифицированных кадров вызывает многочисленные проблемы в управлении рисками в здравоохранении и требует урегулирования ситуации в части подготовки локального правового акта, который будет предусматривать внедрение специальной методологии управления профессиональными рисками (далее – УПР) при осуществлении медицинской деятельности.

Указанное выше определило актуальность выполненного РНПЦ МТ научного исследования «Разработать и внедрить организационно-правовую модель управления профессиональными рисками при осуществлении медицинской деятельности» [7].

Цель: разработать концепцию правового сопровождения медицинской деятельности в рамках построения организационно-правовой модели управления профессиональными рисками при осуществлении медицинской деятельности.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили литературные источники и зарубежная (в первую очередь, государств-членов ЕАЭС) и отечественная нормативно-правовая база, в которых описан регуляторный механизм реализованных за рубежом моделей УПР, в целом, и в здравоохранении, в частности, приведены имеющиеся оценки степени управляемости профессиональных рисков и возможности их минимизации при принятии организационно-правовых решений на различных иерархических уровнях процесса оказания медицинской помощи [2, 4–6, 9], а также результаты проведенного опроса руководителей организаций здравоохранения Республики Беларусь в соответствии с разработанной анкетой с целью выявления основных условий, причин и источников формирования профессиональных рисков при осуществлении медицинской деятельности [1]. Применялись формально-логический, сравнительно-правовой, формально-юридический, исторический и системный методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Анализ литературных источников и нормативно-правовой базы позволил обосновать концептуальные подходы к формированию системы УПР при осуществлении медицинской деятельности с учетом степени управляемости субъектов по иерархии: пациент – медицинский работник – организация здравоохранения (далее – ОЗ) – территориальные органы управления

здравоохранением – республиканские органы государственного управления, выделить два уровня иерархии (Министерство здравоохранения (далее – Минздрав) и ОЗ), на которых принимаются нормативные правовые и локальные правовые акты, регулирующие создание и функционирование системы УПР, разработать концепцию правового сопровождения медицинской деятельности (далее – Концепция) [3, 6] и, в соответствии с положениями, определенными Концепцией, – организационно-правовую модель УПР при осуществлении медицинской деятельности [6, 8, 10], утвержденные приказом Минздрава от 23 апреля 2024 г. №581 «Об управлении профессиональными рисками при осуществлении медицинской деятельности» (далее – приказ №581).

Согласно Концепции, целью правового сопровождения медицинской деятельности является защита законных прав и интересов медицинских работников, недопущение или минимизация профессиональных рисков, связанных с медицинской деятельностью.

Достижение поставленных целей обеспечивается выполнением следующих задач:

- обеспечение соблюдения установленных в законодательстве прав и выполнения обязанностей медицинских работников и пациентов;

- повышение правовой грамотности медицинских работников;

- осуществление мер для снижения стрессогенности рабочей среды и разрешения конфликтов при осуществлении медицинской деятельности:

- повышение качества профессионального отбора среди абитуриентов учреждений высшего медицинского образования;

- развитие коммуникативных навыков и стрессоустойчивости медицинских кадров в процессе их подготовки, повышения квалификации и переподготовки;

- развитие института медиации и других способов досудебного урегулирования возникающих споров и конфликтов в системе здравоохранения;

- принятие мер по предупреждению профессиональных рисков, связанных с медицинской деятельностью.

Концепцией определены субъекты правоотношений при осуществлении медицинской деятельности (пациенты, законные представители пациентов и иные лица, указанные в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», медицинские работники, юридические лица и индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении (далее – организации здравоохранения), Минздрав, главные управления по здравоохранению областных исполнительных комитетов, Комитет по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета) и объекты медицинской деятельности (здоровье и удовлетворенность пациента, медицинское вмешательство, качество медицинской помощи).

Установлены функции медицинского работника, администрации ОЗ, Минздрава в рамках системы УПР, в частности:

- а) медицинский работник: осуществляет деятельность с учетом знания порядков организации и оказания медицинской помощи по профилям заболеваний, состояниям, синдромам и клинических протоколов по соответствующему виду

медицинской помощи, других нормативных правовых и локальных правовых актов в области здравоохранения; исполняет должностные и функциональные обязанности; совершенствует профессиональный уровень и повышает квалификацию (обучение на курсах, участие в конференциях, пр.); осуществляет правильное ведение медицинской документации; оказывает качественную медицинскую помощь и обеспечивает ее преемственность;

б) руководитель организации здравоохранения обеспечивает: общее руководство и контроль в ОЗ; разработку, внедрение и актуализацию Положения о системе УПР в данной ОЗ на основе примерного Положения, утверждаемого Минздравом; регулярный анализ функционирования системы УПР в данной ОЗ с целью оценки ее эффективности и постоянного совершенствования; оценку и регулирование всех групп условий, определяющих вероятность развития профессиональных рисков, и своевременное их устранение; профилактику развития негативных последствий при оказании медицинской помощи; организацию работы руководителей структурных подразделений и иных медицинских работников с обращениями пациентов и их законных представителей; обоснование принятия управленческих решений, адекватных причинам формирования профессиональных рисков; сотрудничество с Центрами мониторинга профессиональных рисков и психологической поддержки медицинских работников с целью обеспечения психологического сопровождения медицинских работников данной ОЗ; исполнение иных мер в сфере УПР;

в) Минздравом обеспечивается создание условий для: повышения уровня правовой охраны прав и законных интересов медицинских работников, повышения их правового статуса; обязательного страхования медицинских работников от противоправных действий третьих лиц при осуществлении медицинской деятельности; изменения образовательных стандартов высшего образования, образовательных стандартов переподготовки руководящих работников и специалистов, имеющих высшее образование по направлению образования «Здравоохранение».

Определены цель и задачи построения организационно-правовой модели УПР, а также субъекты организационно-правовой модели УПР и их функции.

В соответствии с утвержденным приказом №581 Положением об организационно-правовой модели УПР при осуществлении медицинской деятельности, субъектами данной модели являются: Минздрав; главные управления по здравоохранению областных исполнительных комитетов, Комитет по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета; государственные учреждения медицинского образования (далее – учреждения образования); головная научная организация в области УПР при осуществлении медицинской деятельности – государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» (далее – РНПЦ МТ); ОЗ.

Минздрав в рамках организационно-правовой модели обеспечивает: совершенствование нормативно-правовой базы в области УПР при осуществлении медицинской деятельности; мониторинг и контроль функционирования системы УПР при осуществлении медицинской деятельности; выполнение иных функций.

С целью реализации указанных функций при Минздраве может создаваться республиканский Совет по УПР.

Главные управления по здравоохранению областных исполнительных комитетов, Комитет по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета обеспечивают реализацию функций в сфере УПР в подчиненных ОЗ, осуществляют мониторинг и контроль функционирования системы УПР в этих ОЗ.

Учреждениями образования обеспечивается: организация разработки, внедрения, функционирования и актуализации системы УПР; проведение анализа функционирования системы УПР; организация и разработка корректирующих и предупреждающих действий для совершенствования УПР; внесение предложений по проектам нормативных правовых актов и технических нормативных правовых актов, касающихся функционирования системы УПР; участие в подготовке и реализации планов по улучшению УПР, финансирование предусмотренных в них мероприятий; распространение передового опыта по УПР; информационное обеспечение по вопросам УПР; контроль за своевременным обучением и повышением квалификации руководителей и специалистов в области УПР.

РНПЦ МТ обеспечивает: организационно-методическое сопровождение системы УПР при осуществлении медицинской деятельности; координацию разработки, внедрения, функционирования и актуализации системы УПР.

Организации здравоохранения обеспечивают: разработку и внедрение Положения о системе УПР; регулярный анализ функционирования системы УПР с целью оценки ее эффективности; выполнение иных функций.

В ОЗ может создаваться комиссия по УПР, которая осуществляет: проведение оценки эффективности системы УПР не реже одного раза в год; предоставление рекомендаций руководителю ОЗ по вопросам совершенствования системы УПР; разработку мероприятий по реагированию на риски.

Выводы:

1. По результатам выполненного исследования разработаны Концепция и Положение об организационно-правовой модели УПР, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

2. Реализация разработанной организационно-правовой модели, направленной на недопущение или минимизацию профессиональных рисков, призвана обеспечить комплексную правовую поддержку медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности.

Литература

1. Градация профессиональных рисков при осуществлении медицинской деятельности: результаты анкетирования руководителей организаций здравоохранения Республики Беларусь / Н.Е.Хейфец, М.М.Солтан, Е.Н.Хейфец, К.С.Макаревич // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: материалы XI международной науч.-практ. конф., посвященной 60-летию Восточно-Сибирского государственного университета технологий и управления, Улан-Удэ, 22–23 сент. 2022 г. / отв. ред. Ю.Ю.Шурыгина. – Улан-Удэ: Изд-во Восточно-Сибирского гос. ун-та технологий и управления (ВСГУТУ), 2022. – С.306–309.

2. Климов, В.А. Как управлять рисками в медицинской организации / В.А.Климов // Заместитель главврача: приложение к журналу «ГлавВрач». – 2019. – №3. – С.34–39.

3. Концепция правового сопровождения медицинской деятельности и система управления профессиональными рисками при осуществлении медицинской деятельности в Республике Беларусь / Н.Е.Хейфец, М.М.Солтан, Е.Н.Хейфец // Здоровье населения и качество жизни: электронный

сборник материалов X Всероссийской с международным участием науч.-практ. конф.: в 2 ч. / под редакцией з.д.н. РФ, проф. В.С.Лучкевича. – Ч.2. – СПб., 2023. – С.303–313.

4. Кузовкова, Ю.В. Концептуальные подходы к формированию системы управления рисками в стоматологической службе: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Ю.В.Кузовкова. – М., 2006. – 198 с.

5. Об утверждении Правил управления профессиональными рисками [Электронный ресурс]: приказ Министра труда и социальной защиты населения Респ. Казахстан, 11 сен. 2020 г., №363 // Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021197>. – Дата доступа: 25.08.2022.

6. Профессиональные риски при осуществлении медицинской деятельности: организационно-правовая модель управления в условиях здравоохранения Республики Беларусь / А.А.Бобченко, Н.Е.Хейфец, М.М.Солтан, Е.Н.Хейфец // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2023. – №4 (117). – С.23–34.

7. Разработать и внедрить организационно-правовую модель управления профессиональными рисками при осуществлении медицинской деятельности: отчет о НИР (заключительный) / РНПЦ МТ; рук. Д.Ю.Рузанов; исполн.: Н.Е.Хейфец [и др.]. – Минск, 2023. – 163 с. – №ГР 20213983.

8. Управление профессиональными рисками при осуществлении медицинской деятельности в Республике Беларусь: организационно-правовая модель / Н.Е.Хейфец, М.М.Солтан, Е.Н.Хейфец // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: материалы XII международной науч.-практ. конф., посвященной 100-летию Республики Бурятия, Улан-Удэ, 28–29 сент. 2023 г. / отв. ред. Ю.Ю.Шурыгина. – Улан-Удэ: Изд-во Восточно-Сибирского гос. ун-та технологий и управления (ВСГУТУ), 2023. – С.282–284.

9. Управление рисками в здравоохранении: обзор литературы [Электронный ресурс] / Б.Д.Салхаева, Г.К.Нурбаева, М.А.Жумакаримов, С.Б.Аманов // Journal of Health Development. – 2020. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-riskami-v-zdravoohranenii-obzor-literatury>. – Дата доступа: 25.08.2022.

10. Хейфец, Н.Е. Разработка будущего: модель управления профрисками при осуществлении медицинской деятельности / Н.Е.Хейфец // Руководитель. Здравоохранение. – 2023. – №6 (126). – С.52–56.

УДК 61(476.5)(091)

ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ ЗА ДЕВЯНОСТО ЛЕТ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ УНИВЕРСИТЕТА

А.Н. Чуканов, А.Н. Щупакова, Д.Н. Лиц, В.С. Глушанко

*Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь*

HISTORY AND MODERNITY IN NINETY YEARS OF FORMATION AND DEVELOPMENT OF THE UNIVERSITY

A.N. Chukanov, A.N. Shchupakova, D.N. Lits, V.S. Glushanko

Vitebsk State Order of Peoples Friendship Medical University, Vitebsk, Belarus

Резюме. 1 ноября 2024 года исполняется 90 лет ВГМУ. Особенно значима роль ректоров как лидеров университета, внесших исключительный вклад в подготовку кадров для системы здравоохранения и отмеченных высокими государственными наградами: М.А. Хазанов (1934-1941), А.И.

Савченко (1946-1950), И.И. Богданович (1951-1962), Г.А. Медведева (1962-1965), Е.Н. Медведский (1965-1979), М.Г. Сачек (1979-1996), А.Н. Косинец (1997-2005), В.П. Дейкало (2006-2015), А.Т. Щастный (2015-2023), А.Н. Чуканов (2023 – настоящее время).

Ключевые слова: здравоохранение, кадры, образование, вызовы, динамика развития, ректора.

Summary. *The 90th anniversary of VSMU will take place November 1, 2024. The role of rectors as leaders of the University is especially significant. They made an exceptional contribution to the training of personnel for the health care system and were honored with high state awards: M.A. Khazanov (1934-1941), A.I. Savchenko (1946-1950), I.I. Bogdanovich (1951-1962), G.A. Medvedeva (1962-1965), E.N. Medvedsky (1965-1979), M.G. Sachek (1979-1996), A.N. Kosinets (1997-2005), V.P. Deikalo (2006-2015), A.T. Shchastny (2015-2023), A.N. Chukanov (2023-present).*

Key words: *health care, personnel, education, challenges, dynamics of development, rectors.*

Актуальность. 90-летний юбилей учреждения образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» (далее – ВГМУ) перекликается со знаменательной датой – 105-летие Министерства здравоохранения Беларуси. Деятельность госоргана управления и университета неразрывно связана с судьбой государства, прошедшего тернистый путь как становления, так и динамического развития, и достигшего высочайших результатов за исторически короткий промежуток времени [1], что обуславливает актуальность данного исследования.

Цель: на основе интегративных составляющих образования, науки и здравоохранения с учетом традиций, достижений предшественников и взаимодействия истории и современности показать становление университета и перспективы его развития.

Материалы и методы. В работе применен исторический метод, контент-анализ, метод динамического наблюдения.

Результаты и их обсуждения. За 90 лет своего существования университет стал крупнейшим высшим медицинским учреждением образования с новаторской логистикой, основанной на традициях. Наша страна многое для этого сделала. Это прекрасно видно также на примере ВГМУ: на проспекте Фрунзе в центре города стоит красавец – наш Университет. Его инфраструктура состоит из двух частей: главной части и сети высокотехнологичных клиник по всему городу. Главная часть (мозг университета) – это каскад из более 10 зданий, которые занимают целый квартал города: от знаменитого во всем мире, на планете Земля, Амфитеатра до истоков Дунайки в пойме Духовского оврага. Вторая часть – сеть клиник города, что дает возможность назвать город университетским.

В современный период в вузе обучается более семи тысяч студентов и слушателей. Непрерывная профессиональная подготовка специалистов в университете осуществляется в соответствии с требованиями XXI века, а его кадровая политика построена на основе единства образования, науки и клинической работы в неразрывной связи с практическим здравоохранением и воспитательным процессом, осуществляемом в духе патриотизма, гражданской ответственности, милосердия, врачебного долга, деонтологии и этики, в поиске искорки небесной. Каждый год система здравоохранения Беларуси и зарубежных стран принимает своих выпускников во врачебное и провизорское сообщества. Врачи и провизоры по праву надевают белый халат – символ помогающих в беде, символ спасения. С этого момента выпускники, как и

большинство наших коллег, считает ВГМУ своей ALMA MATER! Магнетизм медицинской профессии – в божественной возможности помочь людям: незрячему видеть, глухому услышать, обессиленному встать на ноги. Поэтому, как говорил отец медицины Гиппократ: «Медицина поистине есть самое благородное из всех искусств».

Заметим, что на протяжении 30 лет выросло новое поколение белорусов, которое можно назвать «Поколением независимости», т.к. оно сформировалось в независимом суверенном государстве.

Высокое качество образовательного процесса обеспечило престижность диплома нашего университета. Начиная с 1987 по 2024 года на факультете подготовки иностранных граждан (ФПИГ) обучено по специальностям «Лечебное дело», «Фармация» и «Стоматология» 3244 специалиста из 74 стран мира, которые работают по данному профилю более чем в 110 иностранных государствах.

Особенно значима роль ректоров как лидеров вуза, внесших исключительный вклад в подготовку кадров для системы здравоохранения и отмеченных высокими государственными наградами: М.А. Хазанов (1934-1941), А.И. Савченко (1946-1950), И.И. Богданович (1951-1962), Г.А. Медведева (1962-1965), Е.Н. Медведский (1965-1979), М.Г. Сачек (1979-1996), А.Н. Косинец (1997-2005), В.П. Дейкало (2006-2015), А.Т. Щастный (2015-2023), А.Н. Чуканов (2023 – настоящее время).

Витебский медвуз был основан Постановлением Совета народных комиссаров БССР 1 ноября 1934 г. С тех пор отмечается его день рождения. Существовавший ранее заочный медицинский институт был ликвидирован с 1 августа 1934 г. Его Витебский опорный пункт был преобразован в больницу-медвуз с общим контингентом на всех курсах в 250 человек. Народному комиссариату здравоохранения БССР было предписано разработать конкретный план размещения студентов-заочников Гомельского, Могилевского и Бобруйского опорных пунктов и заочников из регионов Беларуси в стационарных высших учреждениях образования.

Первым директором вуза стал доктор медицинских наук, профессор Хазанов М.А. Он возглавлял институт на протяжении всего довоенного периода с 1934 по 1941 гг. Одновременно приступили к работе 12 профессоров. Это были известные в СССР и за рубежом ученые-медики, заложившие на перспективу научно-педагогические школы, которые, вплоть до наших дней, создали всемирно известную славу нашему университету.

Образовательный процесс стартовал 21 ноября 1934 г. и его первым деканом лечебного факультета стал профессор Гуревич П.М. Примечательно, что образовательной базой стало новое вновь построенное в 1935 г. здание областной клинической больницы [2]. Клинические кафедры были размещены на пр. Фрунзе (ранее – ул. Задунавская, т.е. находящаяся за Дунаем). Так назывался ручей, текущий в овраге вдоль института и впадающий в р. Витьба в парке Фрунзе.

Дирекция и большинство теоретических кафедр были расположены в старинном здании бывшей казенной палаты по ул. Суворова, где проводились занятия по нормальной анатомии, органической химии, физике, гигиены и др.

В 1938 г. больница-медвуз переименована в Витебский медицинский институт. Фактически, с приходом советской власти, в 20-е – 30-е годы XX века в Беларуси начала формироваться система образования, науки и практики. К 1941 г. в институте

работали 33 кафедры. Было создано СНО, золотой фонд института – профессорско-преподавательский состав был представлен 23 профессорами, 25 доцентами и 68 ассистентами [2]. В довоенный период было подготовлено 808 врачей и к июню 1941 г. был осуществлен седьмой выпуск врачей.

Военное лихолетие не минуло ВГМИ: по решению советского правительства в начале Великой Отечественной войны вуз бы направлен в г. Ярославль (1943 г.). Однако, в пути принятое решение изменили на г. Челябинск (1941 г.).

Работники, выпускники и студенты пополнили ряды Красной Армии и самоотверженно сражались на фронтах, трудились в тылу. Другие, оставаясь на оккупированной территории, вели борьбу против фашистов в подполье и партизанских отрядах [2].

В мае 1943 г. были объединены научно-педагогические кадры Минского и Витебского медицинских вузов и создан медицинский институт в г. Ярославле. Занятия на всех курсах начались 1 октября 1943 г. на клинических базах больниц и госпиталей Ярославля. В октябре 1944 г. часть сотрудников возвратились в освобожденный Минск для участия в восстановлении Минского медицинского института.

Решение о возобновлении работы Витебского медицинского института было принято 25 февраля 1946 г. Приказом НКЗ БССР директором института был назначен заместитель министра здравоохранения БССР Савченко А.И., который возглавлял институт с 1946 по 1950 гг. в разрушенном войной Витебске. Примечательной особенностью того периода является направление в ВГМИ профессоров из различных медицинских вузов СССР, которые возглавили 15 кафедр. Одновременно с руководством институтом А.И. Савченко заведовал кафедрой организацией здравоохранения и преподавал курс «История медицины».

С 1951 г. на протяжении 10 лет деятельностью Витебского медицинского института руководил Богданович И.И. В это время активно развивалась инфраструктура ВГМИ. Вот некоторые штрихи: в 1955 г. введена в строй новая областная клиническая больница, в 1959 г. построена железнодорожная больница, завершён ремонт 2-ой городской больницы на Марковщине, введены в эксплуатацию инфекционная, психиатрическая, противотуберкулезная больницы, детская областная больница, главный корпус института.

Уровень учебно-методической и научной работы неизменно вырос благодаря высокой квалификации профессорско-преподавательского состава (ППС) и современному оснащению кафедр. Существенным прорывом было открытие в 1959 г. фармацевтического факультета (Постановление Совета Министров БССР от 11 июля 1959 г. №469). Подготовка кадров высшей научной квалификации стало возможным благодаря открытию в 1960 г. аспирантуры.

В 1962 г. ректором ВГМИ стала профессор Медведева Г.А. И уже в следующем году была открыта Центральная научно-исследовательская лаборатория. В каждом преподавателе она смогла рассмотреть дар ученого, что имеет исключительное значение для высшей школы. В 1964 г. состоялся первый выпуск провизоров и в этом же году было открыто заочное отделение фармацевтического факультета.

С 1965 по 1979 гг. руководителем вуза работал доцент Медведский Е.Н. После перевода из ведения республиканского в союзную систему подчинения в 1966 г.

ускорились создание инфраструктуры: строились общежития, создан в 1973 г. отдел научной медицинской информации (ОНМИ), открыто подготовительное отделение (1975 г.), начато строительство лабораторно-теоретического корпуса (ЛТК) и др. По инициативе заслуженного врача БССР Денисовой М.В. был создан музей ВГМУ.

Следующий период развития института связан с назначением ректором профессора Сачека М.Г. в 1979 г. С 1981 г. началась подготовка врачей для зарубежных стран. В 1984 г. произошло знаменательное событие: Указом Президиума Верховного Совета СССР за большие заслуги в подготовке кадров для практического здравоохранения и развивающихся стран Африки, Азии, Латинской Америки и в связи с 50-летием ВГМИ был награжден орденом Дружбы народов.

В 1984-1990 гг. сформировался факультет усовершенствования врачей, а в последующем реорганизован в ФПК специалистов (ФПКС) и факультет повышения квалификации и переподготовки кадров (ФПК и ПК).

В 1994 году был открыт студенческий санаторий профилакторий ВГМУ, который в этом году отметил свое 30-летие.

В 1988 г. была открыта докторантура по 19 специальностям. Из года в год увеличивался набор студентов на первые курсы. Всего в 1986 -1994 гг. в институте было подготовлено 133 кандидатов наук и 30 докторов наук. Активно формировалось студенческое научное общество (СНО).

Новый период института связан с именем выдающегося государственного деятеля страны профессора Косинца А.Н. За время его ректорства (с 18.02.1997 г. по 25.12.2005 г.) были проведены глубокие преобразования: создан факультет подготовки иностранных граждан (ФПИГ), факультет профориентации и довузовской подготовки (1998), ФПК и ПК, стоматологический факультет (СФ), ФПК по педагогике и психологии высшей медицинской школы, организован редакционно-издательский полиграфический центр (2000).

Постановлением Министерства образования №75 от 29.03.1999 г. ВГМИ был первым аккредитован на статус университета и преобразован в «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет». На мировом образовательном рынке определилась конкурентоспособная система медицинского образования: начато преподавание (с 2002 г.) на ФПИГ на английском языке, открыта электронная библиотека (2003 г.), компьютерные классы подключены к мировым источникам информации, приказом МЗ РБ 10.03.2003 г. создана Клиника ВГМУ. Мы помним кредо Александра Николаевича: «Учитель воспитай ученика, чтобы было у кого учиться».

В 2005 году руководителем университета был назначен профессор Дейкало В. П. В 2009 году в соответствии с Указом Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко за особые заслуги в социально-культурной сфере, большой вклад в развитие системы здравоохранения, обеспечение ее врачебными, провизорскими и научными кадрами Витебскому государственному ордена Дружбы народов медицинскому университету было вручено Почетное государственное знамя Республики Беларусь.

В 2010 году в университете началось обучение на второй ступени высшего образования (магистратура). Завершено строительство морфологического корпуса. В 2011 году введена в строй медицинская библиотека ВГМУ, построенная по

индивидуальному проекту. Она оснащена современным оборудованием и коммуникациями. Ежегодно ее абонементами и читальными залами пользуются более 15 тысяч читателей. Не менее 100 тысяч виртуальных пользователей обращаются к ресурсам репозитория, электронных библиотечных систем и научных баз данных. Традиционный печатный фонд превышает полмиллиона экземпляров изданий. Решениями облисполкома УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» был дважды занесен на доску Почета Витебской области как победитель соревнования среди организаций науки и образования (2010, 2014).

С марта 2015 г. университет возглавил профессор Щастный А.Т. В этот период в целях повышения качества и эффективности практикоориентированной подготовки специалистов в 2018 г. был создан Центр профессионального мастерства, в структуру которого вошли 8 лабораторий. Создан первый в республике учебно-научно-производственный центр «Фармация», который включает в себя химико-фармацевтическую лабораторию, опытное поле и симуляционную аптеку, где студенты отрабатывают практические навыки. В 2019 году создан современный «Центр практической подготовки и симуляционного обучения», который предназначен для освоения студентами профессиональных навыков лечения и методологии диагностики в имитационной среде, формирования и развития профессиональных компетенций обучающихся [2].

Еще одно инновационное направление – создание центра трансфера медицинских и фармацевтических технологий. Работа в тесной связке с производственными компаниями позволяет медуниверситету не только точно готовить специалистов, но и быть практикоориентированным научным центром.

Всем студентам университета предоставлено право проживания в общежитии. Они расположены в центре города, недалеко от учебных корпусов и клинических баз. В 2018 году в эксплуатацию были введены два современных общежития, рассчитанных на 1000 мест. В 2019 году открыла двери столовая, новый формат и дизайн которой были созданы с участием студентов вуза.

24 февраля 2022 года в ВГМУ состоялось торжественное открытие Университетской стоматологической поликлиники. Сейчас за многопрофильной университетской клиникой закреплено более 9000 студентов, в том числе студенты ВГМУ и жители близлежащих микрорайонов.

25 января 2023 года ректором университета назначен доцент Чуканов А.Н. Впервые в истории, Витебский государственный медицинский университет занесен на Республиканскую доску Почета за достижения в 2023 году наилучших показателей среди организаций образования (Указ Президента Беларуси Александра Лукашенко от 24.04.24 г. №174 «О занесении на Республиканскую доску Почета победителей соревнования за 2023 год»).

Поистине революционный скачок наш университет сделал в последнее время. Всегда рядом со студентами находятся преподаватели, готовые научить – это профессорско-преподавательский состав – сильный и крепкий коллектив. Богатейший опыт, мощные традиции единомышленников, современные новшества и инновации – залог этого.

Стержнем социально-экономического развития университета во всей истории преобразования стала его устойчивость. Примечательной, к примеру, особенностью является тот факт, что формирование десятков научно-педагогических школ было заложено профессорами, внесших огромный вклад в науку, здравоохранение, в сектор экономики и развития социальной инфраструктуры государства, являющихся достойными сынами Земли белорусской, чей долголетний труд обеспечил здоровье народа и стал могучим вектором в жизни ради людей, воплощаясь и в их детях, и в учениках, что вечно! Назовем только некоторые имена: ученик великого академика Павлова И.П., лауреата Нобелевской премии – профессор Виноградов Н.В, а также – профессор Янчур Н.М., профессор Сосновик И.Л., профессор Давыдов А.М., профессор Франкфурт А.И., профессор Величенко В.М., профессор Резников А.И., профессор Смердов Г.М., профессор Маркиянов Б.К., профессор Макаренко В.С., профессор Медведева Г.А., профессор Яблонский М.Ф., профессор Петухов И.А., профессор Лепля Е.С., профессор Морхат И.И., профессор Лызикив И.А., профессор Ибрагимова З.И., профессор Богданович Л.И., профессор Азаренок К.С. и многие другие.

Учебная и научно-методическая литература, монографии, сборники научных конференций, съездов, конгрессов, издаваемые университетом журналы, уникальные энциклопедические издания университетской библиотеки обеспечивают высокий образовательный и научный уровень читателей. Эти и многие другие издания действительно являются настоящими настольными книгами, созданные трудами профессоров УО «ВГМУ»: А.Н. Огорокова, Д.К. Новикова, В.П. Адаскевича, Н.Ю. Коневаловой, С.П. Пиманова, А.Н. Косинца, В.И. Козловского, В.П. Дейкало, И.И. Генералова, С.А. Сушкова, В.С. Глушанко, И.В. Городецкой, В.М. Семенова, О.Д. Мядельца и многих других [2,3].

Поиску решения важных проблем медицинской науки и здравоохранения посвящены научно-практические конференции, которые проходят на базе университета. ВГМУ поддерживает постоянные контакты и развивает сотрудничество более чем с 80 учебными и научными учреждениями СНГ и дальнего зарубежья. Успешное развитие программ академической мобильности студентов и преподавателей способствует обмену современными образовательными технологиями и внедрению мирового опыта в подготовку конкурентоспособных кадров. Университет совершенствует подготовку специалистов для зарубежных стран. Высшее медицинское и фармацевтическое образование сегодня получают в ВГМУ представители 44 государств. Работают дистанционные онлайн-курсы для иностранных абитуриентов по подготовке к вступительным экзаменам в университет. Успешно реализуется программа международных образовательных экзаменационных центров за рубежом [4,5].

Расширяется международное сотрудничество ВГМУ, в том числе география стран иностранных студентов.

В договорной базе ВГМУ насчитывается более 118 международных договоров (соглашений) с высшими учебными заведениями и исследовательскими организациями из 25 стран ближнего и дальнего зарубежья о совместном академическом и научном сотрудничестве.

В 2023-2024 г.г. подписано более 30 новых международных договора о сотрудничестве с вузами Российской Федерации, Республики Казахстан, Республики

Узбекистан, Таджикистаном, Китайской Народной Республики, Азербайджаном, Кыргызской Республики.

Осуществляется развитие программы образовательных и экзаменационных центров ВГМУ за рубежом. Так, функционируют образовательные /экзаменационные центры ВГМУ в пяти регионах Шри-Ланки, в 2024 году открываются аналогичные центры г. Эль-Кувейт (Кувейт), г.Бейрут, г.Храп (Ливан), а также ведется работа по созданию экзаменационных центров ВГМУ в Саудовской Аравии.

Расширена география иностранных студентов ВГМУ, впервые в 2023/2024 году были приняты на обучения студенты из Китая, Туниса, Монголии, Гвинея-Бисау, всего в ВГМУ обучается более 1700 студентов и слушателей из 46 стран мира.

Организована эффективная работа с иностранными гражданами по привлечению их для обучения в университете: осуществляется деятельность подготовительного отделения с английским языком обучения в форматах оффлайн и онлайн, организован двухэтапный набор иностранных граждан (зимняя и летняя приемная кампания).

В 2023 г. году ВГМУ улучшил ряд позиций в международных рейтингах вузов и на сегодняшний день занимает следующие позиции:

1. Рейтинг Webometrics Ranking of World Universities (Испания): ВГМУ занимает 5144 позицию в мире и 10 место в РБ, среди медицинских университетов - 2-е место в РБ.

2. Рейтинг RankPro (The International Council of Scientists, ICD Group Ltd): в рейтинге RankPro 2022/2023 World Leading Universities TOP 1000 ВГМУ занял позицию 610.

3. Предметный Рейтинг RankPro (The International Council of Scientists, ICD Group Ltd) в области медицины «Medicine and health»: в обновленной редакции предметного рейтинга по медицине «World University Rankings RankPro by subjects 2022. Medicine and health» ВГМУ занимает позицию 301-350.

4. Рейтинг UniRank (Canada Bay New South Wales 2046 Australia): ВГМУ занял позицию 5263.

5. Рейтинг Mosiur «3 мисси университета» (Москва): ВГМУ вошел в данный рейтинг в 2022 году с позицией 1651-1800.

6. В 2023 г. ВГМУ вошел в UI GreenMetric World University Rankings с позицией 1155.

Для развития в сфере научных исследований и консолидации усилий медицинских и фармацевтических компаний был создан научно-образовательный кластер «Медицина и фармацевтика – инновационные проекты». В настоящее время в состав кластера входят: от Республики Беларусь – ВГМУ, ККУП «Витебский областной центр маркетинга», учреждение образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова», учреждение образования «Витебская ордена «Знак Почета» государственная академия ветеринарной медицины», учреждение образования «Витебский государственный технологический университет», учреждение образования «Полоцкий государственный университет имени Евфросинии Полоцкой», инкубатор малого предпринимательства ООО Правовая Группа «Закон и Порядок», Витебское ТПРУП «Фармация», ООО «ВитВар», от Российской Федерации –

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный химико-фармацевтический университет» Минздрава России. Основными задачами кластера являются развитие образовательного, научного и производственного потенциалов Витебской области и регионов, представляемых его участниками, для реализации приоритетных направлений развития образования, науки, техники и технологий, здравоохранения и фармации, внедрения результатов интеллектуальной деятельности в практику работы предприятий и организаций, роста конкурентоспособности Витебского региона и регионов участников.

Ректор, проректора, деканы, преподаватели создали для студентов комфортабельные условия обучения и подготовки высоко квалифицированных специалистов, которые приоритетно востребованы на рынке медицинских, стоматологических и фармацевтических услуг не только в Беларуси, но и за рубежом. Обеспечен мультидисциплинарный подход к образовательному процессу и углубленная практическая подготовка. Данный факт особенно значим в связи с объявлением 2024 года – Годом качества, в связи с 80-летием освобождения Беларуси от немецко-фашистских захватчиков, 105-летием Министерства здравоохранения как органу госуправления системой образования Республики Беларусь.

Прорывная деятельность университета в хорошем понимании этого слова, очевидна. Только одно перечисление мероприятий уже само по себе говорит о широкомасштабности мероприятий, регулярно освящаемых в Медицентре университета. Университет активно включился в мероприятия, посвященные Единому Дню голосования посредством проведения диалоговых площадок на лечебном, стоматологическом, фармацевтическом факультетах, гражданско-патриотического марафона #Единый и др. Это многочисленные взаимодействия ВГМУ с другими организациями, международная и межрегиональная деятельность, гуманитарное сотрудничество; УМК и ЭУМК; участие в проекте «Дотянись до мечты», высокие международные рейтинги, благодарности, ВГМУ в СМИ, патриотическое воспитание, электронные обращения, противодействие коррупции и киберпреступности, защита персональных данных, безопасность жизнедеятельности, работа ПО ОО «Белорусский союз женщин», здоровый образ жизни; наука: проекты, конкурсы; здравоохранение, профком студентов, профком сотрудников; НИР: «Высшая школа»; фотогалерея университета, выпускники ВГМУ, достижение университета – через достижения страны.

ВГМУ – за здоровый и активный образ жизни! К услугам студентов и преподавателей - фитнес- и тренажерные залы, стадион, лыжная база, многочисленные спортивные секции и группы здоровья. В студенческом клубе действует 12 коллективов художественной самодеятельности и творческих объединений. Многие из них – лауреаты областных, республиканских и международных конкурсов, фестивалей. Уже традиционными стали фестиваль творчества «Студенческая осень ВГМУ», «Медицинская Лига команд КВН», национальные праздники землячества, Дни факультетов. Развито среди студентов волонтерское движение.

Заключение. Опираясь на лучшие традиции и достижения предшественников, коллектив университета прилагает сегодня все усилия для дальнейшего эффективного и качественного развития всей системы непрерывного медицинского

образования. В университете подготовка высококвалифицированных специалистов осуществляется сегодня на 8 факультетах: лечебном, педиатрическом, фармацевтическом, стоматологическом, подготовка иностранных граждан, повышения квалификации и переподготовки по педагогике и психологии, профориентации и довузовской подготовки, повышения квалификации и переподготовки кадров, чем обеспечивается интеграция образования, науки и здравоохранения на основе результативных составляющих фундаментальных и прикладных научных изысканий в области медицины, фармации, общественного здоровья и здравоохранения.

Литература

1. Чуканов, А.Н. Министерство здравоохранения Республики Беларусь: 105 лет развития, преобразований и свершений / А.Н. Чуканов, А.Н. Щупакова, В.С. Глушанко, С.П. Кулик // Вестн. Витебского государственного медицинского университета. 2024. Т.23. №3. С.97-105.
2. Витебский государственный медицинский университет: история становления и развития в документах и фотографиях: фотоальбом / УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», сост.: Т.Д. Августинович [и др.]; ред.кол.: А.Т. Щастный, О.А. Сыродоева. – Витебск, 2019. – 304 с.: ил.
3. Витебский государственный медицинский университет. 80 лет. 1934-2014 / сост.: В.П. Декайло [и др.]; ред.кол.: В.П. Декайло: [и др.]. – Витебск: Витеб. обл.тип., 2014. – 96с.: ил.
4. Глушанко, В.С. История медицины: пособие / В.С. Глушанко, А.А. Герберг, Т.Л. Петрище; под ред. д-ра мед. наук, проф. В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2023. – 522 с.
5. Глушанко, В.С. История фармации: пособие / В.С. Глушанко, А.А. Герберг, Т.Л. Петрище – Витебск: ВГМУ, 2023. – 565 с.

УДК: 616.34-006.6-06-08-07:615.37/.38(043.5)

ИММУНОТЕРАПИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИМЕДИЦИНСКОГО КЛЕТОЧНОГО ПРОДУКТА НА ОСНОВЕ АЛЛОГЕННЫХ ЕСТЕСТВЕННЫХ КИЛЛЕРНЫХ КЛЕТОК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

¹К.А. Шишко, ¹А.В. Прохоров, ²Е.В. Дуж, ²А.Е. Гончаров

¹Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

²Институт биофизики и клеточной инженерии НАН Беларуси

IMMUNOTHERAPY USING A BIOMEDICAL CELL PRODUCT BASED ON ALLOGENIC NATURAL KILLER CELLS IN COMPLEX TREATMENT OF METASTATIC COLORECTAL CANCER

¹K.A. Shyshko, ¹A.V. Prokharau, ²E.V. Duzh, ²A.Y. Hancharou

¹Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

²Institute of Biophysics and Cell Engineering of the National Academy of Sciences of Belarus

Резюме. В данной статье рассматривается безопасность и переносимость метода комплексной терапии метастатического колоректального рака с применением биомедицинского

клеточного продукта на основе естественных киллерных клеток, разработанного Институтом биофизики и клеточной инженерии НАН Беларуси.

Ключевые слова: естественные киллерные клетки, колоректальный рак.

Resume. Article examines the safety and tolerability of a method of complex therapy for metastatic colorectal cancer using a biomedical cell product based on natural killer cells. The Institute of Biophysics and Cell Engineering of the National Academy of Sciences of Belarus developed a biomedical cell product.

Keywords: natural killer cells, colorectal cancer

Актуальность. Колоректальный рак (КРР) занимает третье место среди наиболее часто диагностируемых злокачественных новообразований во всем мире с увеличением заболеваемости в Азии и странах Восточной Европы [7]. На его долю приходится почти 8,5% всех смертей от злокачественных новообразований [6]. В Республике Беларусь заболеваемость раком ободочной кишки в 2019 г. составляла 33,5 случаев на 100000 населения, раком прямой кишки – 24,6 случаев на 100000 населения. Пик заболеваемости приходится на возраст 70 – 79 лет. При I-II стадиях рак ободочной кишки выявлен в 51,1% случаев, на III – 23%, на IV - 22,6%. Ранняя диагностика рака прямой кишки остается неудовлетворительной и составляет 48,8% на I-II стадиях, 25,2% - при III и 22,9% - при IV [3]. Согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь №60 от 06.07.2018г «Об утверждении клинического протокола «Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований», основными методами лечения являются хирургический, лекарственный и лучевая терапия. Результаты лечения напрямую зависят от стадии заболевания и эффективности проводимого лечения. При этом пятилетняя выживаемость при IV стадии рака ободочной кишки составляет всего 8,4%, для рака прямой кишки – 5,5%. Одногодичная летальность для рака ободочной кишки в 2019 г. составила 26%, для рака прямой кишки – 22,5% [3]. Таким образом, очевидно, что проблема лечения колоректального рака, несмотря на все успехи в хирургическом лечении и химиотерапии, остается крайне актуальной. Это диктует необходимость поиска новых патогенетически обоснованных методов лечения. Одним из новых направлений в лечении злокачественных новообразований является иммунотерапия. Противоопухолевые вакцины исследовались в лечении нескольких типов злокачественных новообразований для изучения противоопухолевого иммунного ответа, который потенциально способен ликвидировать опухоль и обеспечить контроль течения болезни. Типы вакцин, используемых в терапии КРР в последнее десятилетие, включают аутологичную, пептидную, содержащую вирусный вектор и дендритную вакцину [4]. Терапия дендритными клетками вызывает противоопухолевый ответ, заставляя их показывать опухолевые антигены лимфоцитам, что активизирует последних, заставляя их «убивать» другие клетки, которые проявляют антиген. Дендритные клетки – это антигенпрезентирующие клетки иммунной системы. Одним из способов индуцирования дендритных клеток к представлению опухолевых антигенов является вакцинация аутологичными опухолевыми лизатами или короткими пептидами (небольшие части белка, соответствующие белковым антигенам на раковых клетках). Эти пептиды часто вводят в сочетании с адъювантами для усиления иммунных и противоопухолевых реакций. При лечении рака они помогают нацеливаться на опухолевые антигены. Однако до сих пор не проведено никаких исследований III фазы, подтверждающих эффективность или улучшение выживаемости вследствие применения этих вакцин у пациентов с

колоректальным раком [2]. Другим направлением клеточной активной иммунотерапии является разработка технологии использования естественных киллерных клеток. Известно, что естественные киллерные клетки (ЕКК) могут индуцировать антиген-независимый иммунный ответ против злокачественных клеток. Растущее число научных отчетов и клинических исследований показали многообещающие противоопухолевые эффекты при использовании иммунотерапии на основе ЕКК. В настоящее время используются различные подходы для увеличения количества и функции ЕКК. В одном из подходов используются цитокины для селективного повышения как количества, так и эффективности противоопухолевых функций ЕКК [5]. Другой новый подход фокусируется на ингибиторах контрольных точек, нацеленных на рецептор ЕКК. Кроме того, были разработаны биоспецифические и триспецифические агенты для усиления специфического иммунного ответа путем перекрестного связывания специфических опухолевых антигенов с эффекторными клетками. Кроме того, терапия адоптивного переноса ЕКК показала многообещающие перспективы. При этом отмечено, что, несмотря на привлекательность метода иммунотерапии на основе аутологичных ЕКК, клинический эффект от их введения остается неоправданно низким, что, в свою очередь, может быть обусловлено присутствием на поверхности ингибиторных KIR рецепторов, узнающих молекулы МНС I класса на опухолевой клетке. Активация KIR рецепторов негативно регулирует цитотоксическую активность натуральных киллеров [1]. Среди различных источников адоптивного переноса ЕКК аллогенные гаплоидентичные ЕКК, подвергшиеся краткосрочной или долгосрочной активации или экспансии, также продемонстрировали эффективное противоопухолевое действие с низкой частотой отторжения и побочными эффектами. В Республике Беларусь разработка методов клеточной иммунотерапии солидных опухолей с применением биомедицинского клеточного продукта (далее БМКП) на основе ЕКК ранее не выполнялась, однако в ГУ «Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии» БМКП на основе ЕКК с успехом применяются для лечения рефрактерных и рецидивных форм лейкозов.

Цель: оценка безопасности и переносимости биомедицинского клеточного продукта на основе естественных киллерных клеток.

Материалы и методы. Объектом исследования стали взрослые пациенты мужского и женского пола от 23 до 75 лет, со статусом Карновского 70–100% (ECOG 0–1 балла) с метастатическим колоректальным раком, подлежащие хирургическому лечению в объеме удаления первичной опухоли и максимальной циторедукции с гистологически подтвержденной аденокарциномой толстой кишки. Пациенты были осведомлены с целью и технологией апробируемого метода лечения и необходимостью проведения дополнительных лабораторных исследований. Для каждого пациента был разработан индивидуальный временной план проводимого лечения, согласуемого с забором крови у донора, последующего изготовления БМКП на основе ЕКК. Введение БМКП на основе ЕКК проводилось при наличии информированного согласия пациента на терапию, только в стационарных условиях. Запланированный режим введения: 2–3 трансплантации БМКП на основе ЕКК в количестве не менее $0,5 \times 10^6$ клеток/кг веса пациента. При первом введении БМКП для оценки возможных аллергических реакций проводился кожный тест, для чего вводили подкожно 0,1 мл. взвеси

клеток. Через 30 минут при отсутствии системных и местных реакций проводят введение оставшейся взвеси клеток. Взвесь ЕКК вводилась внутривенно капельно медленно в 100 мл физиологического раствора с соблюдением правил асептики и антисептики. Пациенты постоянно находились под наблюдением медицинского персонала. Перед введением, через 1 час после введения, а также перед сном и с утра пациентам выполнялся контроль пульса, артериального давления, температуры тела, проводился медицинский опрос с целью уточнения возможных побочных явлений. Кроме того, выполнялись общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза) перед введением БМКП и на следующий день. Оценку переносимости и безопасности применения способа иммунотерапии проводили на основании обследования пациентов и изучения лабораторных показателей до начала терапии, в период ее проведения и после ее окончания. Переносимость способа иммунотерапии оценивали, как хорошую – если температура тела пациента была в пределах нормы, аллергические реакции отсутствовали; удовлетворительную – если отсутствовали аллергические реакции и регистрировалось повышение температуры тела до 39⁰С не более трех суток после инъекции; неудовлетворительную – температура тела выше 39⁰С после введения клеток или температура тела до 39⁰С свыше трех суток после инъекции при отсутствии других причин для ее повышения и/или наличие аллергических реакций по типу крапивницы, отека Квинке и других, потребовавших медикаментозной терапии.

Результаты и их обсуждение. На момент написания работы произведено одно введение биомедицинского клеточного продукта на основе аллогенных естественных киллерных клеток 16 пациентам (9 женщин и 7 мужчин) от 23 до 75 лет. Трех из них выполнено 2 введения БМКП на основе ЕКК. Подкожный тест у всех пациентов был отрицательным. Общее состояние пациентов после проведения иммунотерапии оценивалось как удовлетворительное. Частота сердечных сокращений, уровень артериального давления у пациентов сохранялись в пределах их обычных значений. Аритмии не выявлено. Жалоб на одышку, затрудненное дыхание, боли в животе отсутствовали. Кожные покровы сохраняли обычную окраску, сыпи, периферических отеков выявлено не было. Катаральные симптомы, миалгия, увеличение и/или болезненность лимфоузлов не зарегистрированы. Местных и системных аллергических реакций выявлено не было. Показатели общего анализа крови, и общего анализа мочи после введения биомедицинского клеточного продукта оставались стабильными. У одного пациента через 4 часа после первого введения препарата было зафиксировано повышение температуры тела до 38,5⁰С. Данный симптом был купирован приемом 500мг парацетамола. В дальнейшем температура тела не повышалась. При втором введении у этого же пациента при удовлетворительном состоянии и отсутствии каких-либо жалоб было выявлено повышение аланинаминотрансферазы до 5 норм, аспартатаминотрансферазы до 3 норм, мочевины до 11,7 ммоль/л, креатинин и билирубин оставались стабильными. Через 5 дней все биохимические показатели пришли в норму. Дополнительная медицинская помощь пациенту не оказывалась. У второго пациента зафиксировано повышение температуры тела до 37,5⁰С через 1 час после введения.

Гипертермическая реакция наблюдалась в течение 6 часов и купировалась самостоятельно.

Выводы:

1. Изучение показателей биохимического анализа крови после 19 введений БМКП в 95% случаев не выявило транзиторного повышения уровня трансаминаз и билирубина, характеризующих функциональное состояние печени, что указывает на отсутствие токсического действия биомедицинского клеточного продукта. Единичный случай саморазрешившейся гипертрансаминаземии требует дальнейшего контроля и анализа.

2. Результаты общего анализа мочи, указывающие на отсутствие протеинурии и кетонурии в сопоставлении с результатами биохимического анализа крови не выявили негативного влияния биомедицинского клеточного продукта на функциональную активность почек.

3. В результате мониторинга за пациентами, проходящих иммунотерапию БМКП на основе аллогенных ЕКК, не выявил побочных эффектов терапии: аллергических реакций, гриппоподобных симптомов, анемии, тромбоцитопении, выраженных местных постинъекционных реакций, лейко- и лимфопении.

4. Таким образом, анализ клинических наблюдений за пациентами в совокупности с результатами динамического лабораторного обследования указывает на хорошую (87,5% пациентов) и удовлетворительную (12,5% пациентов) переносимость и безопасность применения аллогенных ЕКК у пациентов с метастатическим раком толстого кишечника.

Литература

1. Е.А. Боробова, А.А. Жеравин Натуральные киллеры в иммунотерапии онкологических заболеваний // Сибирский онкологический журнал. 2018. №17(6). С. 97-104.
2. О.В. Пономарева, Д.Э. Рыспаева, Л.А. Сивак Иммунотерапия колоректального рака: современные представления и перспективы // Клиническая онкология. 2018. №4 (32). С. 232-238.
3. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцер-регистра за 2010-2019 гг. / А.Е. Океанов, П.И. Мойсеев, Л.Ф. Левин, А.А. Евмененко, Т.Б. Ипатий, Под ред. С.Л. Полякова. Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2020. 298 с.
4. Kalyan A., Kircher S., Shah H. et al. Updates on immunotherapy for colorectal cancer // J. Gastrointest. Oncol.. 2018. №9(1). С. 160-169.
5. Qiu-Zhong Pan, Jing-Jing Zhao, Chao-Pin Yang, Yu-Qing Zhou, et al Efficacy of adjuvant cytokine-induced killer cell immunotherapy in patients with colorectal cancer after radical resection // Oncoimmunology. 2020. №1.
6. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. // CA Cancer J Clin.. 2021. №71(3). С. 209–49.
7. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A Global cancer statistics, 2012. // CA Cancer J Clin.. 2015. №65. С. 87–108.

УДК 616.127-005.8

ОСТРЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ СОБЫТИЯ У ТРУДОВЫХ

МИГРАНТОВ – ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Н.В. Щенетин

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

ACUTE CARDIOVASCULAR EVENTS IN WORKERS MIGRANTS – PROBLEMS OF PREVENTION AND CARE MEDICAL CARE

N.V. Shchetin

Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «N.I. Pirogov Russian National Research Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

Резюме. Социально-экономические условия трудовых мигрантов оказывают влияние на состояние здоровья. Образ жизни, вредные привычки, нерациональное питание повышают риск сердечно-сосудистых событий. Анкетирование выявило низкую приверженность к лечению, несвоевременное обращение за медицинской помощью. Отсутствие профилактики и несвоевременная госпитализация повышают риск неблагоприятных исходов.

Ключевые слова. Трудовые мигранты, сердечно-сосудистые заболевания, медицинская помощь.

Resume. The socio-economic conditions of migrant workers have an impact on the state of health. Lifestyle, bad habits, and poor nutrition increase the risk of cardiovascular events. The survey revealed low adherence to treatment, untimely seeking medical help. Lack of prevention and untimely hospitalization increase the risk of adverse outcomes.

Keywords. Migrant workers, cardiovascular diseases, medical care.

Актуальность. Трудовая миграция охватывает большинство стран и имеет важное экономическое значение как для мигрантов, так и для принимающей стороны. Как правило, трудовыми мигрантами являются молодые люди, чаще физически крепкие мужчины [10]. Однако, во время трудовой миграции проблемы со здоровьем могут возникать даже у них. На состояние здоровья оказывает влияние социальный статус мигрантов, в т.ч. низкое материальное состояние, нерациональное питание, стрессы, условия проживания, тяжелая работа, вредные привычки и другие [1, 4]. Условия работы, профессиональные вредности, ненормированный трудовой день также оказывают негативное влияние на состояние здоровья [3]. Существующая система здравоохранения в странах с низкими экономическими возможностями не всегда позволяет выявить наличие хронических заболеваний, проводить профилактику, в т.ч. вакцинопрофилактику [6]. Обращение за медицинской помощью в стране пребывания может вызывать сложности у трудовых мигрантов в связи с недостаточным знанием языка, особенностей системы здравоохранения. В России экстренная медицинская помощь оказывается всем людям, независимо от гражданства и статуса, бесплатно в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения [2]. Оказание неотложной медицинской помощи и плановой медицинской помощи временно прибывающим иностранцам оказывается либо за счет личных

средств мигрантов, либо по договору добровольного медицинского страхования или по программе обязательного медицинского страхования [10].

Цель: определить частоту госпитализаций трудовых мигрантов с острыми сердечно-сосудистыми событиями, причины их развития и особенности оказания медицинской помощи.

Материал и методы. Был проведен статистический анализ госпитализаций в течении года трудовых мигрантов в многопрофильный стационар г. Москвы. Всего были госпитализированы 3328 человека. Среди стран прибытия госпитализированных трудовых мигрантов в пятерку первых по количеству входили Киргизия, Узбекистан, Таджикистан, Беларусь, Украина. Соответственно, наибольшее число госпитализированных были из Киргизии. Было проведено анкетирование, которое включало вопросы об образе жизни, приверженности к лечению хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы, варианты обращения за медицинской помощью. Исследование прошло утверждение в Этическом комитете ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ России. У всех трудовых мигрантов перед анкетированием и клинической оценкой лабораторных показателей и функциональных методов обследования взято информированное согласие. Проведена статистическая обработка полученных результатов исследования.

Результаты и их обсуждение. Наибольшее число госпитализированных трудовых мигрантов были с заболеваниями хирургического, гинекологического профиля и травмами. Неотложная медицинская помощь преимущественно оказывалась за счет средств трудовых мигрантов, средний срок госпитализации составил 3,4 дня. Экстренная госпитализация с сердечно-сосудистыми заболеваниями была оказана 208 пациентам-трудовым мигрантам, в т.ч. с заболеваниями: острый коронарный синдром, гипертонический криз, пароксизм фибрилляции предсердий, острое нарушение мозгового кровообращения. Медицинская помощь этой категории пациентов была оказана бесплатно. Средний возраст госпитализированных трудовых мигрантов с сердечно-сосудистыми заболеваниями составил 52 года, среди пациентов более 85% были мужчины. Результаты анкетирования выявили высокую распространенность среди трудовых мигрантов фактора курения. По данным обследования среди трудовых мигрантов из стран Средней Азии выявлено высокое распространение нарушений липидного обмена – гиперхолестеринемии и повышения уровня липопротеидов низкой плотности. Наличие нарушений липидного обмена требует дальнейшего изучения - является ли это следствием особенности диеты или имеет место генетическая предрасположенность [8]. Анализ литературных источников свидетельствует о высокой распространенности нарушений липидного обмена среди жителей Киргизии, Узбекистана, Таджикистана [10]. По данным анкетирования среди трудовых мигрантов имеют место особенности питания – потребление высококалорийной пищи и животных жиров, низкое потребление свежих овощей и фруктов. Опрос показал, что при наличии клинических симптомов, таких как головная боль, одышка, боли в сердце, повышение температуры тела, трудовые мигранты не обращаются за медицинской помощью. Это приводит к несвоевременной госпитализации при остром коронарном синдроме, инсульте и пароксизме фибрилляции предсердий [2]. Опрос показал отсутствие информированности трудовых мигрантов о наличии у них артериальной

гипертензии, отсутствие возможности измерения артериального давления [9]. Проведенный опрос показал, что респонденты не обращаются за медицинской помощью не у себя на родине, не в стране пребывания. Среди трудовых мигрантов отмечается низкая приверженность к регулярному приему препаратов, таких как гипотензивных средств, так и статинов, что является одной из причин развившихся неотложных состояний [5]. Отчасти, это связано с финансовыми сложностями, незнанием особенностей организации здравоохранения в стране пребывания. Как показывает статистика, многие трудовые мигранты в дальнейшем планируют получить гражданство в России. Таким образом, наличие хронических сердечно-сосудистых заболеваний и их последствий ляжет дополнительным бременем на систему здравоохранения России. В связи с этим целесообразно проведение профилактических мероприятий среди трудовых мигрантов.

Выводы: Среди трудовых мигрантов распространены факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, отсутствует информированность о наличии сердечно-сосудистых заболеваний, нет первичной и вторичной профилактики, имеет место несвоевременное обращение за медицинской помощью при острых состояниях, что приводит к высокому риску сердечно-сосудистых событий. Несвоевременное оказание медицинской помощи при сердечно-сосудистых событиях повышает риск неблагоприятных исходов и инвалидизации [7].

Литература

1. Арутюнов Г.П., Кисляк О.А. Школы здоровья для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021. - 199 с.
2. Давыденко В.В., Евдокимов Ф.А., Красивина И.Г. Неотложная медицинская помощь Сер. Среднее медицинское образование. Ростов-на-Дону: Феникс, 2022.- 411 с.
3. Орлова Н.В., Милушкина О.Ю., Гололобова Т.В. Условия труда и профессиональные заболевания медицинских работников / М.: Кнорус, 2022. – 268 с.
4. Орлова Н.В., Старокожева А.Я. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний среди машинистов локомотивов железнодорожного транспорта / Медицинский алфавит. 2020. № 2. С. 37-40.
5. Спирякина Я.Г., Орлова Н.В. Возможности фиксированной комбинации амлодипина / лизиноприла / розувастатина в улучшении приверженности современной терапии пациентов с артериальной гипертензией / Медицинский алфавит. 2018. Т. 1. № 12 (349). С. 25-30.
6. Филатова М.Н., Орлова С.Ю., Суранова Т.Г. Влияние социологических факторов на отношение населения к вакцинации против COVID-19 / Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. 2022. № 3. С. 112-116.
7. Федулаев Ю.Н., Орлова Н.В., Никифоров В.В. Паллиативная медицинская помощь взрослым и детям. / М/: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 592 с.
8. Чукаева И.И. Изучение генетической обусловленности развития солечувствительной артериальной гипертонии / Медицинский алфавит. 2017. Т. 2. № 34 (331). С. 33-38.
9. Чукаева И.И., Спирякина Я.Г. Оценка маркёров воспаления и эндотелиальной дисфункции у пациентов с артериальной гипертензией на фоне достижения целевого уровня артериального давления / Клиническая лабораторная диагностика. 2018. Т. 63. № 6. С. 337-340.
10. Щепетин Н.В. Анализ факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у трудовых мигрантов с острым коронарным синдромом / Медицинский алфавит. 2023. № 26. С. 31-34.

УДК: 614.2:616.89-008.441.44-084

БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ СУИЦИДАЛЬНЫХ РИСКОВ

Е.Н. Щербакова

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Гомель, Республика Беларусь*

BIOETHICAL ASPECTS OF THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE FOR THE POPULATION TO PREVENT SUICIDAL RISKS

K.N. Shcharbakova

Gomel State Medical University, Gomel, Republic of Belarus

Введение. Организация функционирования системы здравоохранения в настоящее время является ключевым аспектом совершенствования государственного управления в сфере здравоохранения Республики Беларусь и способствует обеспечению национальной безопасности страны. В системе управления организацией здравоохранения ведущую роль выполняют административные ресурсы. Однако, для выполнения функций оказания медицинской помощи важно наличие высококвалифицированных специалистов, которые обладают соответствующей компетентностной моделью. Подготовка кадров влияет на уровень их компетенций. Оказание помощи населению по предупреждению суицидальных рисков является результатом взаимодействия работников здравоохранения, социальных служб и администрации регионального уровня.

Целью исследования стал ретроспективный анализ межведомственной работы структур, оказывающих помощь населению по предупреждению суицидальных рисков, на примере региональных случаев суицидов.

Основная часть. Для анализа случаев суицидов был выбран Н. район Гомельской области Республики Беларусь, который по данным протоколов межведомственного (заочного) разбора всех случаев смерти с признаками суицида в 2022 году (51,81 случай на 100 тысяч населения) в 1,4 раза превышает показатель 2021 года (36,02 случая на 100 тысяч населения). Изучение межведомственных разборов показало следующие особенности:

Гражданин 1 являлся лицом трудоспособного возраста, группы инвалидности не имел, за психологической помощью и социальными услугами не обращался, наблюдался в поликлинике по адресу прописки. Группа здоровья II. Обращался за медицинской помощью регулярно. На учете в качестве безработного зарегистрирован не был, пенсию не получал, на профилактическом учете в РОВД не состоял, компрометирующими данными в отношении данного гражданина ОВД райисполкома не располагает.

Гражданка 2 являлась пенсионеркой по возрасту, работающей. Вдова. Проживала одна. Наблюдалась в поликлинике по адресу прописки, в том числе по поводу коронавирусной инфекции. Состояла на учете как одиноко проживающая гражданка пенсионного возраста. Работающая, группы инвалидности не имела, за психологической помощью и социальными услугами не обращалась. На профилактических видах учета в ОВД райисполкома не состояла.

Гражданин 3 наблюдался в поликлинике по адресу прописки. Группа здоровья III. Обращался за медицинской помощью, на учете в качестве безработного зарегистрирован не был. В мероприятиях, проводимых учреждениями культуры района, участия не принимал. В крови трупа обнаружен этиловый спирт в количествах 3,8 ‰.

Гражданин 4 являлся пенсионером по возрасту. Вдовец. Проживал один. За психологической помощью и социальными услугами не обращался, наблюдался в поликлинике по адресу прописки. Состоял на учете как одиноко проживающий гражданин пожилого возраста. Группы инвалидности не имел. На надомном обслуживании в отделении социальной помощи на дому не состоял. За психологической помощью и социальными услугами не обращался. Суицидальные признаки не просматривались. Не принимал участия в мероприятиях, проводимых учреждениями культуры района.

Гражданин 5 проживал с женой и тремя детьми. Наблюдался в поликлинике по адресу прописки. Состоял на учёте как член многодетной семьи. На учете в отделе занятости населения, социально-трудовых отношений и охраны труда не состоял. В мероприятиях, проводимых учреждениями культуры района, участия не принимал. Задолженности за жилищно-коммунальные услуги не было.

Заключение. Анализ данных подтверждает отсутствие должного взаимодействия социальной и медицинской служб. Согласно Приказу МЗ РБ «О мерах по оптимизации профилактики суицидов в Республике Беларусь», по имеющейся шкале суицидальных рисков, анализируемые граждане попадают под наблюдение медицинского персонала а амбулаторных условиях. Крайне высоких рисков суицидально активности не наблюдалось. Предложена модель организационных мероприятий по снижению суицидальных рисков среди населения. Она представляет собой последовательные организационные и образовательные мероприятия на различных уровнях: сельисполкомов, райисполкомов, горисполкомов, организаций здравоохранения, образования, социальной защиты. В настоящее время требуется внедрение биоэтической составляющей для всех структур, оказывающих помощь населению по предупреждению суицидальных рисков

Литература

1. Шаршакова, Т. М. Биоэтическая модель коммуникации «врач – пациент» /Т. М. Шаршакова, Е. Н. Щербакова // Актуальные проблемы медицины : Сборник научных статей Республиканской научно-практической конференции с международным участием. В 3-х томах, Гомель, 10 ноября 2022 года. Том 1. Выпуск 23. – Гомель: Учреждение образования "Гомельский государственный медицинский университет", 2022. – С. 134-136. – EDN PWJOHS.
2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.04. 2020 №480 «О мерах по оптимизации профилактики суицидов в Республике Беларусь» <https://bymed.top/docs/by-regulatory/protocols/suicide-1644>

СОДЕРЖАНИЕ

<i>М.В. Щавелева, М.М. Сачек, Т.Н. Глинская</i>	3
К 150-летию со дня рождения первого наркома здравоохранения	
<i>И.Н. Мороз, Т.П. Павлович, С.С. Лабзо</i>	7
Столетний путь развития кафедры общественного здоровья и здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета	
<i>Н.Ю. Андреев, А.А. Винский</i>	21
Общественное здоровье: новые вызовы и новые возможности	
<i>Т.В. Баранова, А.К. Кцоев</i>	22
Сохранение здоровья и работоспособности людей пожилого возраста	
<i>С.Л. Бойко, К.В. Карпинский, А.В. Салмина</i>	24
Метод медицинской профилактики психических и поведенческих расстройств, связанных с бесплодием у женщин	
<i>Н.В. Гапанович-Кайдалов</i>	28
Отношение к здоровью и качество жизни населения	
<i>В.В. Гацко, Т.И. Терехович, В.М. Писарик, В.Н. Ростовцев</i>	36
Направления развития системы здравоохранения в Республике Беларусь	
<i>Т.С. Дьяченко, В.Л. Аджиенко</i>	40
Борьба с болезнями системы кровообращения в крупном регионе Российской Федерации	
<i>Д.В. Ковалевский</i>	43
Электронное здравоохранение: осведомленность и предпочтения населения	
<i>Н.С. Колганов</i>	45
Историческое развитие нейрохирургии и новейшие изобретения, как перспективы будущего	
<i>Ж.В. Колядич, М.Г. Орлова, В.М. Писарик, Н.М. Тризна, В.Н. Ростовцев</i>	49
Проблема своевременной диагностики злокачественных новообразований полости носа и околоносовых пазух в Республике Беларусь	
<i>Е.Р. Комина, В.И. Панченко, А.А. Фастова</i>	54
Мнение студентов о возможности соблюдения здорового образа жизни (ЗОЖ) во время учебы в вузе	
<i>Е.Г. Королюк, А.В. Соловьева, И.А. Жмакин</i>	57
Значение традиционных духовно-нравственных ценностей в реализации демографической политики России	
<i>О.А. Кульпанович</i>	61
Минск медицинский: эволюция, многообразие, авторство	

<i>И.К. Луцкая</i>	65
Ответственность врача за получение предварительного согласия пациента на медицинское вмешательство	
<i>А.В.Маймур, М.М.Сачек, М.В.Пацикалик</i>	
Доступность первичной медицинской помощи в оценках пациентов, проживающих в условиях городских поселений и сельской местности	68
<i>П.М. Мелихова, Д.А. Страканёва</i>	
Значение интеграции системы телекоммуникации в деятельность практикующего врача	72
<i>А.Ю. Михальчук, И.В. Мурашова</i>	75
Глобальная проблема составов продуктов питания, и их влияние на качество жизни населения	
<i>С.Ф. Михалюк, Р.А. Михалюк, А.В. Байда</i>	78
Особенности организации медико-социальной помощи людям старших возрастных групп в сельской местности	
<i>М.Н. Петрова</i>	82
Сибирь и Якутия в судьбах современников Н.А.Семашко	
<i>Н.Ф. Побиванцева, М.Ю. Сурмач</i>	89
«Дорожная карта» создания регистра пациентов с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями	
<i>И.С. Романова, А.П. Лис, И.Н. Кожанова</i>	
Практические вопросы проведения исследований и экспертизы в области оценки медицинских технологий в условиях здравоохранения Республики Беларусь	93
<i>Х.Е. Рустамова, Д.Н. Камилова, К.Ч. Нурмаматова, К.Р. Мирзарахимова</i>	97
Вопросы профилактики инвалидизации вследствие нефрологических заболеваний	
<i>А.В. Семёнов, Т.В. Дудина</i>	
Кадровый потенциал государственной системы здравоохранения Беларуси. Социологические аспекты текучести кадров	101
<i>А.В. Семёнов, Т.В. Дудина, М.Г. Василевская, А.В. Шарамет</i>	
Основные причины текучести врачебных кадров в Беларуси (2018–2023 гг.)	106
<i>А. В. Семёнов, В. Е. Кратёнок, В. М. Хавратович, Т. В. Ясюля, Е. С. Игумнова</i>	
Совершенствование оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения	110
<i>А. Ю. Соколов</i>	
Управление технологическими компонентами качества медицинской помощи	115

<i>М.Ю. Сурмач</i>	119
Самооценка здоровья пожилого населения Гродненской области в сопоставлении с данными для Российской Федерации: когортное исследование	
<i>И.А. Сухарева</i>	
Многодетность в России и в Республике Беларусь: общее и различия	122
<i>Л.Ф. Тимофеев, Н.В. Саввина, А.Л. Тимофеев</i>	
Медико-демографическая ситуация в арктической зоне Республики Саха (Якутия) за период 2000-2022 годы	127
<i>В.И. Тимошилов, И.А. Довжик, А.А. Азмаммедова</i>	
Самооценка физической активности студентов-медиков Курской области в новых медико-социальных условиях	133
<i>О.Д. Туева</i>	
Проблема ответственности и информативности результатов при использовании искусственного интеллекта в ходе медицинского обследования	136
<i>В.М. Хавратович, Т.В. Ясюля, Е.С. Изумнова, В.В. Куликина</i>	
Результаты реализации в Республике Беларусь подпрограммы «Семья и детство» в 2021-2022 годах	139
<i>Н. Е. Хейфец, Е. Н. Хейфец, М. М. Солтан</i>	144
Подходы к обеспечению медицинского реагирования при чрезвычайных ситуациях в Республике Беларусь	
<i>Н. Е. Хейфец, М. М. Солтан, Е. Н. Хейфец</i>	
Управление профессиональными рисками при осуществлении медицинской деятельности в условиях здравоохранения Республики Беларусь	149
<i>А.Н. Чуканов, А.Н. Шупакова, Д.Н. Лиц, В.С. Глушанко</i>	
История и современность за девяносто лет становления и развития университета	154
<i>К.А. Шишко, А.В. Прохоров, Е.В. Дуж, А.Е. Гончаров</i>	
Иммунотерапия с применением биомедицинского клеточного продукта на основе аллогенных естественных киллерных клеток в комплексном лечении метастатического колоректального рака	163
<i>Н.В. Щепетин</i>	
Острые сердечно-сосудистые события у трудовых мигрантов – проблемы профилактики и оказания медицинской помощи	167
<i>Е.Н. Щербакова</i>	
Биоэтические аспекты организации медицинской помощи населению по предупреждению суицидальных рисков	170

Научное издание

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ГЛОБАЛЬНЫЕ ВЫЗОВЫ И УГРОЗЫ.
ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ**

Материалы республиканской научно-практической конференции с международным
участием

6 декабря 2024 года Минск

Ответственные за выпуск М.В. Щавелева, И.Н. Мороз