

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



# ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА

№ 1  
(2018)

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФАРМДЕЯТЕЛЬНОСТИ



## ТЕМА НОМЕРА

ЗДОРОВЫЙ  
ОБРАЗ ЖИЗНИ:  
ОТ МЛАДЕНЧЕСТВА  
ДО СТАРОСТИ

«Дискобол» (около 120-140 г. н. э.).  
Римская мраморная копия древнегреческой скульптуры Мирона.



## Уважаемые коллеги!



Открыть второе десятилетие издания нашего журнала мы решили чрезвычайно важной, на наш взгляд, темой: «Здоровый образ жизни: от младенчества до старости». Действительно, достижения современной медицинской науки порой способны творить чудеса, но только приверженность человека к здоровому образу жизни и сознательное отношение к собственному здоровью – физическому, психологическому, гигиене труда и отдыха, здоровому сну и здоровому питанию – создадут условия для полноценной и счастливой жизни.

Современный лозунг ВОЗ «Здоровье в целях устойчивого развития» положен в основу формирования государственной политики обеспечения здоровья нации большинства развитых стран мира. Новая повестка дня ВОЗ включают 17 целей в области устойчивого развития и представляет собой широкий диапазон экономических, социальных и экологических направлений. Важно, что начальным элементом для решения этих задач является обеспечение здоровья граждан любого возраста. Российская Федерация разделяет политику ВОЗ в полной мере.

Ведущая роль в процессе формирования приверженности к здоровому образу жизни у граждан принадлежит медицинскому сообществу. Консультирование пациентов по тому или иному аспекту ЗОЖ должно стать обязанностью каждого врача, не говоря уже о том, что каждый медицинский работник должен ответственно относиться к своему здоровью и следовать принципам ЗОЖ.

В ежегодном послании Федеральному собранию 1 марта 2018 г. Президент России Владимир Путин уделил особое внимание теме здравоохранения. «Позиции государства в современном мире определяют не только и не столько природные ресурсы, производственные мощности, а прежде всего люди, условия для развития, самореализации, творчества каждого человека. Поэтому в основе всего лежит бережение народа России, здоровье и благополучие наших граждан. Именно здесь нам нужно совершить решительный прорыв... Для этого всей России предстоит сделать большой шаг в своем развитии, чтобы качественно изменилась жизнь каждого человека», – заявил Президент.

Чтобы добиться поставленной задачи, следует объединить усилия медицинских и социальных работников, работодателей и организаторов здравоохранения и, конечно же, самих граждан, которые поймут, что здоровый образ жизни – не формальный лозунг, а наполненная конкретным содержанием парадигма, способная изменить жизнь человека к лучшему.

С уважением, **М.А. Мурашко**, главный редактор журнала, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения



«Дискобол» (около 120-140 г. н. э.). Римская мраморная копия древнегреческой скульптуры Мирона.

«Дискобол» – самый знаменитый образец древнегреческого искусства, изображающий юношу-атлета во время спортивных соревнований. Считается первым античным памятником, запечатлевшим человека в момент движения. Изображенный атлет – это собирательный образ идеального человека времен античности с такими присущими ему чертами, как сила, целенаправленность, спокойствие, гармоничность.

#### ЖУРНАЛУ «ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА» 10 ЛЕТ!

Брифинг, посвященный 10-летию  
журнала «Вестник Росздравнадзора» ..... 5

#### ТЕМА НОМЕРА. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ: ОТ МЛАДЕНЧЕСТВА ДО СТАРОСТИ

**С.В. ВОРОНКОВА, Б. ЛАХГАЙН**  
Совершенствование политики  
формирования здорового  
образа жизни среди трудоспособного  
населения России ..... 10

**В.М. ЧЕРЕПОВ, В.С. НЕЧАЕВ,  
Д.В. ЕФРЕМОВ, М.Ю. КАЛИНИНА**  
Меры стимулирования работодателей  
к внедрению программ формирования  
здорового образа жизни ..... 15

**Н.И. РОГИНКО,  
А.В. КОРОЧКИН, А.А. СТРЕЛЬЧЕНКО**  
Диспансеризация определенных  
групп взрослого населения: вопросы  
организации и контроля ..... 17

**С.А. ШАЛЬНОВА,  
О.М. ДРАПИКИНА, А.В. КОНЦЕВАЯ**  
Мониторинг факторов риска хронических  
неинфекционных заболеваний в России.  
Реалии и перспективы.  
Значение для практики ..... 21

**Т.А. ПОЛИНСКАЯ, М.А. ШИШОВ,  
О.И. ПАКУСЗ, Е.А. КРИНИЧНАЯ**  
Роль регионального центра здоровья  
в системе мероприятий, направленных  
на формирование здорового  
образа жизни ..... 25

**И.Н. ЗАХАРОВА, И.В. БЕРЕЖНАЯ,  
Е.Б. МАЧНЕВА, А.Е. КУЧИНА, И.С. ОБЛОГИНА**  
Грудное молоко – первый шаг  
к программированию здоровья  
в течение последующей жизни ..... 28

**В.Б. НИКИШИНА, Н.В. КЛЮЕВА**  
Критериально-генетическая  
модель психологического здоровья ..... 34

**Г.А. СОРОКИН**  
Интегральная оценка психосоматических  
симптомов профессионального  
выгорания и его профилактика ..... 40

**О.Н. ТКАЧЁВА,  
Ю.В. КОТОВСКАЯ, Н.К. РУНИХИНА**  
Особенности профилактического  
консультирования пациентов 75 лет  
и старше в первичном звене  
здравоохранения ..... 46

**А.Б. СЛОНИМСКИЙ, Р.В. БУЗУНОВ**  
Сон как естественное физиологическое состояние  
организма и фактор здорового образа жизни . . . . 51

**Л.А. ФЕДЫК, О.А. ШУСТОВА**  
Профилактика стоматологических  
заболеваний у детей: психологические  
и организационные аспекты ..... 54

**Г.Е. РОЙТБЕРГ, Н.В. КОНДРАТОВА**  
Скрининг и профилактика  
рака молочной железы  
в работе врача первичного звена ..... 57

#### УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**И.В. ИВАНОВ, А.Г. ЩЕСОЛЬ**  
Внутренний контроль и профилактика  
инфекций, связанных с оказанием  
медицинской помощи, в поликлиниках ..... 62

**Л.М. ЛАПИНА**  
Совершенствование системы  
показателей для оценки деятельности  
медицинской организации ..... 67

#### СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС

**Я.В. ВЛАСОВ, М.В. ЧУРАКОВ, Т.Н. ГРОМОВА**  
Опыт проведения социологических исследований  
пациентскими НКО (на примере опроса неврологов  
и пациентов с первично-прогрессирующим  
рассеянным склерозом) ..... 72

Требования к оформлению статей  
в журнале «Вестник Росздравнадзора» ..... 79

...формирование здорового образа жизни можно рассматривать как «концепцию социальной политики, основанную на признании высокой социальной значимости здоровья, ответственности за его сохранение со стороны государства, индивидуальной группы и общества в целом»...



THE MAGAZINE VESTNIK  
ROSZDRAVNADZORA  
CELEBRATES 10 YEARS ANNIVERSARY!

Брифинг, посвященный 10-летию  
журнала «Вестник Росздравнадзора» . . . . . 5

HEALTHY LIFESTYLE:  
FROM INFANCY TO OLD AGE

**VORONKOVA S.V., LAKHGAIN B.**  
Improving policy health  
promotion among workers . . . . . 10

**CHEREPOV V.M., NECHAEV V.S.,  
EFREMOV D.V., KALININA M.IU.**  
The measures of initiating  
employers to implement programs  
of shaping healthy life-style . . . . . 15

**ROGINKO N.I.,  
KOROCHKIN A.V., STRELCHENOK A.A.**  
Medical examination of certain  
groups of adult population:  
questions of the organization and control . . . . . 17

**SHALNOVA S.A.,  
DRAPKINA O.M., KONCEVAYA A.V.**  
Monitoring of risk factors  
for chronic non-infectious  
diseases in Russia. Realities  
and prospects. Practical value . . . . . 21

**POLINSKAYA T.A., SHISHOV M.A.,  
PACUS O.I., KRINICHNAYA E.A.**  
The role of the regional  
health center in the system  
of activities aimed at the formation  
of a healthy lifestyle . . . . . 25

**ZAKHAROVA I.N., BEREZHNYAYA I.V.,  
MACHNEVA E.B., KUCHINA A.E., OBLOGINA I.S.**  
Breast milk is the first step  
to health programming  
during the subsequent life . . . . . 28

**NIKISHINA V.B., KLYUEVA N.V.**  
Criterial-genetic model  
of psychological health . . . . . 34

**SOROKIN G.A.**  
Integral assessment of psycho-  
somatic symptoms of occupational  
burnout and its prevention . . . . . 40

**TKACHEVA O.N.,  
KOTOVSKAYA J.V., RUNIHINA N.K.**  
Features of preventive  
consultation of 75 years old  
and older patients are in a primary  
link of health care . . . . . 46

**SLONIMSKIJ A.B., BUZUNOV R.V.**  
Sleep as natural physiological state  
of an organism and factor of healthy lifestyle . . . . . 51

**FEDYK L.A., SHUSTOVA O.A.**  
Prevention of children  
dental diseases: psychological  
and organizational aspects . . . . . 54

**ROYTBERG G.E.,  
KONDRATOVA N.V.**  
Screening and prophylaxis  
of breast cancer in primary care . . . . . 57

QUALITY MANAGEMENT  
OF MEDICAL ACTIVITY

**IVANOV I.V., SHCHESYUL A.G.**  
Internal control and prevention  
of infections associated with health care  
in ambulatory-care clinic . . . . . 62

**LAPINA L. M.**  
Improvement of indicators  
system for assessing the activities  
of a medical organization . . . . . 67

SOCIOLOGICAL POLL

**VLASOV Y.V., CHURAKOV M.V., GROMOVA T.N.**  
Experience of carrying out sociological  
researches by patient NPOs (an example  
of neurologists and patients poll with  
primary progressing disseminated sclerosis) . . . . . 72

Requirements for registration of articles  
in the journal "Vestnik Roszdravnadzor" . . . . . 79



A Discobolus in the  
National Roman  
Museum in Palazzo  
Massimo alle Terme.

The Discobolus of Myron is a Greek sculpture. The original Greek bronze is lost but the work is known through numerous Roman copies. His pose is said to be unnatural to a human, and today considered a rather inefficient way to throw the discus. Also there is very little emotion shown in the discus thrower's face, and "to a modern eye, it may seem that Myron's desire for perfection has made him suppress too rigorously the sense of strain in the individual muscles.

... the formation of a healthy lifestyle can be considered as "a concept of social policy based on the recognition of the high social importance of health, responsibility for its preservation by the state, individual, social group and society as a whole"...



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ ДЛЯ  
СПЕЦИАЛИСТОВ  
В СФЕРЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И ФАРМДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ИЗДАЕТСЯ С 2008 ГОДА

ИЗДАНИЕ ВХОДИТ  
В ПЕРЕЧЕНЬ НАУЧНЫХ  
ЖУРНАЛОВ,  
РЕКОМЕНДОВАННЫХ  
ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ  
ОСНОВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ  
ДИССЕРТАЦИОННЫХ  
ИССЛЕДОВАНИЙ НА  
СОИСКАНИЕ УЧЕНЫХ  
СТЕПЕНЕЙ КАНДИДАТА  
И ДОКТОРА НАУК  
СОГЛАСНО РЕШЕНИЮ  
ПРЕЗИДИУМА ВЫСШЕЙ  
АТТЕСТАЦИОННОЙ  
КОМИССИИ  
МИНОБРНАУКИ РОССИИ  
ОТ 1 ДЕКАБРЯ 2015 г.

ПОЛНОТЕКСТОВАЯ  
И СОКРАЩЕННАЯ  
ВЕРСИИ  
ЖУРНАЛА  
ПРЕДСТАВЛЕНЫ  
НА САЙТАХ  
WWW.ROSZDRAVNADZOR.RU  
WWW.FGU.RU

Учредитель и издатель

ФГБУ «ИМЦЭУАОСМП» Росздравнадзора

Главный редактор

Мурашко М.А., д.м.н.

Редакционный совет

Астапенко Е.М., к.т.н., astapenkoem@roszdravnadzor.ru

Багненко С.Ф., акад. РАН, д.м.н., rector@1spbmgmu.ru

Беленков Ю.Н., акад. РАН, д.м.н., volkovagtk@mail.ru

Бойцов С.А., член-корр. РАН, д.м.н., info@cardioweb.ru

Бошкович Р. (Республика Сербия), к.т.н., radomir.boskovic@gmail.com

Брескина Т.Н., д.м.н., t.breskina@yandex.ru

Брико Н.И., акад. РАН, д.м.н., briko@mma.ru

Гнатюк О.П., д.м.н., info@reg27.roszdravnadzor.ru;

Дайхес Н.А., член-корр. РАН, д.м.н., tismat@hotmail.com

Зарубина Т.В., д.м.н., zarubina@mednet.ru

Иванов Д.О., д.м.н., spb@gpma.ru,

Иванов И.В., к.м.н., i.ivanov@cmkee.ru

Косенко В.В., к. фарм. н., kosenkovv@roszdravnadzor.ru

Крупнова И.В., к. фарм. н., krupnovaiv@roszdravnadzor.ru

Линденбратен А.Л., д.м.н., lindenbraten13@rambler.ru

Мелерзанов А.В., к.м.н., m83071@gmail.com

Молчанов И.В., д.м.н., niiorramn@niiorramn.ru

Павлюков Д.Ю., info3@roszdravnadzor.ru

Пархоменко Д.В., д. фарм. н., parkhomenkovd@roszdravnadzor.ru

Плутницкий А.Н., д.м.н., office@reg77.roszdravnadzor.ru

Рошаль Л.М., д.м.н., leonid.roshal@gmail.com

Сафиуллин Р.С., д.м.н., info@reg16.roszdravnadzor.ru

Серёгина И.Ф., д.м.н., i.seregina@roszdravnadzor.ru

Титова А.В., д. фарм. н., titova1701@yandex.ru;

Умерова А.Р., д.м.н., Roszdrav\_@astranet.ru

Фисенко В.С., к. фарм. н., fvs@roszdravnadzor.ru

Шарикадзе Д.Т., sharikadze@vniimt.org

Ющук Н.Д., акад. РАН, д.м.н., prof.uyshuk@gmail.com

Исполнитель: 000 «Селадо Медиа», orders@celado.ru. Генеральный директор: Балакирев А.А.  
Руководитель проекта: Федотова О.Ф., o.f.fedotova@mail.ru, vestnikrzn@mail.ru.  
Заведующий редакцией: Трубникова А.А., anastasia-vestnikrzn@mail.ru  
Корректор: Нефёдкина Л.П. Дизайн: Самсонова Е.Н. Верстка: Воронков А.А.

СЕЛАДО  
МЕДИА

Адрес учредителя: 109074, Москва, Славянская площадь, 4, стр. 1. www.roszdravnadzor.ru, e-mail: o.f.fedotova@mail.ru, тел.: (499) 578-02-15.  
Издание зарегистрировано в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).  
Регистрационное свидетельство ПИ №ФС77-53457 от 29 марта 2013 г., ISSN 2070-7940.  
Типография 000 «Красногорская Типография», адрес: 143405, Московская область, г. Красногорск, Коммунальный квартал, д. 2. Тираж журнала 2500 экз.

В декабре 2017 г. в рамках X Юбилейной научно-практической конференции с международным участием «Медицина и качество-2017» состоялся брифинг, посвященный 10-летию журнала «Вестник Росздравнадзора»

## Брифинг, посвященный 10-летию журнала «Вестник Росздравнадзора»

**МУРАШКО Михаил Альбертович,  
д.м.н., руководитель Росздравнадзора,  
главный редактор журнала  
«Вестник Росздравнадзора»**

Уважаемые коллеги, вот уже десять лет Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения издает свой печатный орган – журнал «Вестник Росздравнадзора». Это говорит об открытости Службы и готовности к конструктивному диалогу с медицинским и фармацевтическим сообществом. Наличие собственного журнала позволяет нам достаточно оперативно доводить необходимую информацию до всех поднадзорных субъектов – медицинских, фармацевтических, аптечных организаций на всей территории Российской Федерации, чтобы они могли предупреждать возможные правонарушения и добиваться высокого качества оказания медицинской или фармацевтической помощи.

«Вестник Росздравнадзора» работает на острие проблем, которые возникают в обществе, выбирая в качестве главных тем журнала наиболее значимые и актуальные из них. Это дает нам возможность привлекать самых «топовых» авторов, которые являются экспертами в своих направлениях.

Разумеется, ведомственный журнал в принципе не мог бы состояться без активной поддержки территориальных органов Росздравнадзора, которые очень много делают для продвижения журнала в своих регионах. Мы благодарны им за это.

Десять лет журналу – много это или мало? С точки зрения истории – очень мало, а в рамках человеческой жизни это достаточно длительный срок. За это время многое удалось сделать, но впереди предстоит еще больше работы. Мы будем стараться делать все для того, чтобы журнал укреплял свои научные позиции и одновременно не утрачивал прикладное значение. Будем развивать его клиническую и формировать «деловую» направленность. Мы входим в

новое десятилетие с обновленным дизайном журнала и собственным сайтом. В этом году будет зарегистрирована электронная версия журнала. У нас много идей и планов. Уверен, что мы сумеем их реализовать.

**ФЕДОТОВА Ольга Федоровна,  
ответственный редактор журнала  
«Вестник Росздравнадзора»**

Наш журнал был учрежден всего лишь на третий год после создания Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения. Так случилось, что мне было доверено выпускать «Вестник Росздравнадзора» с самого первого номера. В ту пору чрез-



вычайно остро стояла задача донести до медицинского и фармацевтического сообщества информацию о том, каковы полномочия и задачи Службы и в чем именно состоит суть контрольно-надзорной деятельности в условиях административной реформы. Признаюсь честно: не все сотрудники Росздравнадзора разделяли тогда идею выпуска собственного журнала. Но время, как всегда, все расставляет на свои места. Очень скоро «Вестник» стал неотъемлемой частью Службы, охватывая весь спектр правовых, организационных и практических вопросов сферы здравоохранения и фармдеятельности, так

**ФЕДОТОВА О.Ф.  
и МУРАШКО М.А.  
во время  
брифинга.**



или иначе связанных с возложенными на Росздравнадзор государственными функциями.

Мы рады, что за эти десять лет «Вестник Росздравнадзора» не только не утонул в общей массе специализированных изданий, но с каждым годом все больше упрочивал свои позиции. Мы не стремимся сделать наш журнал более популярным. Мы хотим сделать его незаменимым в работе руководителя каждой медицинской и фармацевтической организации. Хотим, чтобы он помогал и фармбизнесу, и медицинским организациям всех уровней строить свою работу в современных условиях.

Мы искренне благодарим всех, кто поддерживал журнал все эти годы: наших дорогих читателей, наших уважаемых авторов и рецензентов, членов Редакционного совета, благодаря которым в каждом номере журнала ощущается пульс реальной жизни нашей отрасли.

Все мы понимаем, сколь велика ответственность за опубликованное слово, какие надежды возлагает Росздравнадзор на редакцию журнала и постараемся оправдать эти ожидания.



**ЛИНДЕНБРАТЕН Александр Леонидович, д.м.н., первый заместитель директора ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко», Москва**

Примечательно, что 10-летие журнала «Вестник Росздравнадзора» мы отмечаем в рамках X Юбилейной научно-практической конференции «Медицина и качество-2017». Мне довелось участвовать в работе всех конференций, начиная с самой первой, которые проводит Росздравнадзор под этим названием. Я могу сказать, что на протяжении этих лет действительно произошли кардинальные изменения, и сегодня Росздравнадзор стал не просто контролирующей организацией, а самым непосредственным участником системы управления качеством медицинской деятельности. И, конечно же, очень большая роль в этом принадлежит журналу «Вестник Росздравнадзора», потому что именно он является своего рода трибуной для медицинского сообщества. Специалисты могут на страницах этого издания говорить друг с другом, говорить с медицинской общественностью, давать необходимую

информацию, получать ее. На мой взгляд, сегодня это один из самых полезных и востребованных журналов; издание, которое в целом отвечает самым взыскательным требованиям. И я искренне надеюсь, что журнал и дальше будет нести это высокое звание.



**БРЕСКИНА Татьяна Николаевна, д.м.н., профессор Российской медицинской академии последипломного образования**

Я была свидетелем развития журнала буквально от истоков, т.к. целое десятилетие являюсь его активным читателем и автором ряда публикаций. Должна сказать, что со страниц этого издания мы получаем не только стратегические послы в контексте развития отрасли и особенно в контексте стратегии Росздравнадзора, но и примеры бесценного практического опыта реализации передовых управленческих технологий.

Самый конструктивный стратегический посыл сегодняшнего дня – «Пора меняться» – был озвучен руководителем Росздравнадзора М.А. Мурашко год назад с трибуны конференции «Медицина и качество-2016» и был растиражирован журналом на всю страну. Это послужило мощным ориентиром на построение интегрированных систем менеджмента в медицинских организациях. Одновременно эта концепция активно поддерживается журналом, систематически публикуем статьи о практическом опыте внедрения системных проектов в организациях здравоохранения России.

Ценность журнала как раз и состоит в гармоничном сочетании стратегии и эффективных технологических решений, в предложении практических подходов с большим прикладным значением. Именно это позволяет журналу играть мощную консолидирующую роль при взаимодействии медицинской общественности и руководства отрасли.

Особо хочется отметить неопределимую методическую поддержку, которую играют материалы, публикуемые в журнале, при подготовке медицинских организаций к проверкам Росздравнадзора. Здесь мож-



но получить практические ответы на многочисленные вопросы «проверочных листов», на основе которых сейчас будут осуществляться проверки контролирующих органов Росздравнадзора. Безусловно, за всем этим стоит огромный труд авторов журнала и сотрудников редакции, которые в своей работе в полной мере демонстрируют все признаки делового совершенства. Желаю всем новых творческих идей и заслуженного признания! С юбилеем!



**УМЕРОВА Аделя Равильевна,**  
д.м.н., руководитель Территориального  
органа Росздравнадзора  
по Астраханской области

За последние 10 лет в здравоохранении произошли и продолжают происходить большие изменения: вводятся новые законодательные и нормативные акты, принимаются очень значимые федеральные программы и проекты. И все время, с выходом каждого номера, «Вестник Росздравнадзора» находится на острие происходящих событий. Этот журнал для нас – уникальная площадка для обмена мнениями. В профессиональной деятельности всегда важно сверять вектор своих действий с достижениями коллег, поэтому нам интересен опыт работы территориальных органов Росздравнадзора других субъектов Российской Федерации. Одновременно журнал дает нам возможность познакомиться с различными аспектами деятельности поднадзорных медицинских организаций, с их подходами к практической реализации тех или иных обязательных требований, а также с практикой построения в организациях систем менеджмента качества медицинской помощи – это направление деятельности сейчас становится все более и более актуальным. Публикуемая на страницах «Вестника» информация положительным образом влияет на повышение профессионального уровня специалистов и позволяет оперативно внедрять инновационные разработки в практику.

Поэтому «Вестник Росздравнадзора» – это наш журнал!



**ГНАТЮК Олег Петрович,**  
д.м.н., руководитель Территориального  
органа Росздравнадзора по Хабаровскому краю

С позиции оценок сегодняшнего дня «Вестник Росздравнадзора» выполняет очень важную роль, поскольку имеет возможность доносить до врачебного сообщества наиболее актуальные проблемы, которые беспокоят специалистов и требуют разрешения. С одной стороны, мы как контрольно-надзорный орган вправе рассчитывать на то, что опубликованная на страницах журнала информация доходит до медицинских и фармацевтических организаций и нередко является для них руководством к действию. С другой стороны, журнал служит инструментом для обратной связи между авторами, т.е. представителями медицинского сообщества, и органами исполнительной власти всех уровней. Конечно, хотелось бы пожелать журналу работать столь же плодотворно и ни в коем случае не останавливаться в своем развитии. Авторитет «Вестника Росздравнадзора» сегодня довольно высок, многие авторы хотят публиковаться в нашем журнале, но он выходит всего один раз в два месяца. Поэтому может быть, в перспективе следует рассмотреть вопрос об увеличении периодичности и объема журнала, расширить его «клинический» рубрикутор, особенно в части оказания качественной специализированной медицинской помощи с описанием лучших практик.

Одновременно не следует забывать, что «Вестник Росздравнадзора» входит в Перечень ВАК, а мы видим, что требования к научным журналам постоянно повышаются, и это правильно. Считаю, что было бы целесообразно наладить сотрудничество с печатными изданиями контрольно-надзорных органов других стран – FDA, например. Возможно, организовать обмен публикациями между ними. Это позволит повысить индекс научного цитирования и поможет журналу выйти на новый уровень развития.





**ДАВЫДОВА Ольга Ивановна,**  
руководитель Территориального органа  
Росздравнадзора по Республике  
Северная Осетия – Алания

Ценность любого печатного издания зависит от многих показателей. Одним из таких показателей является то, как долго тот или иной журнал находится на вашем рабочем столе. «Вестник Росздравнадзора» присутствует на моем рабочем столе постоянно. Он является важным инструментом в контрольно-надзорной деятельности, потому что отражает официальную точку зрения Росздравнадзора по проблемам медицинской деятельности, производства и обращения лекарственных средств и медицинских изделий. Он помогает медицинским и фармацевтическим организациям подготовиться к проверкам и таким образом способствует профилактике правонарушений. Он оказывает неоценимую помощь организаторам здравоохранения и руководителям медорганизаций. Он помогает в лечебной работе. Это тот журнал, выход которого ждешь. Каждый его номер посвящен значимой для здравоохранения теме, все материалы подобраны профессионально, четко, поставленные темы освещаются широко и содержат актуальные на настоящий момент требования. Что

хотелось бы пожелать журналу? Чтобы он еще долгое время радовал нас и выходил чаще, периодичность его должна быть увеличена. И, конечно же, расширения читательской аудитории. Этот чрезвычайно полезный журнал должен быть в каждой медицинской и фармацевтической организации!

**ХРУСТАЛЁВА**  
**Елена Яковлевна,**  
руководитель  
Территориального  
органа Росздравнадзора  
по Новосибирской  
области



За прошедшие 10 лет «Вестник Росздравнадзора» прочно занял достойное место среди отраслевых СМИ. Публикации журнала – источник достоверной информации и качественных материалов по многим актуальным проблемам для руководителей и специалистов сферы здравоохранения России. В журнале печатается только злободневная информация, которая интересует достаточно широкий круг людей – не только надзорные органы, но и медицинское сообщество. Нередко публикации журнала воспринимаются как руководство к действию. Как-то звонит мне главный врач одной достаточно крупной медицинской организации и говорит: а вы читали «Вестник Росздравнадзора»? А почему вы это еще не сделали?

Хочу пожелать журналу оставаться в тренде, поднимать только злободневные вопросы и в дальнейшем поддерживать столь же высокий уровень качества материалов, разнообразие тематики, объективность суждений!



**ТРЕШУТИН Владимир Апполинарьевич,**  
д.м.н., руководитель Территориального органа  
Росздравнадзора по Алтайскому краю

Я сердечно поздравляю наш родной журнал «Вестник Росздравнадзора» с 10-летним юбилеем и хочу сказать, что «Вестник Росздравнадзора» с самого первого номера является своего рода «информационной платформой», благодаря которой мы получаем очень важную и так необходимую для профессиональной деятельности информацию.

Журнал стал неотъемлемым инструментом методического сопровождения и ведения заинтересованного диалога специалистов Росздравнадзора с медицинской и фармацевтической общественностью. Он является своего рода «гидом» и в вопросах, связанных с государственным регулированием в сфере здравоохранения и фармацевтической деятельности, управления качеством в здравоохранении и фармации, стандартизации и лицензирования, информационных технологий и защиты прав пациентов.



В Алтайском крае это один из самых востребованных специализированных журналов. Помимо организаций, напрямую относящихся к системе здравоохранения, его читают организации, имеющие лицензию на медицинскую деятельность, образовательные организации, социальные учреждения. Желаю нашему журналу дальнейшего развития процветания. Впереди у вас большие планы. Я уверен, что у вас все получится!



**ЛУДУПОВА Евгения Юрьевна, к.м.н., заслуженный врач Республики Бурятия, главный врач ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» Министерства здравоохранения Республики Бурятия, г. Улан-Удэ**

Желаем дорогому журналу «Вестник Росздравнадзора» дальнейших успехов! Мы очень благодарны ему за практическую помощь, которую он оказывает нам, медицинским работникам, в нашей повседневной работе. Это издание уважают как в столице, так и в регионах, его читают как молодые врачи, так и профессионалы с многолетним опытом. С одной стороны, со страниц журнала мы узнаем о лучших практиках, которые реализуются другими медицинскими организациями, с другой стороны, имеем возможность поделиться собственным опытом. Это заставляет нас постоянно совершенствовать свою работу, способствует нашему профессиональному росту, предоставляет нам возможность для общения с коллегами из разных регионов России, расширяет сферу наших деловых контактов. Я искренне благодарю редакцию журнала «Вестник

Росздравнадзора» за сотрудничество и от всего сердца желаю дальнейшей успешной работы, высокого профессионализма, крепкого здоровья и благополучия!



**ЮРЦОВА Елена Валерьевна, врач детский офтальмолог Мордовского республиканского клинического перинатального центра, г. Саранск**

Выражаю искреннюю благодарность редакции журнала «Вестник Росздравнадзора» за выпуск столь значимого для практикующих врачей издания. Ориентированный, в первую очередь, на руководящее звено, журнал интересен и нам, клиницистам, открывая дверь в мир динамической медицинской статистики, подробных аналитических обзоров ведущих профильных специалистов и организаторов здравоохранения, в мир злободневных научно-практических вопросов. Номер, посвященный педиатрии, с удовольствием читали всем отделением, отмечая актуальность действительно животрепещущих тем нашей непростой отрасли. Радует глаз приятный внешний вид журнала и особенно внятность и четкость таблиц и диаграмм, что помогает читателям легче воспринимать информацию. Спасибо за Ваше подвижническое стремление связать воедино большую науку и практику, руководящий сектор и специалистов первичного звена, ведь порой нам так сложно услышать друг друга!

Поздравляю весь коллектив редакции с 10-летним юбилеем журнала, желаю творческого долголетия, здоровья и процветания!

С.В. ВОРОНКОВА<sup>1</sup>, магистр общественного здравоохранения,  
заместитель главного врача клиники по развитию  
Б. ЛАХГАЙН<sup>2</sup>, магистр менеджмента в здравоохранении, аспирант

## Совершенствование политики формирования здорового образа жизни среди трудоспособного населения России



С.В. ВОРОНКОВА

«Искусство продлить жизнь — это искусство не сокращать ее»

Альбер-Жюль-Франк Дастр (Физиолог, Член-корреспондент РАН, Франция, 1913)

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, трудоспособное население, государственная политика, корпоративные программы

**Voronkova S.V. Barbara Lachhein. Improving policy health promotion among workers**

The article considers the aspects of legal regulation in matters of public policy in the formation of a health promotion, identify health risks for the among workers. Examines the involvement of employers in maintaining health in the workplace and the role of corporate programmes at enterprises as an effective method of motivation to reduce occupational and behavioral risks of employees. As a result of scientific literature analysis and questionnaire survey and measures to improve policy formation of health promotion in Russia.

**Keywords:** health promotion, workers, public policy, corporate programs

**В статье рассмотрены аспекты нормативного правового регулирования в вопросах государственной политики при формировании здорового образа жизни, определения рисков для здоровья трудоспособного населения. Рассматривается участие работодателей при сохранении здоровья на рабочих местах и роль корпоративных программ на предприятиях как эффективный способ мотивации к снижению производственных и поведенческих рисков работающих. В результате проведенного анализа научной литературы и анкетирования предлагаются мероприятия по совершенствованию политики формирования ЗОЖ в России.**

<sup>1</sup> ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья» Роспотребнадзора, sv3341015@yandex.ru.

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, post@schellenberg17.de

### Введение

Изменение характера все возрастающих нагрузок и ритма жизни, негативное воздействие и многообразии вновь возникающих факторов риска, провоцирующих ухудшение в состоянии здоровья (в т.ч. «болезни цивилизации»: сердечно-сосудистые, нервно-психические, онкологические и др.), требуют как от человека, так и от общества повышенного внимания и актуализации к вопросам здорового образа жизни (ЗОЖ).

Понятие «образ жизни» («укрепление здоровья», «Health promotion» – англ.), где бесспорно ключевой категорией является здоровье, в своей основе содержит такую систему поведения индивидуума, при которой обеспечивается активное долголетие, физическое и духовное благополучие, влияющие не только на эффективный созидательный труд, но и качество жизни в целом.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет функцию укрепления здоровья как «процесс, дающий людям возможность усилить контроль над своим здоровьем и его детерминантами и тем самым улучшить его. Укрепление здоровья предполагает воздействие на детерминанты

как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний, ...а здоровье на 75-80% зависит от питания и образа жизни, на 10% – от генетических факторов, на 5-10% – от экологических условий, на 5-10% – от состояния медицины» [1].

В более широком смысле формирование здорового образа жизни можно рассматривать как «концепцию социальной политики, основанную на признании высокой социальной значимости здоровья, ответственности за его сохранение со стороны государства, индивида, социальной группы и общества в целом и утверждающую необходимость принятия конкретных мер и действий, направленных на создание безопасной и благоприятной среды обитания» [2].

Основные факторы, определяющие и составляющие формирование здорового образа жизни, включают в себя повышение защитных сил организма, отказ от вредных привычек, двигательную активность, условия труда и быта. Можно выделить основные элементы здорового образа жизни:

- 1) соблюдение гигиенических требований (личная гигиена, гигиена питания, гигиена жилища, гигиена труда и т.д.);
- 2) благоприятная и безопасная окружающая среда;
- 3) соблюдение режима, чередование труда и отдыха;
- 4) двигательная активность, занятия физической культурой с учетом возрастных и физиологических особенностей;
- 5) психосоматическое здоровье (гармонизация психоэмоциональных взаимоотношений, профилактика стресса);
- 6) культура сексуального поведения;
- 7) исключение и профилактика табакокурения, алкоголизма, наркомании;
- 8) выполнение профилактических мероприятий (закаливание, иммунопрофилактика, медицинская активность: периодические обследования и т.д.);



Б. ЛАХГАЙН

...«формирование здорового образа жизни можно рассматривать как «концепцию социальной политики, основанную на признании высокой социальной значимости здоровья, ответственности за его сохранение со стороны государства, индивида, социальной группы и общества в целом»...

9) информированность о факторах риска для здоровья, воспитание здоровых привычек и навыков.

Практическая реализация государственной политики по формированию здорового образа жизни в различных странах мира (особенно в развитых) достаточно разнообразна. Так, например, участие большого количества городов мира в проекте ВОЗ «Здоровые города» способствует формированию здорового образа жизни и роли городской среды. В рамках данного проекта в нашей стране многие города являются членами национальной ассоциации «Здоровые города, районы и поселки» и ведут активную работу по пропаганде здорового образа жизни, профилактике хронических заболеваний и созданию благоприятных условий для здоровья жителей.

Согласно официальным данным Организации объединенных наций, трудовые ресурсы составляют 45% всего населения планеты. Неудовлетворительная демографическая ситуация, сложившаяся в нашей стране в последние годы, диктует поиск новых путей повышения качества жизни населения, увеличение продолжительности жизни при активном использовании различных методов профилактики. В России промышленные предприятия насчитывают около 460 тыс. более чем в 11 отраслевых комплексах, с численностью работающих более 71 млн человек.

Особую обеспокоенность вызывает состояние здоровья трудоспособного населения, о чем свидетельствуют данные ежегодных посланий Президента России В.В. Путина к Федеральному собранию: «развитие страны определяется не одними лишь экономическими успехами, но не в последнюю очередь – духовным и физическим здоровьем нации, хотя, разумеется, это все взаимосвязано. Здоровье человека сегодня напрямую связано не только с состоянием общественного здравоохранения, но и с самим образом жизни людей, с экологией, с развитием медицинской науки» [3]. Национальные приоритеты Российской Федерации направлены на «укрепление безопасности и обеспечение устойчивого развития на долгосрочную перспективу, повышение качества жизни, укрепление здоровья населения, обеспечение стабильного демографического развития страны» [4].

Стратегия национальной безопасности говорит о недостаточности трудовых ресурсов и рассматривает здоровье как одну из составляющих нацио-

нальной безопасности. Официальные данные государственной статистики [5] говорят о 71% -м росте человеко-дней нетрудоспособности за последние 15 лет и экономических потерях более 4% ВВП от травм на производстве, профессиональных и профессионально-обусловленных заболеваний.

Несмотря на отмеченные в Стратегии национальной безопасности позитивные тенденции в укреплении здоровья граждан и увеличение средней продолжительности жизни, основными направлениями государственной политики в деятельности органов государственной власти и органов местного самоуправления во взаимодействии с институтами гражданского общества являются повышение качества жизни российских граждан, создание условий для ведения здорового образа жизни, развития массового детско-юношеского спорта, организация пропаганды здорового образа жизни.

Об актуальности проблемы говорят исследования нормативно-правового регулирования и деятельности органов исполнительной власти при формировании здорового образа жизни, роли гигиенического воспитания и другие [6, 7].

Состояние санитарной и гигиенической культуры отдельных граждан и профессиональных коллективов зависит от имеющихся и применяемых экономико-правовых и социально-психологических возможностей, предпосылок и мотиваций. Достижение более высоких показателей возможно при условиях непрерывности, постоянства и полноты охвата населения санитарно-просветительной работой, мотивацией к ведению здорового образа жизни.

Среди основных вопросов информационно-коммуникационной стратегии [8] выделяют информирование граждан о наличии факторов риска развития заболеваний, существующих методах диагностики и коррекции при обеспечении доступной медицинской помощи, предупреждение и снижение уровня немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, снижение употребления алкоголя и табака, снижение уровня психоэмоциональной нагрузки, повышение физической активности, приверженность рациональному питанию.

Вопросы формирования здорового образа жизни содержатся и в других нормативных правовых актах Российской Федерации [9-13]. Однако в федеральных документах отсутствуют меры стимулирования работодателей.



За рубежом активно внедряются программы укрепления здоровья на рабочем месте, о необходимости которых говорится в декларации ВОЗ [14]. Выгода от реализации таких программ очевидна, а государственная политика развитых стран направлена на инвестиции в человеческий капитал с помощью поддержки предприятий.

Исследования, проведенные в рамках проекта «Влияние мер государственной политики на формирование здорового образа жизни» [15] показывают, что «крайне важному инструменту воздействия на образ жизни работающих граждан и состояние их здоровья – программам здоровья на рабочем месте – до сих пор уделялось недостаточно внимания. Особенность современной российской политики в сфере здорового образа жизни состоит в ее направленности преимущественно на население (индивидов, домохозяйства), тем самым недооценивается потенциал работодателей в формировании образа жизни работников».

Таким образом, целесообразно внедрение программ по формированию здорового образа жизни не только в центрах медицинской профилактики для населения в целом, образовательных учреждениях при гигиеническом воспитании и обучении детей и молодежи, но и на предприятиях для работающих и служащих. Кроме того, как отмечается в

## В зависимости от специфики деятельности предприятий и учреждений, программы могут в себя включать различные мероприятия по выявлению и снижению факторов риска здоровью, как связанных с трудовой деятельностью, так и поведенческих.

научной литературе, «деятельность центров здоровья имеет крайне низкую популярность... и в большей степени ориентирована на диагностику факторов риска заболеваний, а не на формирование здорового образа жизни» [16].

В зависимости от специфики деятельности предприятий и учреждений, программы могут в себя включать различные мероприятия по выявлению и снижению факторов риска здоровью, как связанных с трудовой деятельностью, так и поведенческих.

В настоящее время в России одним из мероприятий по оценке вредных факторов на рабочем месте является проведение специальной оценки условий труда и информирование об этом работника. Однако, во-первых, отсутствие медицинского образования у инженеров по охране труда не позволяет проводить целенаправленные беседы о возможных последствиях для здоровья при работе во вредных и/или опасных условиях труда и мероприятиях по их профилактике. Во-вторых, вопросы формирования здорового образа жизни в соответствии с законодательством РФ включены в обя-

зательные программы профессиональной гигиенической подготовки лишь декретированных контингентов.

Вторым инструментом по выявлению факторов риска и уже не только связанных с производственной деятельностью, но и поведенческих, являются предварительные и периодические медицинские осмотры и диспансеризация государственных служащих. При этом, как показывают исследования, зависимость от работы и работодателя подобных пациентов (работников, служащих), формальное отношение медицинских работников [17] не позволяет установлению доверительных отношений с врачом, не создает настрой на восприятие информации и не формирует мотивацию по снижению рисков. В обществе не сформирована культура здорового образа жизни.

При проведении анкетирования специалистами ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья» 163 инженеров по охране труда в Учебных центрах по охране труда в Санкт-Петербурге установлено, что только 78% респондентов проходят обязательные ежегодные периодические медицинские осмотры. Интересуются и получают информацию о здоровом образе жизни и факторах влияющих на здоровье: 11% – на учебных занятиях, 30% – из средств массовой информации, 43% – самостоятельно через поиск в интернете, 8% – из специальной литературы и только 2% – на приеме у врача.

Между тем, в исследованиях отмечается, что «привлечение внимания курильщика к риску причинения вреда здоровью посредством минутного консультирования во время приема врача, помогают 4% пациентов отказаться от пагубной привычки [18]. Наиболее действенными методами борьбы с вредным употреблением алкоголя в обществе в 88,6% является консультирование медицинскими работниками, в 77% случаев – обучение на рабочих местах» [19].

Среди причин, мешающих придерживаться здорового образа жизни, в 50% ответов указывается на отсутствие необходимого упорства (воли, настойчивости), 30% случаев приходится на недостаток времени, 16% – материальные трудности, 4% – отсутствие необходимых условий.

На вопрос о двигательной активности и занятиях физкультурой (спортом) респонденты ответили так: 26% респондентов не занимаются, 68% – занимаются время от времени (фитнес, танцы), 6% занимаются постоянно (теннис, лыжи, плавание, велосипед). Возможные поощрения работникам на предприятиях, ведущим ЗОЖ: 6% – предусмотрены (премирование, грамоты); 94% – не предусмотрены.

В последнее время все более широкое распространение имеет корпоративный спорт (корпоративные соревнования, турниры, олимпиады): внутри компаний, отраслевые, межкорпоративные. Ярким примером для мотивации работодателей может быть демонстрация активной внутрикорпоративной политики по улучшению условий и охраны труда, формированию здорового образа жизни сотрудников организаций на ежегодном конкурсе



Минтруда России «Российская организация высокой социальной эффективности» [15].

Несмотря на это, некоторые исследования указывают на отсутствие в Российской Федерации национальных государственных программ, предусматривающих меры поддержки укрепления здоровья на предприятиях. При этом «большинство работодателей не имеют достаточных знаний и информации о принципах и подходах к реализации программ укрепления здоровья на рабочих местах, некоторые не осознают выгоды от реализации данных программ и не считают нужным инвестировать в здоровье работников» [20]. В большей части опрошенных (61% случаев) курение на предприятиях не ограничивается, 39% руководителей применяют меры дисциплинарного воздействия (57% – выговор, 39% – сокращение премии, 1% – временный перевод на низшую должность, 16% – другое: устное замечание, общественное порицание, штраф и другие) [16].

Однако «о массовой физической культуре и других аспектах физкультурного движения в газетах уделяется чуть более 2,0%; не более 3% всех сообщений в газетах приходится на освещение вопросов здорового образа жизни, оздоровительной и спортивно-массовой работы. Как правило, не ведется целенаправленной разъяснительной работы по вовлечению трудящихся в активные занятия спортом. Отсюда, как следствие, недооценка ими пользы включения физических упражнений в режим своего труда и отдыха, неправильное питание, несоблюдение элементарных гигиенических требований, злоупотребление курением алкоголем и т.д.» [21]. Отмечается определенная тенденция: более широко применяются корпоративные программы ЗОЖ на крупных (более 700 человек) и «зрелых» (образованных до 1991 г.) предприятиях. По территориям среди крупных предприятий лидирует Дальневосточный ФО, самая низкая популярность программ в Санкт-Петербурге. В среднем и малом бизнесе основными барьерами к внедрению программ ЗОЖ выявлены: недостаток финансирования (66%), незаинтересованность сотрудников (22%), отсутствие опыта внедрения программ (21%) [16].

## Выводы

Таким образом, проведенный анализ показал, что формирование ЗОЖ у трудоспособного населения осуществляется сегодня в мире не только в рамках государственной политики, но также с большой востребованностью корпоративных программ на

предприятиях. Вместе с тем по-прежнему неоднозначное отношение к факторам риска ввиду низкого информирования и мотивации работников и финансовые трудности работодателей, а также отсутствие поддержки государства, не позволяют в достаточной мере говорить о широком применении корпоративных программ ЗОЖ на предприятиях. Среди основных направлений, требующих разработки можно выделить следующие.

1. При формировании государственной политики:

- поддержка государством корпоративных программ по формированию ЗОЖ трудоспособного населения (например, льготное налогообложение и стимулирование программ здоровья, софинансирование программ на малых и средних предприятиях);
- разработка национальной программы укрепления здоровья на рабочих местах с учетом факторов риска;
- более широкое информирование в СМИ и обмен лучшими практиками по ЗОЖ среди компаний;
- организация совместных конференций, семинаров органов государственной власти и передовых опытных по программам ЗОЖ предприятий;
- разработка программ по формированию ЗОЖ и проведение занятий на предприятиях по гигиеническому воспитанию разъяснительной работы по вовлечению трудящихся и служащих;
- включение в стандарты медицинской помощи обязательных рекомендаций по выявлению факторов риска и вопросов ЗОЖ при каждом приеме врача;

2. При совершенствовании корпоративных методов управления:

- внедрение и активное применение инструментов мотивации работников (личный пример и участие руководителей, информирование о ЗОЖ и снижении рисков, денежные и иные стимулы и штрафы и др.);
- распространение обновляемой информации о пользе ЗОЖ в общественных местах и помещениях предприятий, а также с помощью распространения печатных изданий отрасли (предприятия, сети);
- организация (или финансирование) горячего рационального питания на предприятиях (в т.ч. малого и среднего бизнеса);
- полное или частичное финансирование расходов на занятия физической культурой работников;
- для более полного анализа организация исследований и проведение мониторинга состояния здоровья работающих при применении программ по формированию ЗОЖ и др.

## ИСТОЧНИКИ

1. Обзор потенциала и услуг общественного здравоохранения в Европейском регионе. В03, 2012. – 146 с.
2. Социология: Энциклопедия. — Минск: Интерпрессервис; Книжный Дом. //А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелькин, Г.Н. Соколова, О.В. Терещенко. 2003. \_\_\_ с.
3. Послание Президента РФ Федеральному Собранию «Не будет ни революций, ни контрреволюций» // «Российская газета», №66, 04 апреля 2001 г.
4. Указ Президента РФ от 31.12.2015 №683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 31.12.2015 (дата обращения 28.12.2017)
5. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. URL: [http://www.gks.ru/free\\_doc/doc\\_2016/social/utoch-osn-12-2016.pdf](http://www.gks.ru/free_doc/doc_2016/social/utoch-osn-12-2016.pdf) (дата обращения 28.12.2017)
6. Воронкова С.В. Нормативно-правовое регулирование и роль гигиенического воспитания трудящихся при формировании

- здорового образа жизни // Санитарный врач. М., 2017. – №10. С. 69-73.
7. Воронкова С.В. Особенности и проблемные вопросы осуществления отдельных видов государственного контроля и надзора в сфере охраны здоровья трудящихся // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Нижний Новгород, 2017. №5. С. 85-92.
  8. Приказ Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 №597н (ред. от 30.09.2015) «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».
  9. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 №1662-р (ред. от 10.02.2017) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (вместе с «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года») // Собрание законодательства РФ, 24.11.2008. №47. ст. 5489.
  10. Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 №1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 29.12.2017 (дата обращения 02.01.2018)
  11. Федеральный закон от 23.02.2013 №15-ФЗ (ред. от 28.12.2016) «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» // Собрание законодательства РФ, 25.02.2013. №8. ст. 721.
  12. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 29.12.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ, 28.11.2011. №48. ст. 6724.
  13. Федеральный закон от 30.03.1999 №52-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» // Собрание законодательства РФ, 05.04.1999. №14. ст. 1650.
  14. ВОЗ: Здоровье работающих: глобальный план действий на 2008-2017 гг. // WNA60.26. – 2007. – 12 с.
  15. Засимова Л.С., Хоркина Н.А., Калинин А.М. Роль государства в развитии программ укрепления здоровья на рабочем месте // Вопросы государственного и муниципального управления. 2014. №4. С. 69–94 с.
  16. НИУ ВШЭ Заключительный отчет «Рекомендации по совершенствованию политики формирования здорового образа жизни для предупреждения неинфекционных заболеваний» // М., 2013. – 245 с.
  17. Воронкова С.В. Анализ удовлетворенности работников, работодателей и медработников эффективностью проведения медицинских освидетельствований в Санкт-Петербурге // Медицина труда и промышленная экология. 2017 №9 С. 39.
  18. WHO (2009). Interventions on Diet and Physical Activity: What Works.
  19. Czech S., Shakeshaft A.P., Breen C., Sanson-Fisher R.W. (2010). Whole-of-community approaches to reducing alcohol-related harm: What do communities think? // Journal of Public Health, 18, pp. 543–551.
  20. Официальный сайт Министерства труда и социальной защиты РФ <https://rosmintrud.ru/events/550> (дата обращения 28.12.2017).
  21. Чернышева Л.Г. Средства массовой информации в инновационном развитии в сфере физической культуры и спорта // Царскосельские чтения. 2011. №XV. С. 465-469.

### ВЛАДИМИР ПУТИН ПОСТАВИЛ ЗАДАЧУ ВОЙТИ ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ В КЛУБ СТРАН «80+»

Президент России Владимир Путин в послании Федеральному собранию 1 марта 2018 г. указал на высокие темпы роста продолжительности жизни россиян. Глава государства считает необходимым удержать эту динамику.

«В последние годы темпы роста средней продолжительности жизни в России — одни из самых высоких в мире. Нам удалось этого добиться», — подчеркнул он.

Владимир Путин напомнил, что в 2000 г. продолжительность жизни россиян составляла немногим более 65 лет, а у мужчин – порядка 60. За 7 лет показатель удалось увеличить до 73 лет.

«Сегодня мы обязаны поставить перед собой цель принципиально нового уровня: к концу следующего десятилетия Россия должна уверенно войти в клуб стран «80+», где продолжительность жизни превышает 80 лет. Это такие страны, как Япония, Франция, Германия», — уточнил глава государства.

«При этом, отметил он, опережающими темпами должна расти продолжительность именно здоровой, активной, полноценной жизни. Убеден, такая цель, учитывая положительную динамику прошлых лет, достижима. И для этого всей России предстоит сделать большой шаг в своем развитии, чтобы качественно изменилась жизнь каждого человека», — резюмировал Владимир Путин. Он отметил, что «наш нравственный долг — всемерно поддержать старшее поколение, которое внесло огромный вклад в развитие страны. У пожилых людей должны быть достойные условия для активного, здорового долголетия. Главное, мы должны добиться увеличения размеров пенсий, обеспечить их регулярную индексацию, причем выше темпов инфляции. Будем стремиться и к тому, чтобы сокращался разрыв между размером пенсии и заработной платой, которая была у человека перед выходом на пенсию. И, конечно, нужно повысить качество медицинского и социального обслуживания пожилых людей, помочь тем, кто одинок и оказался в сложной жизненной ситуации».

<http://government.ru>

**В.М. ЧЕРЕПОВ**<sup>1</sup>, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой управления в здравоохранении и индустрии спорта  
**В.С. НЕЧАЕВ**<sup>2</sup>, д.м.н., профессор, заведующий отделом изучения проблем образа жизни и охраны здоровья населения  
**Д.В. ЕФРЕМОВ**<sup>3</sup>, к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела изучения проблем образа жизни и охраны здоровья населения  
**М.Ю. КАЛИНИНА**<sup>4</sup>, начальник отдела социальной политики

## Меры стимулирования работодателей к внедрению программ формирования здорового образа жизни

**Ключевые слова:** охрана здоровья работающего населения, формирование здорового образа жизни

*Cherepov V.M., Nechaev V.S., Efremov D.V., Kalinina M.Iu. The measures of initiating employers to implement programs of shaping healthy life-style. The article presents results of expert appraisal of measures of initiating employers to implement programs of shaping healthy life-style programs in enterprises. The expert survey demonstrated actuality of issues of health promotion of employees for employers. The intention to develop one's own health services and interest to implementation of healthy life-style programs are noted. The most called-for are financial incentives: reimbursement of funds for prevention by the foundation of social insurance of the Russian Federation, decreasing of payments rate to the foundation of mandatory medical insurance and also exclusion from taxable base for calculation of profit tax of payment the costs of activities related to formation of healthy life-style. The experts emphasized significance of such measures as development of standard of health promotion management containing main directions and professional standard of specialist in the field of health promotion with corresponding competences.*

**Keywords:** health promotion; working population; development of healthy life-style

Несмотря на предпринимаемые меры по совершенствованию социальной политики, Россия по-прежнему стоит перед лицом серьезных демографических и социально-экономических вызовов, среди которых серьезную озабоченность вызывает нарастающий дефицит рабочих кадров, обусловленный, в т.ч., высокой смертностью населения в трудоспособном возрасте. При этом отсутствие всесторонней концепции прогрессивного развития отрасли здравоохранения, где основное внимание, по мнению академика РАН О.П. Щепина, должно быть уделено вопросам организации охраны здоровья граждан при различных формах собственности, а также вопросам управления, планирования, финансирования и организации медицинской помощи, не позволяет разграничить зоны ответственности государства, бизнеса и граждан за сохранение здоровья, что приводит к низкой результативности и эффективности расходования ресурсов всеми участниками [1, 2]. Вместе с тем значение динамично развивающейся частной системы здравоохранения за последние годы серьезно возросло, что требует переоценки ее влияния на общественное здоровье.

Особое место занимает корпоративная медицина. Потери рабочего времени, снижение производительности труда, связанные с заболеваемостью работников, стимулируют работодателей искать пути решения указанных проблем и активно развивать медицинские службы компаний, в задачи которых входит организация профилактики, диагностики, а также лечения заболеваний, в т.ч. санаторно-курортного, что оказывает серьезное влияние на состояние здоровья сотрудников, продолжительность жизни и трудовой деятельности. Однако, в силу разнообразия корпоративных подходов к охране здоровья работников, приоритетов в выборе целей профилактических программ и использования различных критериев эффективно-

В статье представлены результаты экспертной оценки мер стимулирования работодателей к внедрению программ формирования здорового образа жизни на предприятиях. Экспертный опрос показал актуальность для работодателей вопросов охраны здоровья работников, отмечено намерение развивать собственные службы охраны здоровья и интерес к внедрению программ здорового образа жизни. Наиболее востребованными, по результатам опроса, стали финансовые стимулы: возмещение средств на профилактику Фондом социального страхования РФ, снижение ставки отчислений в Фонд обязательного медицинского страхования, а также исключение расходов на оплату мероприятий по формированию ЗОЖ из налогооблагаемой базы для исчисления налога на прибыль. Также экспертами отмечено значение таких мер, как разработка стандарта по управлению охраной здоровья, содержащего основные направления и профессионального стандарта специалиста по охране здоровья с соответствующими компетенциями.

сти, оценить вклад корпоративной медицины в общественное здоровье на федеральном либо региональном уровне крайне сложно. Тем не менее очевидна необходимость расширения участия бизнеса в программах оздоровления работающего населения. Учитывая, что данная деятельность выходит за рамки обязательных требований и носит добровольный характер, необходим поиск механизмов стимулирования бизнеса к внедрению программ формирования здорового образа жизни (ЗОЖ).

К основным мерам стимулирования, применяемым в международной практике [3], можно отнести:

- финансирование прикладных исследований по разработке, оценке программ укрепления здоро-

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Государственный университет управления»

<sup>2</sup> Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко, vn52@yandex.ru

<sup>3</sup> Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко, d-efremov@yandex.ru

<sup>4</sup> Государственная корпорация по атомной энергии «Росатом», mykalinina@rosatom.ru





вья на рабочем месте и широкое информирование работодателей о результатах;

- включение мероприятий по укреплению здоровья занятого населения в комплексные национальные программы и со-финансирование государством пилотных проектов;
- организация конкурсов, грантовая поддержка и налоговые льготы.

Востребованность указанных мер в отношении российских компаний частично подтвердилась результатами экспертных опросов, проведенных Национальным НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко совместно с Центром социального проектирования «Платформа» при участии ООР «Российский союз промышленников и предпринимателей» и ООМСП «ОПОРА РОССИИ», которые выявили высокую актуальность для работодателей проблем сохранения здоровья работников. В пилотном исследовании приняли участие 20 экспертов – руководителей / заместителей руководителя департаментов по работе с персоналом и департаментов охраны труда и промышленной безопасности крупных промышленных предприятий. Исследование проводилось при участии специалистов Центра социального проектирования «Платформа».

Основными мотивами внедрения мер профилактики заболеваний и укрепления здоровья являются снижение экономических потерь от заболеваемости с временной утратой трудоспособности и необходимость повышения производительности труда.

Наиболее востребованными, по результатам опроса, стали финансовые стимулы: возмещение средств на профилактику Фондом социального страхования РФ, снижение ставки отчислений в Фонд обязательного медицинского страхования, а также исключение расходов на оплату мероприятий по формированию ЗОЖ из налогооблагаемой базы для исчисления налога на прибыль.

При этом не менее важны и нефинансовые стимулы, среди которых можно выделить следующие:

1. Снижение категории риска деятельности, установленную надзорным органом (Роспотребнадзор, Роструд) с последующим сокращением плановых проверок. Компаниям, обеспечивающим открытость информации о ключевых показателях здоровья, проводимых мероприятиях по формированию ЗОЖ (либо внедрившим стандарт управления охраной здоровья) и публикующим регулярную отчетность, необходимо снижать категорию риска деятельности, установленную надзорным органом (Роспотребнадзор, Роструд) и уменьшать периодичность плановых проверок.

2. Мониторинг на федеральном и региональном уровнях показателей здоровья работников предприятий, согласованных региональными трехсторонними комиссиями либо отраслевыми объединениями работодателей совместно с отраслевыми профсоюзами, и формирование регулярного рейтинга.

3. Разработка и внедрение стандарта подготовки специалиста по управлению охраной здоровья, чьи компетенции должны выходить за рамки охраны труда и включать навыки управления персоналом, расчета экономической эффективности программ формирования ЗОЖ, оценки рисков заболеваний.

Эксперты отметили важность общественного признания результатов работы предприятий в области охраны и укрепления здоровья работников Министерством здравоохранения РФ.

Результаты экспертной оценки позволили определить наиболее востребованные меры стимулирования работодателей к формированию здорового образа жизни как финансового, так и нефинансового характера.

При этом стратегически необходимо при внедрении мер стимулирования учитывать роль всех сторон социального партнерства в формировании здорового образа жизни и нацеливать их на взаимодействие в решении данной задачи.

## ИСТОЧНИКИ

1. Щепин О.П. О развитии здравоохранения Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – №5 – С.3-7.
2. Хабриев Р.У., Линденбратен А.Л., Комаров Ю.М. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – №3. – С. 3-5.
3. Засимова Л.С., Хоркина Н.А., Калинин А.М. Роль государства в развитии программ укрепления здоровья на рабочем месте // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2014. – №4. – С. 69-94.

Н.И. РОГИНКО<sup>1</sup>, заместитель начальника  
 А.В. КОРОЧКИН<sup>2</sup>, заместитель начальника  
 А.А. СТРЕЛЬЧЕНОК<sup>3</sup>, главный специалист-эксперт

## Диспансеризация определенных групп взрослого населения: вопросы организации и контроля

**Ключевые слова:** диспансеризация, профилактика хронических неинфекционных заболеваний, факторы риска, контроль за проведением диспансеризации

**Roginko N.I., Korochkin A.V., Strelchenok A.A. Medical examination of certain groups of adult population: questions of the organization and control**

The aspects concerning the regulatory legal base regulating medical examination of certain groups of adult population are described in this article. The purposes of medical examination, its frequency and staging are also raised. The events held by Roszdravnadzor regarding medical examination control of certain adult population groups are considered, the main violations revealed during control actions are listed.

**Keywords:** medical examination, preventive measures of chronic noninfectious diseases, risk factors, medical examination control

В соответствии с п. 8, ст. 16 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» (далее – Федеральный закон №323-ФЗ), к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья относится организация осуществления мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни.

Важнейшим инструментом в профилактике хронических неинфекционных заболеваний является диспансеризация определенных групп взрослого населения (далее – диспансеризация).

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в т.ч. медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации (ст. 46 Федерального закона №323-ФЗ).

Важной особенностью диспансеризации является не только раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, но и проведение гражданам, имеющим указанные факторы риска, краткого профилактического консультирования, а также для граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний проведение индивидуального углубленного профилактического консультирования или группового профилактического консультирования (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья.

Частота выявления болезней системы кровообращения в ходе проведения диспансеризации по итогам 2016 г. составила 4 548,7 случаев (на 100 тыс. населения); частота выявления злокачественных опухолей в ходе проведения диспансе-

ризации по итогам 2016 г. составила 138 случаев (на 100 тыс. населения). Также следует отметить частоту выявления риска пагубного потребления алкоголя в 2016 г. – 1 058,8 случаев (на 100 тыс. населения), а также частоту выявления риска потребления наркотических средств – 118,1 случаев (на 100 тыс. населения). Данные показатели напрямую влияют как на снижение общей смертности в Российской Федерации, так и на снижение смертности от наиболее распространенных причин. Например:

• показатель общей смертности в Российской Федерации в 2017 г., в сравнении с аналогичным периодом 2016 г., снизился на 3,5%;

• показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний снизился на 4,8%;

• показатель смертности от злокачественных новообразований снизился на 2,4%.

Начиная с 2012 г., порядок проведения диспансеризации был утвержден следующими нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации:

• приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012 №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (утратил силу с 01.04.2015);

• приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012 №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (утратил силу с 01.04.2015);

• приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012 №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (утратил силу с 01.04.2015);

• приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012 №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (утратил силу с 01.04.2015);

• приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012 №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (утратил силу с 01.04.2015);

• приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012 №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (утратил силу с 01.04.2015);

• приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012 №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (утратил силу с 01.04.2015);

• приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012 №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (утратил силу с 01.04.2015);

<sup>1</sup> Управление контроля за реализацией государственных программ в сфере здравоохранения Росздравнадзора, roginkoni@roszdravnadzor.ru

<sup>2</sup> Отдел контроля за реализацией программы модернизации здравоохранения и деятельности органов исполнительной власти в сфере здравоохранения Росздравнадзора, korochkinav@roszdravnadzor.ru

<sup>3</sup> Отдел мониторинга и регистрации цен на медицинскую продукцию Управления контроля и реализации цен на медицинскую продукцию Росздравнадзора, strelchenokaa@roszdravnadzor.ru



• приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015 №36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (утратил силу с 01.01.2018).

В настоящее время диспансеризация проводится в соответствии с Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 №869н, в т.ч. путем углубленного обследования состояния здоровья граждан.

## Низкий процент выполнения II этапа диспансеризации приводит к несвоевременной диагностике и выявлению ряда заболеваний, в т.ч. сердечно-сосудистых и онкологических.

К целям диспансеризации относятся:

1) раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее – хронические неинфекционные заболевания), факторов риска их развития, включающих повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, риск пагубного потребления алкоголя, нерациональное питание, низкую физическую активность, избыточную массу тела или ожирение (далее – факторы риска), а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

2) определение группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, а также для здоровых граждан;

3) проведение профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития;

4) определение группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском.

Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года в возрасте с 21 до 74 лет. Исключение составляют инвалиды Великой Отечественной войны; лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда», признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий); бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период

Второй мировой войны. Указанные граждане проходят диспансеризацию ежегодно, вне зависимости от возраста.

Диспансеризация осуществляется в два этапа:

Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза на втором этапе диспансеризации. Первый этап заканчивается приемом (осмотром) врача-терапевта, включающим определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения и проведение краткого профилактического консультирования.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования и включает в себя проведение по определенным на первом этапе показаниям целого ряда инструментально-лабораторных методов исследования и осмотров специалистов.

*Низкий процент выполнения II этапа диспансеризации приводит к несвоевременной диагностике и выявлению ряда заболеваний, в т.ч. сердечно-сосудистых и онкологических.*

Диспансеризация взрослого населения проводится медицинскими организациями (иными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность) независимо от их организационно-правовой формы, участвующими в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части оказания первичной медико-санитарной помощи, при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей работы (услуги) по «медицинским осмотрам профилактическим», «терапии», «акушерству и гинекологии» или «акушерству и гинекологии (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий)», «акушерскому делу» или «лечебному делу», «офтальмологии», «неврологии», «хирургии», «рентгенологии», «клинической лабораторной диагностике» или «лабораторной диагностике», «функциональной диагностике», «ультразвуковой диагностике», «эндоскопии».

В случае отсутствия у медицинской организации, проводящей диспансеризацию, лицензии на осуществление медицинской деятельности по отдельным видам работ (услуг), необходимым для проведения диспансеризации в полном объеме, медицинская организация заключает договор с иной медицинской организацией, имеющей лицензию на требуемые виды работ (услуг), о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению диспансеризации.

Гражданин проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первич-



ную медико-санитарную помощь (участковый принцип организации диспансеризации). В то же время следует иметь в виду, что гражданин может проходить диспансеризацию в медицинской организации, выбранной им для получения первичной врачебной или доврачебной медико-санитарной помощи в соответствии с программой государственных гарантий Российской Федерации.

Диспансеризация проводится при наличии информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя (в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство), данного с соблюдением требований, установленных ст. 20 Федерального закона №323-ФЗ. Гражданин вправе отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации.

Следует отметить, что Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения разработаны чек-листы для органов исполнительной власти Российской Федерации в сфере здравоохранения для контроля за исполнением мероприятий по проведению диспансеризации.

К мероприятиям, осуществляемым Росздравнадзором с целью контроля за проведением диспансеризации, относятся:

- контрольно-надзорные мероприятия в отношении медицинских организаций и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан;
- ежемесячный мониторинг хода проведения диспансеризации, включающий в себя: информацию о контрольных мероприятиях, осуществляемых территориальными органами Росздравнадзора; аналитическую информацию органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан;
- обмен информацией с ТФОМС о ходе проведения диспансеризации (запрашиваемой в рамках межведомственного взаимодействия).

*Следует отметить, что большую роль в информировании застрахованных лиц, подлежащих диспансеризации в текущем году, в т.ч. не прошедших диспансеризацию, или законных представителей этих застрахованных лиц, о возможности прохождения диспансеризации играют страховые представители.*

По оперативной информации, полученной территориальными органами Росздравнадзора от органов власти в сфере здравоохранения, в Российской Федерации включено в план диспансеризации 64% граждан от общего количества граждан, подлежащих диспансеризации.

Прошли I этап диспансеризации 66% граждан от включенных в план диспансеризации в медицинской организации.

В 6 субъектах Российской Федерации план диспансеризации исполнен менее чем на 50%.

С применением передвижного мобильного медицинского комплекса прошли диспансеризацию 6% граждан от прошедших I этап. Передвижные мо-

бильные медицинские комплексы при проведении диспансеризации не использовались в 16 регионах.

*Передвижные медицинские комплексы предназначены для проведения комплексной диспансеризации жителей населенных пунктов, расположенных на значительном удалении от медицинской организации, имеющих низкую транспортную доступность, а также при отсутствии в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-социальную помощь, необходимых для проведения диспансеризации оборудования и врачей-специалистов.*

Всего сформировано 2 714 мобильных медицинских бригад. Данные бригады отсутствуют в 6 регионах.

За отчетный период направлены на II этап диспансеризации 34% от прошедших I этап, прошли II этап 87% от направленных.

*Большую роль в профилактике сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний играют кабинеты по отказу от курения, находящиеся в медицинских организациях.*

Основными задачами кабинета по отказу от курения являются:

- оказание целенаправленной мотивационной поддержки по предупреждению или прекращению курения, с использованием результатов обследования пациента;
- оказание помощи по отказу от потребления табака в виде краткого консультирования (стратегия краткого вмешательства);
- оказание помощи по отказу от потребления табака в виде интенсивного консультирования и/или медикаментозной терапии при желании и готовности пациента приступить к лечению табачной зависимости;

**...большую роль в информировании застрахованных лиц, подлежащих диспансеризации в текущем году, в т.ч. не прошедших диспансеризацию, или законных представителей этих застрахованных лиц, о возможности прохождения диспансеризации играют страховые представители...**

- направление пациента на специализированный прием по отказу от курения (кабинета медицинской профилактики) для формирования мотивации и готовности к отказу от курения и лечения табакокурения – если пациент не готов к лечению табакокурения;
- регистрация действий по оказанию помощи в отказе от потребления табака в амбулаторной карте;
- активное выявление курящих, в т.ч. лиц, подвергающихся воздействию окружающего табачного дыма (пассивных курильщиков);



В медицинских организациях субъектов Российской Федерации сформировано 1 496 кабинетов по отказу от курения



- выявление факторов риска развития хронических неспецифических заболеваний (включая генетические, конституциональные, детского анамнеза), а также ранних признаков ХНИЗ и риска развития хронических неспецифических заболеваний, формирование целевых групп для лечения табакокурения;

- оценка риска сердечно-сосудистой и бронхолегочной заболеваемости и смертности (включая применение системы оценки суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний SCORE и спирометрии) – обязательные процедуры на этом этапе.

Всего в медицинских организациях субъектов Российской Федерации сформировано 1 496 кабинетов по отказу от курения.

В 2017 г. Росздравнадзором осуществлено 216 контрольных мероприятий. Из них 187 – плановых, 29 – внеплановых. По результатам проверок выдано 92 предписания, составлено 15 протоколов.

Выявлены следующие нарушения:

- отсутствие ведомственного контроля на уровне субъекта;
- отсутствие внутреннего контроля на уровне медицинской организации;
- отсутствие добровольного информированного согласия;
- выполнение менее 85% от объема обследования, предусмотренного I этапом;
- выявляются факты ненаправления граждан на II этап при необходимости проведения дополнительных мероприятий;
- не проводится полный установленный перечень диагностических исследований и не выполняется полный объем медицинских мероприятий на II этапе, рекомендованных по итогам I этапа;
- неверное распределение по группам здоровья;
- недооценка факторов риска развития неинфекционного заболевания;

- отсутствие краткого профилактического консультирования;

- отсутствие углубленного профилактического консультирования;

- отсутствие рекомендаций по дальнейшему наблюдению и лечению;

- низкая активность при привлечении граждан к прохождению диспансеризации;

- отсутствие необходимого для проведения диспансеризации медицинского оборудования.

Резюмируя, можно сказать, что качественное исполнение всех мероприятий, связанных с проведением диспансеризации, приводит к снижению смертности и увеличению продолжительности жизни, а также формированию приверженности к здоровому образу жизни; уменьшению частоты выявления и регистрации факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у граждан, проходящих диспансеризацию; уменьшению числа граждан с первично выявленными заболеваниями на поздних стадиях их развития; снижению инвалидности и смертности от хронических неинфекционных заболеваний у граждан, проходящих диспансеризацию; увеличению числа граждан, относящихся к I группе здоровья, и уменьшению числа граждан, относящихся ко II и III группам здоровья.

Отсутствие должного ведомственного контроля за проведением диспансеризации напрямую свидетельствует о невыполнении мероприятий по снижению смертности в регионах, об отсутствии планомерной работы медицинских работников, направленных на формирование здорового образа жизни, снижению потребления алкоголя и курения, что, в конечном счете, приводит к росту смертности.

Также следует отметить, что в соответствии со ст. 37 Федерального закона 323-ФЗ, ответственность за проведение медицинских осмотров несут сами граждане.

...качественное исполнение всех мероприятий, связанных с проведением диспансеризации, приводит к снижению смертности и увеличению продолжительности жизни, а также формированию приверженности к здоровому образу жизни; уменьшению частоты выявления и регистрации факторов риска хронических неинфекционных заболеваний...

С.А. ШАЛЬНОВА<sup>1</sup>, руководитель отдела эпидемиологии ХНИЗ  
 О.М. ДРАПКИНА<sup>1</sup>, директор  
 А.В. КОНЦЕВАЯ<sup>1</sup>, заместитель директора по научной и аналитической работе

## Мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в России. Реалии и перспективы. Значение для практики

**Ключевые слова:** диспансеризация, эпидемиологический мониторинг, профилактика хронических неинфекционных заболеваний, факторы риска

**Shalnova S.A., Drapkina O.M., Koncevaya A.V. Monitoring of risk factors for chronic non-infectious diseases in Russia. Realities and prospects. Practical value**

*The epidemiological monitoring of risk factors is an important element of public health care. It allows to obtain objective information (including economic) about the state of the population health, to predict the changes and to estimate the efficiency of the measures directed for health strengthening which are realized both at the population level and in health care system.*

**Keywords:** medical examination, epidemiological monitoring, preventive measures of chronic non-infectious diseases, risk factors

Высокая смертность от хронических неинфекционных заболеваний – ведущая причина смертности во всем мире. При этом сердечно-сосудистые заболевания ответственны за более, чем половину смертей от всех причин в России. Эта проблема перестала быть предметом интереса узкого круга специалистов в нашей стране и приобрела общегосударственное значение. Возрастающее бремя неинфекционных заболеваний оказывает все более существенную нагрузку на систему здравоохранения [1]. В этих условиях работающая информационная система динамического контроля за неинфекционными заболеваниями, имеющими общие факторы риска мониторинг<sup>2</sup>, должна быть функцией (условием) государственной системы здравоохранения. Будучи частью более общей, информационной системы, мониторинг обеспечивает сбор информации, необходимой для принятия более эффективных стратегических решений. Эта информация может использоваться при планировании медицинских услуг и определении приоритетов системы здравоохранения, в т.ч. приоритетов профилактики. Эксперты Всемирной организации здравоохранения считают, что такая система должна стать надежным инструментом для национальной системы здравоохранения [2]. В начале 1950-х гг., по данным официальной статистики, в большинстве индустриальных стран наблюдалось увеличение смертности от ишемической болезни сердца (ИБС), однако уже в конце 1960-х в США и Австралии началось снижение этого показателя [3]. В связи с этим на конференции, организованной Национальным институтом здоровья США в Бетезде в 1978 г., были поставлены следующие ключевые вопросы. Во-первых, какой вклад в снижение смертности от ИБС внесло изменение частоты новых случаев инфаркта миокарда, и каков вклад фатальных коронарных событий? Во-вторых, связаны ли изменения частоты ИМ с

**Эпидемиологический мониторинг факторов риска важный элемент охраны здоровья населения позволяет получить объективную информацию, в т.ч. экономическую, о состоянии здоровья населения, прогнозировать его изменения и оценивать эффективность мер, направленных на укрепление здоровья, реализуемых как на популяционном уровне, так и в системе здравоохранения.**

популяционными трендами известных факторов риска – курения, артериального давления и холестерина? В-третьих, связано ли изменение частоты фатальных коронарных событий с изменением медицинской помощи таким больным? Отсутствие базовой информации не позволило в те годы ответить на эти вопросы [4]. Поэтому ВОЗ выступила с инициативой проведения международного эпидемиологического исследования по изучению динамики распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), их связи с заболеваемостью ИБС и медицинской помощью коронарным больным, которое получило название MONICA (Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease). Были разработаны единые стандартные протоколы, процедуры, методы контроля качества собираемой информации, касающейся основных факторов риска в определенных популяциях (мужчины и женщины 35-64 лет), смертности от ИБС, нефатальных случаев инфаркта миокарда, помощи коронарным больным [5]. В исследование MONICA были включены 38 популяций из 21 стран. В России в этом проекте приняли участие Всесоюзный кардиологический научный центр (Москва) и институт терапии СО РАМН (Новосибирск). Исследования распространности проводили трижды в течение 10 лет. Были получены уникальные данные, которые не по-

<sup>1</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва

<sup>2</sup> Мониторингом (от латинского слова «monitor» – предупреждающий) называется специально организованное, систематическое наблюдение за состоянием объектов, явлений или процессов с целью их оценки, контроля или прогноза развития. Иными словами, это систематический сбор и обработка информации, которая может быть использована для улучшения процесса принятия решения, а также косвенно для информирования общественности или прямо как инструмент обратной связи в целях осуществления проектов, оценки программ или выработки политики.



теряли своей значимости до настоящего времени. Именно этот проект следует считать первым мониторингом эпидемиологической ситуации, связанной с ССЗ.

В 2003 г. по инициативе РКНПК началось осуществление Федеральной целевой программы (ФЦП) «Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертонии в России», в которой была запланирована подпрограмма «Мониторирование эпидемиологической ситуации по артериальной гипертонии» (Мониторинг АГ). Сбор данных осуществлялся в представительных выборках регионов-участников [6]. В единой базе данных содержится более 130 000 записей из регионов России. Половина из них представительны и были включены в анализ распространенности.

Мониторинг позволил получить данные по динамике артериальной гипертонии (АГ), факторов риска ССЗ, поражений органов-мишеней, ассоциированных с АГ заболеваний и осложнений среди населения. Кроме того, была проведена оценка качества лечения больных АГ и частоты реально назначаемых лекарственных препаратов в каждом регионе-участнике программы.

В частности, установлено, что за период с 2003 по 2008 гг. распространенность АГ в России практически не изменилась и составляла ~40%. Наблюдались лишь колебания этого показателя среди мужского и женского населения. Сопоставляя данные Мониторинга с результатами обследования национальной выборки 15-летней давности, необходимо отметить, что, к сожалению, за истекший период распространенность АГ практически не изменилась [7-9]. Иными словами, полученные данные прямо демонстрируют неуспехи в первичной профилактике факторов риска ССЗ. С другой стороны,

## Проведение постоянно действующих скринирующих обследований представительных выборок населения страны будет хорошим инструментом измерения популяционного здоровья с периодичностью один раз в 3-5 лет.

показано, что увеличилась частота приема современных рекомендованных лекарственных средств. Полученные в исследовании ЭССЕ-РФ данные свидетельствуют о смене приоритетов профилактики АГ, поскольку наибольшая распространенность выявлена у мужчин, тогда как в прошлые годы – у женщин. Кроме того, обнаружена негативная тенденция – увеличение ожирения среди мужской части населения [10]. Важно отметить, что чем больше у пациента факторов риска, тем больше усилий должны приложить врач и пациент для достижения целевых уровней АД. Так, наличие двух факторов риска снижают эффективность лечения на 40%, а трех – на 50%.

Однако, несмотря на некоторые успехи, амбулаторно-поликлиническим службам субъектов РФ

необходимо предпринять меры для повышения эффективности лечения больных АГ. В настоящее время достижение целевых значений АГ в РФ составляет 35%. Эту планку нужно и можно поднять, если строго следовать Национальным рекомендациям по профилактике, диагностике и лечению АГ. Вместе с тем результаты трех этапов мониторинга АГ, проведенных с 2003 по 2009 гг., и результатов ЭССЕ-РФ, полученных в 2012-2014 гг., показали высокую распространенность среди населения факторов риска и подтвердили тем самым актуальность первичной профилактики и пропаганды здорового образа жизни [11].

Таким образом, данные мониторинга АГ и результаты исследования ЭССЕ-РФ продемонстрировали необходимость переориентации здравоохранения России в профилактическом направлении по линии борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Это предполагает усиление просвещения населения в вопросах сердечно-сосудистой патологии, проведения профилактических мероприятий по устранению факторов риска и последствий их влияния, обеспечение высокоэффективными качественными фармацевтическими препаратами, улучшение качества лечения больных и, главное, проведение агрессивной пропаганды здорового образа жизни среди населения.

Проведение постоянно действующих скринирующих обследований представительных выборок населения страны будет хорошим инструментом измерения популяционного здоровья с периодичностью один раз в 3-5 лет. Более частое измерение распространенности вряд ли целесообразно, да и экономически неэффективно, так как вероятность резкого изменения популяционных показателей крайне низка. Динамика распространенности АГ яркий тому пример.

В то же время популяционный мониторинг факторов риска не дает информации о том, как происходит процесс оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи больным ССЗ, в частности, острым коронарным синдромом (ОКС) или цереброваскулярными болезнями (ЦВБ) в учреждениях здравоохранения.

Чтобы ликвидировать недостаток подобной информации, необходимо создание регистров и мониторингов острых коронарных состояний и ЦВБ. В частности, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2007 №1012 «О финансовом обеспечении за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями», в 12 регионах страны (республики Башкортостан, Карелия, Чувашия, Алтайский, Красноярский, Ставропольский края, а также Белгородская, Воронежская, Ивановская, Иркутская, Сахалинская и Свердловская области) в 2008 г. началась реализация комплекса мероприятий по снижению смертности от острых нарушений мозгового кровообращения и острого коронарного синдрома (Мониторинг сосудистых центров). В 2009 г. в соответствии с аналогичным постановлением Правительства Российской Федера-



ции от 2009 г. выполнение комплекса мероприятий началось еще в 12 регионах страны.

В соответствии с Порядком организации мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, утвержденным приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 11.07.2008 №331, ежеквартально анализируется ситуация об оказании в сосудистых центрах помощи больным мозговым инсультом и инфарктом миокарда, а с 2010 г. больных с острым коронарным синдромом. В частности, анализ динамики использования тромболитика (ТЛТ) в 12 регионах, включенных в программу в 2008 г., за январь-июнь 2009 – 2010 гг. показал, что в январе-июне 2010 г. использование ТЛТ у коронарных больных (ИМ с подъемом сегмента ST) выросло незначительно (25,8% против 23,8%) по сравнению с аналогичным периодом 2009 г. Однако использование ТЛТ на догоспитальном этапе увеличилось почти в 3 раза от 5% до 14,8%. Обращает на себя внимание увеличение числа госпитализаций коронарных больных, что, несомненно, следует считать положительным фактом.

Таким образом, существует два подхода к оценке состояния здоровья и оказания помощи коронарным больным – мониторинг факторов риска по типу исследования MONICA и мониторинг оказания специализированной медицинской помощи (пока в модельных регионах). Каждый из этих подходов дает ответ только на свой вопрос. Стратегически важной государственной задачей должно стать создание комплексной устойчивой системы мониторинга ССЗ, как части ХНИЗ, сочетающей оба эти подхода. Иными словами, необходимо создать инструмент для измерения сердечно-сосудистого здоровья на федеральном уровне, как рекомендует ВОЗ, так называемый «термометр».

Почему важно измерять «температуру сердечно-сосудистого здоровья» населения России? В настоящее время разработаны методики оценки вклада показателей службы здравоохранения (качество медицинской помощи), факторов популяционного здоровья в смертность населения от ССЗ [12-15]. Применение этих методик требует знания базовых характеристик. Не имея такой информации, нельзя выявить уязвимые точки профилактики и лечения ССЗ, невозможно получить правильную оценку проводимых мероприятий, понять, насколько они успешны с точки зрения снижения смертности. Какие именно изменения повлияли на смертность? Наконец, куда и в каком объеме вкладывать средства?

В последнее десятилетие в стране отмечается снижение смертности, во многом обусловленное снижением смертности от ССЗ, несколько более выраженное для смертности от цереброваскулярных заболеваний. Вместе с тем показатель смертности от всех причин и от ССЗ в России остается одним из самых высоких в Европе, что диктует необходимость внедрения профилактических программ, контроль и оценка которых – функция мониторинга.

С помощью мониторинга можно выявить показатели, влияющие на тренды заболеваемости и

смертности: факторы риска, уровень кардиологической помощи и пр. Динамика этих показателей отражает работу органов здравоохранения как на местном, так и на федеральном уровнях. В частности, становится понятным, какие лекарственные препараты принимают больные; насколько правильно оказывается специализированная медицинская помощь (тромболитис, коронарная реваскуляризация и пр.); как внедряются профилактические мероприятия, насколько логичен и обоснован их бюджет и, наконец, какова эффективность реализуемых программ и стратегий.

Вместе с тем хорошо изучены факторы риска, приводящие к возникновению ХНИЗ. В настоящее время не вызывает сомнений, что наиболее экономично

## ...необходимо создать инструмент для измерения сердечно-сосудистого здоровья на федеральном уровне, как рекомендует ВОЗ, так называемый «термометр»...

чески эффективной системой эпидемиологического контроля является первичная профилактика, в основе которой лежит комплексная система работы с населением. С точки зрения первичной профилактики, мониторинг основных факторов риска может стать инструментом предотвращения развития заболеваний.

Создание устойчивых систем мониторинга будут способствовать увеличению возможностей системы здравоохранения в получении данных, необходимых для профилактики и контроля за ХНИЗ.

Данные, получаемые на постоянной основе по существующим каналам сбора информации, могут оказаться полезными в рамках системы мониторинга только если они систематически анализируются и учитываются при принятии административных решений. Характерной особенностью системы мониторинга является связь между собираемой информацией и ее использованием при формировании стратегии и политики в области здравоохранения. Кроме того, мониторинг может использоваться для оценки эффективности профилактических и лечебных мероприятий. Пересечение результатов научно-исследовательской работы и практического использования мониторинга дает возможность повышать экономическую эффективность политических решений и программ в области здравоохранения и подтверждать обоснованность применяемых в мониторинге методик. «Только комплекс централизованных и региональных мероприятий, проводимых не в режиме кампаний, а планомерно и на постоянной основе, позволит действительно добиться вначале устойчивой тенденции, а затем значительного снижения смертности в стране» [16]. В этом контексте высокое качество получаемой информации будет способствовать совершенствованию процесса принятия решений.



## ИСТОЧНИКИ

1. Murray C.J., Lopez A.D., Murray C.J., Lopez AD, editors. Global burden of disease and injury series, Vol. 1: The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Geneva: WHO; 1996.
2. Бонита Р, де Куэртен М, Дуайер Т, Ямрожик К, Винкельман Р Мониторинг факторов риска неинфекционных заболеваний. Принцип поэтапной реализации, предложенный ВОЗ. //Краткий обзор. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 г.
3. Tunstall-Pedoe H. for the WHO MONICA Project Principal Investigators. The World Health Organization MONICA Project (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease): a major international collaboration. J Clin Epidemiol 1988; 41: 105–14.
4. Константинов В.В., Шальнова С.А., Деев А.Д., Тимофеева Т.Н., и др. Методические аспекты мониторинга эпидемиологической ситуации по артериальной гипертензии среди населения Российской Федерации в ходе выполнения целевой Федеральной программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации на 2002-2008 гг.». Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007. №2. С. 66-70.
5. Оганов Р.Г., Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В., и др. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации. Российский кардиологический журнал. 2006. №4. С. 45-50.
6. Шальнова С.А., Деев А.Д., Баланова Ю.А., Капустина А.В., Имаева А.Э., Муромцева Г.А., Киселева Н.В., Бойцов С.А. Двадцатилетние тренды ожирения и артериальной гипертензии и их ассоциации в России. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017. Т. 16. №4. С. 4-10.
7. Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Деев А.Д., и др. от имени участников исследования ЭССЕ РФ. Артериальная гипертензия среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014. 14 (4). С. 4–14.
8. Capewell S, Morrison CE, McMurray JJ. Contribution of modern cardiovascular treatment and risk factor changes to the decline in coronary heart disease mortality in Scotland between 1975 and 1994. Heart. 1999;81:380–386.
9. Bennett K., Kabir Z., Unal B., Shelley E., Critchley J., Perry I., Feely J., Capewell S. Explaining the recent decrease in coronary heart disease mortality rates in Ireland, 1985-2000. Journal of Epidemiology and Community Health. 2006;60(4):322-7.
10. Оганов Р.Г., Тимофеева Т.Н., Колтунов И.Е., Константинов В.В., и др. Эпидемиология артериальной гипертензии в России. Результаты федерального мониторинга 2003-2010 гг. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011. №1. С. 9-13.
11. Dawber T.R. The Framingham Study. The Epidemiology of Atherosclerotic Disease, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1980.
12. Keys A. Seven Countries: A Multivariate Analysis of Death and Coronary Heart Disease, Cambridge, Mass., and London, England, Harvard University Press, 1980.
13. Uemura K., Pisa Z. Trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1950. World Health Stat Q 1988; 41: 155–78.
14. Havlik RJ, Feinleib M, eds. Proceedings of the conference on the decline in coronary heart disease mortality. October 24–25, 1978. Washington DC: National Heart, Lung and Blood Institute, US Department of Health, Education, and Welfare; 1979, NIH publication no.79-1610.
15. Capewell S., Beaglehole R., Seddon M., McMurray J. Explaining the decline in Coronary Heart Disease Mortality in Auckland, New Zealand between 1982 and 1993. Circulation. 2000;102:1511–1516.
16. Чазов Е.И., Бойцов С.А. Пути снижения сердечно-сосудистой смертности в стране. Кардиологический вестник. 2009. №1. С. 5-11.

**ВЛАДИМИР ПУТИН: ОБЪЕМЫ ЗАТРАТ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ УВЕЛИЧЕНЫ ВДВОЕ**

В ежегодном послании Федеральному собранию 1 марта 2018 г. Президент России Владимир Путин уделил особое внимание теме здравоохранения. Расходы на эту область должны быть увеличены вдвое. В 2019-2024 гг. на финансирование медицины в России нужно направлять не менее 4% ВВП, но цель – 5%, отметил глава государства.

Другой очень важный вопрос – достойная заработная плата сотрудников медучреждений. Об этом говорилось еще в майских указах, и в ходе реализации этого постепенно удается достичь. Отдельно Владимир Путин остановился на процессе оптимизации лечебных учреждений. При этом он подчеркнул, что недопустимо закрывать поликлиники и больницы в малых поселках и городах. Необходимо восстановить шаговую доступность в первичном звене здравоохранения. «Так не должно быть ни в здравоохранении, ни в любой другой сфере. Нужно обеспечить, а где необходимо, восстановить действительно пошаговую доступность в первичном звене здравоохранения. Сейчас это нужно сделать как можно быстрее. В населенных пунктах с численностью от 100 до 2000 человек в течение 2018-2020 гг. должны быть созданы фельдшерско-акушерские пункты и врачебные амбулатории. А для населенных пунктов, где проживает менее 100 человек, у нас такие тоже есть, организовать мобильные медицинские комплексы, автомобили с повышенной проходимостью, со всем необходимым диагностическим оборудованием», – заявил глава государства. «Это должно заставить отступить такую угрозу, как онкологические заболевания. Я думаю, что, уважаемые коллеги, практически у каждого из нас есть родные, близкие, друзья, которых настигла эта беда – рак. Предлагаю реализовать специальную общенациональную программу по борьбе с онкологическими заболеваниями, активно привлечь к решению этой задачи науку, отечественную фарминдустрию, провести модернизацию онкоцентров, выстроить современную комплексную систему, от ранней диагностики до своевременного эффективного лечения, которая позволит защитить человека», – сказал Владимир Путин. Он также призвал к более широкому внедрению современных технологий в сферу здравоохранения, отметив необходимость создания «единого цифрового контура» медучреждений. Эти и другие меры должны помочь справиться с ростом онкологических заболеваний, сказал президент.

<http://government.ru>

Т.А. ПОЛИНСКАЯ<sup>1</sup>, к. фарм. н., руководитель  
 М.А. ШИШОВ<sup>2</sup>, д. м. н., врио зам руководителя  
 О.И. ПАКУС<sup>3</sup>, к. м. н., главный врач  
 Е.А. КРИНИЧНАЯ<sup>4</sup>, зав. отделением медицинской профилактики

## Роль регионального центра здоровья в системе мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни

**Ключевые слова:** центр здоровья, здоровый образ жизни

*Polinskaya T.A., Shishov M.A., Pacus O.I., Krinichnaya E.A. The role of the regional health center in the system of activities aimed at the formation of a healthy lifestyle*

*The article presents the experience of the regional health center in the implementation of activities aimed at creating a healthy lifestyle in the city of Rostov-on-Don for the period from 2010 to 2017.*

**Keywords:** health center, healthy lifestyle

О необходимости продвижения ценностей здорового образа жизни неоднократно указывалось Президентом Российской Федерации в ежегодных посланиях Федеральному Собранию. Вопросы организации здорового образа жизни включены в Стратегию национальной безопасности Российской Федерации [1], Стратегию государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г. [2], Концепцию демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. [3].

По данным Всемирной организации здравоохранения, в структуре факторов, влияющих на здоровье, образ жизни составляет 50%. Сохранению и укреплению здоровья, обеспечению высокого уровня трудоспособности и активному долголетию способствуют устранение вредных привычек и нормализация образа жизни. Эти мероприятия могут быть эффективными только при высокой информированности населения.

В Ростовской области в период с 2000 по 2016 г. отмечается неблагоприятная демографическая ситуация с тенденцией к улучшению: общие коэффициенты рождаемости ниже, а общие коэффициенты смертности выше соответствующих среднероссийских показателей, отмечается естественная убыль населения, что требует внедрения новых медицинских профилактических технологий и инновационных подходов.

В силу требований ст. 30 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», одним из звеньев в системе мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, в т.ч. путем информирования граждан о факторах риска для их здоровья, формирования соответствующей мотивации, являются центры здоровья. На территории Ростовской области организованы, оснащены и осуществляют свою деятельность 20 центров здоровья, из которых 14 – для взрослых и 6 – для детей. Деятельность центров здоровья направлена на раннее выявление признаков заболевания и формирование здорового образа жизни, прогноз

### В статье представлен опыт регионального центра здоровья в части осуществления мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни в условиях г. Ростова-на-Дону за период с 2010 по 2017 гг.

состояния здоровья, консультирование по вопросам сохранения и укрепления здоровья, пропаганду здорового образа жизни. Формирование здорового образа жизни включает в себя профилактику алкоголизма, потребления табака, наркомании у населения, в т.ч. у подростков [4].

С учетом вышеизложенного, целью данной статьи является анализ деятельности регионального центра здоровья Ростовской области на примере центра здоровья, созданного на базе МБУЗ «Городская поликлиника №10» г. Ростова-на-Дону (далее – центр здоровья).

Современное состояние развития информационных технологий поставило медицинское сообщество в новые, ранее нехарактерные для него условия. Врач уже не обладает «монополией» на «медицинские» знания, в т.ч. о симптоматике, особенностях диагностики, лечения и реабилитации. В век цифровых технологий эти сведения легко доступны для пациентов, и привычная для многих врачей «патерналистская» модель взаимодействия с пациентом становится невозможной. В то же время не нужно забывать и о положениях ч. 1 ст. 29 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предусматривающих обязанность граждан заботиться о сохранении своего здоровья. Более того, как было указано Президентом РФ в Послании Федеральному Собранию от 12.12.2013, смысл конституционной нормы о социальном государстве – именно во взаимной ответственности государства, общества, бизнеса, каждого гражданина. Все это закладывает основу для формирования новых – партнерских – отношений между пациентом и врачом, которые в настоящее время в полной мере проявляют себя в деятельно-

<sup>1</sup> Территориальный орган Росздравнадзора по Ростовской области

<sup>2</sup> Территориальный орган Росздравнадзора по Ростовской области, rostmedpravo@ Rambler.ru

<sup>3</sup> МБУЗ «Городская поликлиника №10», poli10@aaanet.ru

<sup>4</sup> МБУЗ «Городская поликлиника №10», г. Ростов-на-Дону



сти центров здоровья. В частности, здесь реализуется индивидуальный подход, при котором каждый пациент получает профилактическое консультирование с подбором индивидуального плана оздоровления и учетом особенностей состояния его здоровья на текущий момент. В рамках данной модели врач и пациент «вынуждены» активно взаимодействовать друг с другом, становятся партнерами по сохранению и укреплению здоровья пациента. Итогом является формирование стойкой мотивации на ведение здорового образа жизни не только у гражданина, обратившегося в центр здоровья, но и всей его семьи, что в целом

Рисунок. Количество ежегодных посещений центра здоровья в 2010-2017 гг.



благоприятно отражается на общем потенциале здоровья граждан Российской Федерации.

С момента начала работы центра здоровья в 2010 г. его посетили более 100 тысяч взрослых жителей Ростовской области, при этом ежегодное количество посещений с момента открытия выросло на 47% – почти в полтора раза (рис.).

Из общего числа пациентов центра большая часть (73%) обратилась самостоятельно, остальные были направлены лечебно-профилактическими учреждениями. При этом за время работы центра отмечается рост выданных врачами направлений в полтора раза (с 9% до 13,5%), что косвенно свидетельствует о востребованности работы центра в глазах медицинских работников поликлинического звена. Обращает на себя внимание неравномерное распределение частоты обращений в зависимости от пола: женщины обращаются почти в 4 раза чаще, чем мужчины: 79% и 21% соответственно (при коэффициенте Стьюдента  $p < 0,05$ ).

«Портрет» взрослого посетителя центра здоровья представлен следующим образом: возраст старше 45 лет (средний возраст пациентов составил 60 лет, с незначительной разницей распределением по полу: средний возраст женщин – 59 лет; средний возраст мужчин – 62 года при коэффициенте Стьюдента  $p < 0,05$ ). Избыточная масса тела отмечена у 62%, повышенный уровень артериального давления у 50%, повышенный уровень холестерина

крови у 34%, повышенный уровень глюкозы крови у 13%, курение у 17% пациентов центра. Процент здоровых лиц (без факторов риска) составляет 45,5%. При этом необходимо отметить положительную динамику соотношения между обратившимися лицами, признанными здоровыми, и имеющими факторы риска. Если в 2011 г. данное соотношение составляло примерно один к трем, или 28% здоровых и 72% лиц, имеющих факторы риска развития заболеваний, то к 2017 г. данное соотношение составило почти один к одному, или 51% здоровых и 49% лиц, имеющих факторы риска развития заболеваний. По результатам комплексного обследования около 20% посетителей направляются к врачам-специалистам амбулаторно-поликлинических учреждений для дообследования, наблюдения и лечения, что позволяет своевременно поставить диагноз и назначить лечение на ранних стадиях заболевания. В связи с тем что одной из задач работы центра здоровья является снижение преждевременной смертности населения трудоспособного возраста от сердечно-сосудистых заболеваний, данный аспект работы приобретает особую актуальность.

На сегодняшний день факторы риска у обследованных мужчин выявлены у 88%: курящих 52%, злоупотребляющих алкоголем 8%, с артериальной гипертонией 61%, с избыточной массой тела или ожирением 50%, с гиперхолестеринемией 32%, с гипергликемией 12%, с высоким 10-летним риском смерти от ССЗ ( $\geq 5\%$  по шкале SCORE) 16%. Как результат, более 50% мужчин группы высокого риска были своевременно направлены к кардиологу. Отметим, что оперативный мониторинг и анализ информации о пациентах, обратившихся в центр здоровья, позволяет не только организовать эффективную профилактическую помощь каждому обратившемуся, но и определять точку приложения сил по улучшению здоровья населения, принимать грамотные управленческие решения, повышать экономическую эффективность проводимых мероприятий.

Одним из направлений работы в центре здоровья с доказанной эффективностью является обучение в созданных школах здоровья. Число обученных в школах составляет более 14 тыс. человек (12% от всех посетителей). С точки зрения количества это немного, но за счет характерного для школ пациентов персонального подхода к каждому посетителю, пациентами отмечается достаточно высокая эффективность данного обучения.

В целом за последние годы работы центра были получены следующие результаты. Чаще всего в центр здоровья обращались лица с избыточной массой тела, и пациентам данной группы, как правило, удавалось добиться снижения массы тела, а у более 2% пациентов вернуть вес в пределы нормы. В процессе наблюдения в центре здоровья у большинства пациентов параметры артериального давления были стабилизированы в пределы нормы. Отмечена тенденция снижения индивидуального риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, при этом 8% пациентов перешли из категории высокого в категорию низкого риска смерти. Уда-



лось добиться снижения динамики общего количества пациентов с гиперхолестеринемией.

В целом функционирование центра здоровья позволило: как «разгрузить» врачей поликлиник в части осуществления профилактической работы со здоровыми и практически здоровыми людьми, так и обеспечить оперативное выявление факторов риска наиболее актуальных неинфекционных заболеваний, в первую очередь, сердечно-сосудистых, заболеваний органов дыхания, сахарного диабета и выявить ряд заболеваний в начальной (латентной) стадии.

В то же время необходимо отметить, что если «диагностическая» часть работы центров здоровья благодаря применению современного оборудования не представляет особых трудностей, то обучение и формирование принципов приверженности к здоровому образу жизни требует особых усилий. Иначе говоря, основная трудность при реализации задач центра состоит в формировании у обратившихся устойчивой мотивации к сохранению здоровья, отказу от вредных привычек, борьбе с факторами риска, при том что, безусловно, у врачей центра здоровья в этом плане больше возможностей, чем у врачей поликлиник.

Подводя итог рассматриваемой теме, необходимо отметить следующее. В Послании Президента РФ Федеральному Собранию от 01.12.2016 было особо отмечено, что смысл всей нашей политики – это сбережение людей, умножение человеческого капитала как главного богатства России. Поэтому необходимы всеобщие усилия, направленные на поддержку традиционных ценностей и семьи, на демографические программы, улучшение экологии, здоровья людей, развитие образования и культуры. В данном контексте территориальные орга-

ны Росздравнадзора не могут позволить себе «самоустраниться» от участия в совместном решении поставленной Президентом РФ общей задачи – сбережения наших граждан. Это, в свою очередь, безусловно, требует поиска новых решений и форм взаимодействия со всеми участниками системы здравоохранения, средствами массовой информации, общественными организациями.

Деятельность Росздравнадзора претерпевает эво-

**Безусловно, процесс формирования у каждого гражданина нашей страны устойчивой мотивации к ответственному отношению к своему здоровью и образу жизни потребует времени, но дорогу осилит идущий.**

люционное развитие, существенно меняются приоритеты проводимой работы, воплощая переход от тотального контроля к управлению рисками [5]. И в данном контексте в рамках профилактических мероприятий необходимо способствовать реализации конституционной нормы о социальном государстве, в т.ч. применительно к сфере здравоохранения в части формирования взаимно ответственных и партнерских отношений между пациентами и медицинскими организациями с привлечением соответствующих региональных органов власти. Безусловно, процесс формирования у каждого гражданина нашей страны устойчивой мотивации к ответственному отношению к своему здоровью и образу жизни потребует времени, но дорогу осилит идущий.

## ИСТОЧНИКИ

1. Указ Президента РФ от 31.12.2015 №683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации».
2. Указ Президента РФ от 09.06.2010 №690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года».
3. Указ Президента РФ от 09.10.2007 №1351 «Об утверждении
4. Постановление Правительства РО от 25.09.2013 №593 (ред. от 06.10.2017) «Об утверждении государственной программы Ростовской области «Развитие здравоохранения».
5. Мурашко М.А., Крупнова И.В., Иванов И.В. Риск-ориентированный подход при планировании контрольных мероприятий // Вестник Росздравнадзора. – 2017. – №3. – С. 14-17.

**И.Н. ЗАХАРОВА**<sup>1</sup>, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, главный педиатр ЦФО, заведующая кафедрой педиатрии с курсом поликлинической педиатрии  
**И.В. БЕРЕЖНАЯ**<sup>1,2</sup>, к.м.н., доцент кафедры педиатрии с курсом поликлинической педиатрии, окружной детский гастроэнтеролог  
**Е.Б. МАЧНЕВА**<sup>1</sup>, к.м.н., ассистент кафедры педиатрии с курсом поликлинической педиатрии  
**А.Е. КУЧИНА**<sup>1</sup>, аспирант кафедры педиатрии с курсом поликлинической педиатрии  
**И.С. ОБЛОГИНА**<sup>1</sup>, ординатор кафедры педиатрии с курсом поликлинической педиатрии

## Грудное молоко – первый шаг к программированию здоровья в течение последующей жизни

**Ключевые слова:** питание, грудное молоко, микробиом грудного молока, пищевое программирование, дети, вскармливание

**Zakharova I.N., Berezhnaya I.V., Machneva E.B., Kuchina A.E., Oblogina I.S. Breast milk is the first step to health programming during the subsequent life**

*Healthy lifestyle for the modern person is not just a beautiful phrase. Following certain evidence-based approaches, it is possible to change even genetically programmed violation of health or to delay the approach of a disease. All of us understand that maintaining health for many years directly depends on our nutrition. In recent years there have been many publications about influence of nutrition on formation of various pathological states which are getting worse and reduce human life. A part of components have protective effect on an organism, and others render negative and lead to disease development. Unique properties of breast milk can't be reproduced by any latest technologies. Today all experts are sure that programming of health is directly connected with breastfeeding.*

**Keywords:** diet, breast milk, breast milk microbiome, food programming, children, nutrition

**Здоровый образ жизни для современного человека является не просто красивым словосочетанием. Следуя определенным научно обоснованным подходам, можно изменить даже генетически запрограммированное нарушение здоровья или отсрочить наступление болезни. Мы все больше понимаем, что сохранение здоровья на долгие годы напрямую зависит от нашего питания. В последние годы появилось много публикаций о влиянии питания на формирование различных патологических состояний, которые ухудшают и сокращают жизнь человека. Часть компонентов имеют протективное действие на организм, а другие оказывают негативное и ведут к развитию заболеваний. Уникальные свойства грудного молока невозможно повторить никакими новейшими технологиями. На сегодняшний день все эксперты уверены, что программирование здоровья напрямую связано с грудным вскармливанием.**

<sup>1</sup> ФГБОУ ДПО РМАНПО им. Г.Н. Сперанского. zakharova-irina@yandex.ru

<sup>2</sup> СЗАО г. Москвы, berezhnaya-irina26@yandex.ru

**З**доровый образ жизни для современного человека является не просто красивым словосочетанием. Следуя определенным научно обоснованным подходам, можно изменить даже генетически запрограммированные болезненные состояния или отсрочить наступление болезни. Мы все больше понимаем, что сохранение здоровья на долгие годы напрямую зависит от нашего питания. Об этой проблеме задумываются не только врачи, диетологи, спортивные тренеры, но и люди, не имеющие отношения к здравоохранению. В последние годы появилось много публикаций о влиянии питания на формирование различных патологических состояний, которые ухудшают и сокращают жизнь человека. Некоторые компоненты пищи обладают протективным действием на организм, а другие оказывают негативное и ведут к развитию заболеваний. Данные международных клинических исследований показывают, что основными факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих к смерти или инвалидизации, яв-

ляются гиперхолестеринемия, стрессы, курение, депрессия, сахарный диабет, гипертония и ожирение [1]. Эти данные оказываются одинаково значимыми для всех стран мира. Эксперты говорят, что факторы, влияющие положительно на здоровье и профилактирующие заболевания, также одинаково значимы для всех этнических групп: регулярная физическая нагрузка, правильное питание с увеличенным количеством в рационе овощей и фруктов, ограничение жиров и простых углеводов.

Все эксперты уверены, что программирование здоровья напрямую связано с грудным вскармливанием. Уже в течение нескольких лет работает программа «1000 первых дней». Это совокупность дней беременности и 2-х первых лет жизни ребенка, которые имеют основное значение в программировании будущего здоровья и продолжительности жизни человека [2].

Первая статья о ценности грудного молока в электронной библиотеке PubMed датируется 1790 г. Большую часть текста этой статьи составляют вопросы, на которые в то время ответов не было [3]. В апреле 1858 г. в Британском Медицинском Журнале появилась статья Routh C.H.F., врача больницы для детей и матерей, в которой говорится о трудностях вскармливания младенцев: при отсутствии лактации у матерей грудных детей вскармливали коровьем молоком. Различия состава грудного и коровьего молока было известно уже тогда, однако для сохранения жизни младенцев другой альтернативы не было. В коровьем молоке меньшее количество воды и большее количество казеина, отличается жировой компонент, имеет место избыток солей. В статье описываются многочисленные попытки улучшить качество коровьего молока и спасти жизни тех малышей, которые по каким-то причинам остались без грудного вскармливания. Автор сообщает, что попытки разбавить коровье молоко не улучшают качество питания [4]. В настоящее время происходит активное изучение состава грудного молока и его влияния на разви-



тие и здоровье детей. И чем больше человечество узнает об уникальных свойствах грудного молока – этой «живой ткани», – тем больше понимания, что заменить его невозможно никакими другими продуктами. Даже самые современные и высокотехнологичные методы не могут воспроизвести и части тех незаменимых для малыша веществ, которые есть только в грудном молоке. Неслучайно ВОЗ, исходя из многочисленных исследований, рекомендует обязательное прикладывание к груди младенца в течение первого часа после рождения, так как молозиво является самой ценной частью питания малыша.

88% грудного молока состоит из воды, а на оставшиеся 12% приходится весь уникальный набор ценнейших компонентов, оказывающих влияние на всю дальнейшую жизнь и здоровье человека. Грудное молоко содержит от сотен до тысяч различных биологически активных молекул, выполняющих защитную функцию в борьбе с инфекциями, участвуя в воспалительных реакциях, модулирующих развитие иммунного ответа и здоровой микробной колонизации [5].

На рисунке 1 условно представлен состав грудного молока человека.

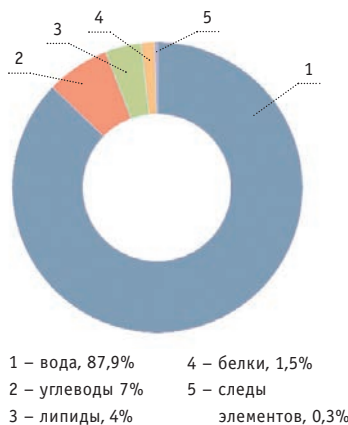
Белки в женском молоке составляют всего 1,5% от всех компонентов, однако особенности этих компонентов имеют очень важное значение. Исследование состава белка грудного и коровьего молока по фракциям показывает, что казеина в грудном молоке меньше в 2,9 раз, а биологически активных белков больше (рис. 2).

Биоактивные белки представляют собой особые субстанции, обладающие не только энергетической базой, но и ферментативной активностью. В функции биоактивных белков заложен фактор стимуляции роста, модуляция иммунологической защиты младенца от патогенных агентов и формирование собственного иммунного ответа. Основные биоактивные белки в грудном молоке – это лактоферрин, лизоцим, секреторный иммуноглобулин А, гаптокоррин, лактопероксидаза, α-лактальбумин, стимулированная липазой соль желчной кислоты, β- и κ-казеин, фактор опухолевого роста-β [6].

Каждый биоактивный протеин обладает своей неповторимой уникальной функцией для младенца. Список биоактивных протеинов все время расширяется, сейчас активно изучаются недавно открытые биопротеины: бутифелин, лептин, адипонектин, стимулированная липазой соль желчной кислоты, лактопероксидаза, ксантиндегидрогеназа, α-лактальбумин, κ-казеин и β-казеин. Например, лактадгерин может инактивировать вирусы и ограничивать воспаление [7]. В таблице 1 представлен анализ функциональных особенностей биопротеинов грудного молока.

Грудное молоко содержит компоненты, которые вызывают постоянный интерес исследователей. Эти вещества отличаются от классического понятия энергетического субстрата. Изучение потенциальной роли этих компонентов в здоровье младенцев и матерей, их развитии и благополучия в будущем еще раз подчеркивают необходи-

Рисунок 1. Состав женского грудного молока



мость сохранения грудного вскармливания. Например, небелковая азотистая фракция молока, к которой относят нуклеотиды, нуклеозиды, нуклеотидные основания. Это активные рибозы, необходимые для обмена нуклеиновых кислот. Известно, что нуклеотиды, фосфорные эфиры нуклеозидов, учувствуют во всех биохимических механизмах клеточного метаболизма [8]. Под их влиянием происходит активизация антителооб-

Рисунок 2. Белковый состав коровьего и грудного молока

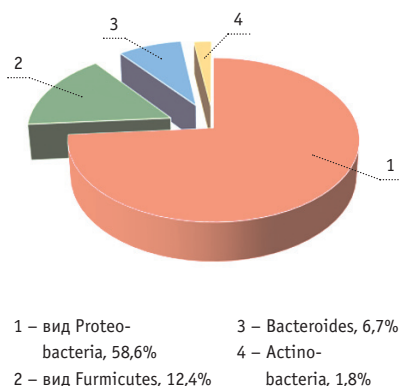


разования, они участвуют в метаболизме железа, уменьшают клеточную пролиферацию, активируют апоптоз. То есть, эти вещества участвуют в формировании становления иммунитета младенца [9].

Особое внимание следует обратить на вещества, обладающие протеолитической активностью. Активные протеазы, проферменты, активаторы протеаз, ингибиторы протеаз образуются из крови, эпителиальных клеток молочной железы, иммунных клеток и принимают участие, как в ферментативном, так и в иммунном ответе [9]. Грудное молоко содержит протеины разных клеточных коммуникаций, иммунного ответа, роста клеток, основного транспорта и метаболизма, продукты обмена энергии, мультифункциональные белки: плазмин, трипсин-2, эластазу, катепсин D, тромбин, каликреин, карбокси- и аминопептидазу. Еще одним из уникальных компонентов грудного молока, который значимо отличает его от любого



**Рисунок 3.** Основные виды бактерий, выявленные в грудном молоке



молока другого биологического вида (коровы, козы, верблюда и др.), являются иммунные клетки. В последние годы исследователи пришли к выводу, что они защищают молочную железу от инфекции, обеспечивая активный иммунитет и оказывая влияние на развитие иммунитета младенца. Пред-

положено, что это происходит посредством фагоцитоза, секреции антимикробных факторов и представления антигена в молочной железе кормящих матерей и в желудочно-кишечном тракте младенца. Нарастание иммунных клеток в грудном молоке в ответ на инфицирование молочной железы и развитие других инфекций у матери вполне понятно, а вот ответ молочной железы на инфекции младенца пока до конца не ясен. Есть вероятность того, что перенос инфекционного агента ретроградно из полости рта младенца при сосании локально стимулирует иммунный ответ в груди матери. В исследованиях показано, что уровень иммунных клеток в грудном молоке выше в случаях вскармливания только грудным молоком по сравнению с группой при смешанном вскармливании. Всех полученных данных достаточно, чтобы понять ценность и защитную роль грудного молока [10]. Однако развитие науки постоянно преподносит новые и новые открытия в уже, казалось бы, изу-

**Таблица 1. Функциональные особенности биопротеинов грудного молока [6].**

Функции	Наибольшая концентрация	Влияние на иммунитет
<b>Лактоферин (около 18% биопротеинов грудного молока)</b>		
Бактерицидные и бактериостатические свойствами (особенно с Fe-потребляющими бактериями)	У детей он сконцентрирован в тонком кишечнике, а у взрослого в сердце, скелете, слюнных железах, поджелудочной железе.	Ингибирует ФНО-α, IL-1β, стимулирует созревания лимфоцитов. Свободный лактоферин способен убивать Streptococcus mutans, Streptococcus pneumoniae, Escherichia coli, Vibrio cholerae, Pseudomonas aeruginosa и Candida albicans.
<b>Лизоцим (около 5% биопротеинов грудного молока)</b>		
Лизоцим имеет специальную взаимосвязь с лактоферрином, что значительно усиливает антибактериальный ответ	Грудное молоко. В 3 000 раз его больше в грудном молоке, по сравнению с коровьим молоком.	Активирует антибактериальные ферменты, и разъединяет b1–4 гликозид в стенке бактерий, способствуя их уничтожению. Лактоферин повреждает микробную мембрану, далее лизоцим «убивает» бактерию
<b>Иммуноглобулины (9% биопротеинов грудного молока)</b>		
Из числа иммуноглобулинов грудного молока 90% составляет sIgA. Под стимуляцией sIgA формируется «слизистая иммунная система». Ig M & Ig G	Молозиво, грудное молоко, особенно первые 90 дней вскармливания, слизистые. Ig M & Ig G присутствуют в незначительном количестве. Исчезают к 90 дню вскармливания.	Формирование иммунного ответа и иммунного барьера слизистых. Ig M & Ig G – пассивный иммунитет материнских AT.
<b>α-Лактальбумин (27% биопротеинов грудного молока)</b>		
Формирует аминокислоты, которые активизируют протеолитические процессы. Содержит высокий уровень цистеина, триптофана и лизина.	Наибольшая концентрация в молозиве и грудном молоке в первые месяцы вскармливания.	Антимикробная активность против E. coli, Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Streptococci, C. Albicans
<b>Гаптокоррин</b>		
Витамин B12 – связывающий протеин. Участвует в активации протеолитических ферментов кишечника.	В молозиве и грудном молоке в первые месяцы лактации	Антимикробный протеин, даже в низкой концентрации способен подавлять E. coli.
<b>Казеин (около 27% биопротеинов грудного молока)</b>		
Имеет несколько фракций. β-казеин уникальный протеин, помогает абсорбции Ca, также формирует опиоидные пептиды (малые казеинморфины), участвующие в психомоторном развитии.	Грудное молоко	κ-казеин подавляет клеточную адгезию. Доказано его влияние на Helicobacter pylori.

Таблица 2. Свойства гормонов грудного молока

Гормон	Свойства гормона
Лептин	Пептидный гормон, синтезируется в адипоцитах белой жировой ткани и оказывает анорексигенный эффект. Уровень лептина снижается от переднего к заднему молоку. Концентрация его повышается к 6 месяцам
Грелин	Пептидный гормон, оказывает эффект стимуляции аппетита и приводит к улучшению набора массы тела, стимуляции гормона роста, адипогенеза, регуляции массы тела и роста, регуляции моторики ЖКТ, модуляции секреции инсулина. Участвует в регуляции иммунной системы, улучшении сна. Уровень его повышается от переднего к заднему молоку. Концентрация снижается к 6 месяцам
Адипонектин	Адипоцитный гормон, регулирующий метаболизм липидов и глюкозы. Он улучшает чувствительность к инсулину, улучшает окислацию жирных кислот, снижает продукцию глюкозы печенью. Адипонектин обладает выраженными противовоспалительными свойствами, ингибирует провоспалительные цитокины на клетках эндотелия. Имеет противодействующий эффект к лептину, может замедлять транзит пищи через желудок
Резистин	Адипокин, открыт в 2008 г. Является сигнальной системой к накоплению жира в организме и регулятором гомеостаза глюкозы. Выступает антагонистом инсулина. Уровень его в молозиве очень высокий, в грудном молоке значительно снижается к 6 месяцам лактации
Обестатин	Модулятор пищевого поведения и является пре-про-грелином. Он участвует в метаболизме глюкозы и других процессах энергетического обмена
Эпидермальный фактор роста (ЭФР)	Выявлен в амниотической жидкости и грудном молоке. ЭФР имеет влияние на созревание и заживление слизистой оболочки кишечника, стимулирует энтероцит, увеличивая синтезу ДНК, деление клеток, абсорбции воды и глюкозы и синтезу белка в кишечнике. Уровень ЭФР самый высокий в молозиве и раннем молоке. Грудное молоко для недоношенных детей содержит более высокие уровни ЭФР [21]
Нейрональный фактор роста (НФР)	Активация «энтеральной» нервной системы, влияет на выживаемость и рост нейронов. Имеет высокую концентрацию до 3 месяцев лактации
Инсулин-подобный фактор роста (ИПФР 1 и 2)	Влияет на увеличение тканевого роста, снижает атрофию кишечника, особенно при страдании энтероцитов после кишечного повреждения от окислительного стресса. Наибольшая концентрация в молозиве и в первые месяцы вскармливания в грудном молоке
Васкулярный эндотелиальный фактор роста	Отвечает за ангиогенез, является главным фактором профилактики ретинопатии недоношенных. Наибольшая концентрация в молозиве
Эритропоэтин	Основной гормон, увеличивающий количество эритроцитов (RBC), активизируется значительно при кровопотерях. Усиливает всасывание железа. Опосредовано снижает риск развития некротического энтероколита

ченных материалах. Ранее аксиомой считалась стерильность грудного молока. В учебниках по педиатрии рекомендовалось сцеживать первые капли молока, так как они «загрязнены бактериями» [11]. Сегодня мы знаем, что бактерии населяют абсолютно все системы организма человека, уже к концу первого триместра беременности плод содержит бактерии в небольшом титре [12]. В настоящее время использование так называемого OMICS-подхода (genomics, proteomics, metabolomics), геномных методов секвенирования (в частности 16S РНК-секвенирование) выявлено более 200 видов бактерий грудного молока [13]. В молоке обнаруживались следующие роды: *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Serratia*, *Pseudomonas*, *Corynebacteria*, *Ralstonia*, *Propionibacteria*, *Sphingomonas*, *Bradyrhizobiaceae* (относятся к основным 4 видам), а при наличии мастита выявлялись даже роды *Pseudomonas*, *Sphingomonas*, *Novospingobium*, *Sphingopyxis* и *Sphingobium* [14].

Основные виды бактерий, выявленные в грудном молоке, представлены на рисунке 3. Метод идентификации бактерий – анализ генов 16S рРНК, до последнего времени считался наиболее достоверным. Однако ему на смену приходят новые современные методы, одним из которых является секвенирование следующих поколений (NGS) на приборах Illumina, SOLiD, 454, Ion Torrent. Новые методы обладают высокой разрешающей способностью анализа микробиоты и отличаются высокой производительностью. По данным этих исследований, роды *Streptococcus* и *Staphylococcus* (вид *Firmicutes*) являются преобладающими родами в микробиоте грудного молока, независимо от географического положения или техники сбора молока [15]. А ведь до недавнего времени, высев стафилококка или стрептококка из грудного молока приводил к необоснованному назначению антибактериальной терапии младенцу и/или отмене грудного вскармливания! Сейчас доказано, что применение антибактериального препарата даже





единожды в возрасте до 2-х лет приводит к риску развития метаболического синдрома в дальнейшем.

Человеческое молоко стимулирует пролиферацию многочисленных штаммов *Bifidobacterium* и *Lactobacillus*, основных пробиотических микроорганизмов, присутствующих в кишечнике, создавая рН среду, богатую короткоцепочечными жирными кислотами с защитной и питательной ролью на кишечном уровне [16, 17]. Знание этих процессов позволило добавлять пробиотик в искусственные формулы для вскармливания младенцев. При отсутствии грудного молока эти продукты ребенок потребляет постоянно в течение первых 1,5 – 2 лет жизни, что не заменяет функций грудного молока, но позволяет приблизиться к некоторым иммунологическим эффектам при формировании здоровья ребенка.

В 2017 г. предложен новый способ изучения видов микробов: аналитические сети, которые основаны

различные ткани организма. Новые данные о совокупности всех уже выявленных компонентов грудного молока показывают многоуровневое влияние грудного вскармливания на отдаленные последствия формирования здоровья в будущем. Это открытие подчеркивает потенциал стволовых клеток грудного молока для возможного использования в качестве новых моделей биоинженерии и регенерации тканей.

Гормоны грудного молока являются источником энергетического гомеостаза, то есть влияют на аппетит, прибавку в массе, метаболизм ЦНС. К ним относят лептин, адипонектин, инсулин, грелин, резистин, обестатин, пептид YY, глюкагон подобный пептид. Свойства этих гормонов представлены в *таблице 2*.

Микронутриенты грудного молока хорошо изучены. Проведены исследования, метанализы, которые выявили, что количество их меняется и зависит от стадии лактации и потребностей младенца. Особенно это выражено для а-токоферола, а-каротина, b-каротина и натрия, уровень которых очень высок в молозиве [22].

В заключении отметим, что грудное вскармливание имеет куда более значимую роль в жизни человека, чем просто питание младенца. Грудное молоко влияет на качественный состав организма и его функциональные системы. Заявление о том, что «человеческое молоко живое», является очень точным определением грудного молока. Клетки, микробы и биоактивные факторы заставляют молоко жить, а взаимодействие грудного молока с матерью и младенцем создает симбиотические отношения.

В формировании здорового образа жизни важны не только длительность грудного вскармливания, но и качество молока. Необходима медицинская и социальная поддержка кормящих женщин, так как любые стрессы и заболевания приводят к негативным последствиям уже в следующем поколении. Например, доказано, что младенцы, рожденные от курящих женщин, значимо чаще страдают заболеваниями бронхолегочной системы, склонны к развитию астмы, бронхиальной астмы, синдрому внезапной смерти [23]. Это трудная задача – объяснить и понять сложность и динамическую взаимосвязь между постоянно меняющейся секрецией, грудным молоком и развивающимся младенцем. Бесспорно одно: грудное молоко является живой тканью, оказывающей основное воздействие на формирование здоровья ребенка в отдаленном будущем.

## В формировании здорового образа жизни важны не только длительность грудного вскармливания, но и качество молока.

на изучении взаимодействия микробов в непосредственном микробном сообществе и их влиянии на метаболизм, гомеостаз и иммунитет их хозяев. Возможно, что понимание этих экологических взаимоотношений поможет в разработке терапевтических подходов для предотвращения целого спектра заболеваний, ассоциированных с микробиомом [16, 18]. Действительно, здоровая микробиота кишечника может индуцировать специфические ответы Т-клеток и модулировать окислительные субстраты, уменьшая влияние аутоиммунных и аллергических заболеваний не только в детском возрасте, но и во взрослой жизни [19].

В 2007 г. Peter Hartmann с коллегами впервые обнаружили универсальные стволовые клетки в женском грудном молоке. Уникальность их заключается в том, что, попадая через грудное молоко в пищеварительный тракт младенца, они могут дифференцироваться в разные ткани в зависимости от потребности организма: участвовать в формировании костей, суставов, жировой ткани, ацинарных клеток поджелудочной железы, производящих инсулин, клеток печени, синтезирующих альбумин, нейтронов [20]. Попадая с молоком матери в организм ребенка, стволовые клетки приобретают необходимую функциональность и встраиваются в

### ИСТОЧНИКИ

1. Погосова Н.В. Инфаркт, инсульт – не приговор, их можно предотвратить. *Московская медицина*. 4 (19) 2017:26-31.
2. Эффективная фармакотерапия. Пресс-релиз компании «Нестле». 7; 2016:6 – 7.
3. Clarke J. Observations on the Properties Commonly Attributed by Medical Writers to Human Milk, on the Changes It Undergoes in Digestion, and the Diseases Supposed to Originate from This Source in Infancy. *Lond Med J*. 1790;11(Pt 1):71-91. PMID:29139973 PMID: PMC5550145.
4. Routh C. H. F. On the Mortality of Infants in Foundling Institutions, and Generally, as Influenced by the Absence of Breast-Milk *Br Med J*. 1858 Apr 17; 1(68): 308–311. PMID: PMC2251174.
5. Ballard O., Morrow A.L. Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors, *Pediatr Clin North Am*. 2013 February; 60(1): 49–74. doi:10.1016/j.pcl.2012.10.002.



6. Haschke F., Haiden N., Thakkar S.K. Nutritive and Bioactive Proteins in Breast Milk. Reprinted with permission from: *Ann Nutr Metab* 2016;69(suppl 2):17–26 DOI: 10.1159/000452820.
7. Cacho N.T., Lawrence R.M. Innate Immunity and Breast Milk, *Front Immunol.* 2017; 8: 584. Published online 2017 May 29. doi: 10.3389/fimmu.2017.00584, PMID: PMC5447027.
8. Carver J. D., Walker W. A. The role of nucleotides in human nutrition. *Nutr. Biochem.* 1995; 6: 58–72.
9. Liao Y., Alvarado R., Phinney B., Leonnerdal B. Proteomic Characterization of Human Milk Whey Proteins during a Twelve-Month Lactation Period. *American Chemical Society*, 2011; 10 (4): 1746–1754.
10. Bode L., McGuire M., Rodriguez J.M., Geddes D.T., Hassiotou F., Hartmann P.E., McGuire M.K. It's alive: microbes and cells in human milk and their potential benefits to mother and infant. *Adv Nutr.* 2014 Sep;5(5):571-3.
11. Бисярина В.П. Детские болезни с уходом за детьми и анатомо-физиологические особенности детского возраста. – 3-е изд., стереотипное. – М.: медицина, 1984. – 464 с., ил. Ст. 108-109.
12. Borghi E., Massa V., Severgnini M., Fazio G., Avagliano L., Menegola E., Bulfamante G., Morace G., Borgo F. Antenatal microbial colonisation of mammalian gut. *bioRxiv preprint first posted online Dec. 18, 2017* doi: <https://doi.org/10.1101/236190>.
13. Drago L, Toscano M, De Grandi R, Grossi E, Padovani EM, Peroni DG. Microbiota network and mathematic microbe mutualism in colostrum and mature milk collected in two different geographic areas: Italy versus Burundi *ISME J.* 2017 Apr; 11(4):875-884.
14. Hunt K.M., Foster J.A., Forney L.J., Schlytte U.M., Beck D.L., Abdo Z., Fox L.K., Williams J.E., McGuire M.K., McGuire M.A. Characterization of the diversity and temporal stability of bacterial communities in human milk. *PLoS One.* 2011;6(6):e21313. doi: 10.1371/journal.pone.0021313. Epub 2011 Jun 17. PubMed PMID: 21695057; PubMed Central PMCID: PMC3117882.
15. John L. Fitzstevens1; Kelsey C. Smith, MA2,3; James I. Hagadorn, MD, Melissa J. Caimano, PhD, Adam P. Matson, MD, Elizabeth A. Brownell, PhD, Systematic Review of the Human Milk Microbiota, *Nutrition in Clinical Practice*, Volume 32 Number 3, June 2017 354364.
16. Walker W.A., Iyengar R.S. Breast milk, microbiota, and intestinal immune homeostasis. *Pediatr Res.* 2015 Jan; 77(1-2):220-8.
17. Houghteling P.D., Walker W.A. Why is initial bacterial colonization of the intestine important to infants' and children's health? *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2015 Mar; 60(3):294-307.
18. Toscano M., De Grandi R., Grossi E., Drago L. Role of the Human Breast Milk-Associated Microbiota on the Newborns' Immune System: A Mini Review. *Front Microbiol.* 2017 Oct 25;8:2100. doi: 10.3389/fmicb.2017.02100. eCollection 2017. Review. PubMed PMID: 29118752; PubMed Central PMCID: PMC5661030.
19. Rodriguez JM, The origin of human milk bacteria: is there a bacterial entero-mammary pathway during late pregnancy and lactation? Review. *Adv Nutr.* 2014 Nov; 5(6):779-784.
20. Hassiotou F1, Beltran A, Chetwynd E, Stuebe AM, Twigger AJ, Metzger P, Trengove N, Lai CT, Filgueira L, Blancafort P, Hartmann PE. *Stem Cells.* 2012 Oct;30(10):2164-74.
21. Morrow A.L., Ballard O., Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. *Pediatr Clin North Am.* 2013 February ; 60(1): 49–74. doi:10.1016/j.pcl.2012.10.002.
22. Bouayed J., Bohn T. Dietary Derived Antioxidants: Implications on Health. *Nutrition, Well-Being and Health.* 2012: 1 – 22.
23. Trotter S. Smoking and Breastfeeding. 2018 Saved from URL: <https://www.news-medical.net/health/Smoking-and-Breastfeeding.aspx>.

### ПОКАЗАТЕЛЬ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ ВЫШЕ, ЧЕМ В ЕВРОСОЮЗЕ

Показатель смертности среди населения трудоспособного возраста в России в 6 раз выше, чем в Евросоюзе. Об этом в декабре 2017 г. в рамках официального открытия форума «Российская неделя здравоохранения-2017» сообщил первый заместитель председателя Комитета Госдумы по охране здоровья Николай Герасименко.

«В России стремительно снижается численность населения в возрасте от 20 до 40 лет. В середине XX в. доля этой возрастной группы в общей массе населения составляла 60%, сейчас – 40%, и этот показатель продолжает снижаться», – заявил он.

По мнению Николая Герасименко, причина высокого показателя смертности в трудоспособном возрасте – прямое следствие отсутствия заботы граждан о своем

здоровье и заботы работодателей о здоровье сотрудников. «Основной резерв связан со снижением смертности от неинфекционных заболеваний. Необходимо выделять целевые группы для таргетной профилактики, прежде всего это мужчины трудоспособного возраста. Потому что высокая смертность в трудоспособном возрасте – это вредные привычки, высокий травматизм, наркотики, поздно выявленные и плохо пролеченные хронические заболевания. Работающие граждане больше всего курят, злоупотребляют алкоголем и мало заботятся о своем здоровье», – уточнил он.

В Минздраве признают, что уровень смертности в стране остается чрезвычайно высоким, он на 119% выше, чем в старых странах Евросоюза и на 30% выше, чем в государствах, недавно вошедших в ЕС. Однако, как сказала на межфракционных парламентских слушаниях, посвященных доступности и качеству оказания медицинской помощи гражданам, проживающим в сельской местности, 12 октября 2017 г. министр здравоохранения Вероника Скворцова, в сельской местности смертность у людей старшего трудоспособного возраста снизилась за последние пять лет на 12,5%, у людей трудоспособного возраста – на 12,7%. В городе смертность трудоспособного населения ниже, разрыв составляет около 20%.

<https://medvestnik.ru>

**В.Б. НИКИШИНА**<sup>1</sup>, д.психол.н., профессор, заведующая кафедрой психологии здоровья и коррекционной психологии  
**Н.В. КЛЮЕВА**<sup>2</sup>, д.психол.н., профессор, заведующая кафедрой консультационной психологии

## Критериально-генетическая модель психологического здоровья



В.Б. НИКИШИНА



Н.В. КЛЮЕВА

**Ключевые слова:** здоровье, модель психологического здоровья, критерии психологического здоровья, возрастной период

**Nikishina V.B., Klyueva N.V. Criterial-genetic model of psychological health**

The article singles out the criteria of psychological health, presents the results of the study of the role of each criterion of psychological health at different age stages.

**Keywords:** health, model of psychological health, criteria of psychological health, age period

**В статье выделены критерии психологического здоровья, составляющего основу здорового образа жизни. Представлены результаты исследования роли каждого критерия психологического здоровья на разных возрастных этапах.**

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск, vbnikishina@mail.ru

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова», г. Ярославль, nadejda@uniyar.ac.ru

Категория здоровья глобальна по своему содержанию и значению. Но фактически как основной ценностный ресурс как на социальном уровне, так и на уровне субъекта не имеет измеряемых и верифицируемых характеристик. Содержательной точки зрения здоровье рассматривается либо с позиции отсутствия болезни, либо через совершенно общее значение, которое определяется через благополучие. Анализ теоретических подходов к понятию здоровья позволяет говорить о его обусловленности образом жизни как фактором, упорядочивающим внешние воздействия среды и внутренние конституционно-наследственные детерминанты здоровья. Согласно определению, предложенному Всемирной организацией здравоохранения, здоровье представляет собой состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов [1]. Очевидно, сложной представляется дифференциация состояния здоровья по составляющим по причине отсутствия границ между физическим, душевным, социальным аспектам. Физическое здоровье определяется как естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем. Душевное здоровье – способность человека справляться со сложными обстоятельствами жизни, сохраняя оптимальный эмоциональный фон и адекватность поведения. Социальное здоровье характеризуется способностью человека адаптироваться и функционально контактировать в социуме. При этом физическое, душевное и социальное здоровье во многом зависят как от поведения самого субъекта и его способности управлять теми или иными жизненными процессами, так и от его образа жизни. На наш взгляд, здоровый образ жизни предполагает не только стремление человека к поддержанию физической формы и телес-

ного здоровья (регулярные физические нагрузки, сбалансированное питание, профилактика заболеваний, отсутствие вредных привычек и т.д.), но и сознательное формирование в себе «здорового духа» – высоких нравственных качеств, правдивости, совестливости, ответственности и др. – на протяжении всей его жизни.

В этой связи возникает проблема критеризации и границ физического, душевного и социального здоровья.

Решение сформулированной проблемы предполагает следующее.

Во-первых, оценку, например, в популяционном масштабе состояния здоровья как на субъективном, так и на объективном уровнях. Так, по данным проведенного Глобального исследования медицины здоровья «Индекс здоровья будущего», в России 95% опрошенных медицинских работников и 60% граждан оценивают состояние здоровья населения как «плохое» или «неудовлетворительное» [2].

Во-вторых, социальную нормативность здоровья, в частности, для Российской Федерации. Нормативно-правовое отражение состояния здоровья представлено через базовый закон – Конституцию Российской Федерации, ст. 41 (и др.: 2, 19, 20) которой гласит: «Каждый имеет право на охрану здоровья».

В-третьих, социальные установки в отношении здоровья. Так, факторы поддержания здоровья даются через понимание здоровья как состояния, не имеющего собственного содержания (отсутствие болезней). Социальная реклама здорового образа жизни подается через отрицание вредных привычек. Статистика научных публикаций в отраслях медицинской науки по соотношению исследованной болезни и болезни свидетельствует о значительном преобладании научного интереса именно к болезни. Стратегия фармбизнеса такова, что реклама фармацевтических препаратов занимает от 30% до 60% видеорекламы. Каждый рекламный блок включает в себя от 8 до 12 роликов, 4-6 из которых рекламируют продукцию фармацевтической промышленности [4].



В-четвертых, понимание инвариантности и изменчивости составляющих здоровья, прежде всего, психологического, значимо для разработки и внедрения профилактических консультационных, образовательных технологий работы с различными возрастными группами.

Наиболее дискуссионной проблемой в анализе состояния здоровья как категории научного исследования является соотношение и установление границ между психическим, душевным и психологическим здоровьем. Если в авторских позициях психическое здоровье рассматривается как состояние душевного благополучия без болезненных проявлений [3], то содержание психологического здоровья связывается с нравственно-этическими характеристиками личности в ее генезе [5]. Содержанием психологического здоровья, согласно гуманистической концепции А. Маслоу, является стремление к развитию собственного потенциала через самоактуализацию и стремление к реализации гуманистических ценностей. Иными словами, проявление высоких нравственных качеств и социальную адаптированность человека, характеризующих психологическое здоровье, можно рассматривать в качестве показателей здорового образа жизни. Здоровый образ жизни чаще всего в современном сознании ассоциируется со здоровым телом (питание, спорт, экология и т.п.). А о здоровье духа, проявляющемся в чистоте помыслов, правдивости и социальной адаптированности мы как-то забываем. В связи с этим, формирование в себе высоких нравственных качеств, характеризующих содержание психологического здоровья, является одним из ведущих показателей здорового образа жизни.

Понятийная инвариантность психологического здоровья в отечественной психологии представлена в *таблице 1*.

Таким образом, просматриваются две проблемы: обобщенность содержания и отсутствие критериев психологического здоровья. Систематизация отечественных подходов в изучении данной проблемы позволила выделить следующие критерии психологического здоровья: социальная адаптация, совестливость, ответственность, антиципационно-

## Наиболее дискуссионной проблемой в анализе состояния здоровья как категории научного исследования является соотношение и установление границ между психическим, душевным и психологическим здоровьем.

прогностическая состоятельность и сбалансированность, выступающая в качестве интегративного критерия психологического здоровья личности. Представленные критерии здоровья соотносимы с критериями здорового образа жизни, в состав которого входят мотивационно-ценностный, содержательный, процессуальный и эмоционально-волевой компоненты.

Социальная адаптация характеризует процесс активного приспособления субъекта к изменяющимся условиям социальной среды. Ответственность определяется как способность субъекта к анализу ситуации, раннему прогнозированию последствий собственных действий или бездействий в данной

Таблица 1. Понятийная инвариантность психологического здоровья в отечественной психологии [4]

Автор	Понятийная инвариантность
В.Э. Пахальяна	Динамичное состояние внутреннего благополучия личности, которое составляет ее сущность и позволяет актуализировать свои индивидуальные и возрастно-психологические возможности на любом этапе развития
Е.В. Советова	Высокий уровень социально-психологической адаптации, проявляющейся в гармоничных отношениях с окружающим и субъективным ощущением психологического комфорта
Р.М. Хусаинова	Интегральная характеристика личностного благополучия, включающая когнитивно-оценочный компонент биологического, психологического, социального уровней его проявления, при исключительной роли высших психологических образований, выполняющих функции организации, регуляции, обеспечения целостности жизненного пути
М.В. Сокольская	Определяется соблюдением в основных формах проявления жизнедеятельности принципа оптимума, т. е. стремления придерживаться золотой середины, а также эффективной адаптацией, в первую очередь, социальной, социально-психологической и интрапсихической
О.В. Хухлаева	Динамическая совокупность психических свойств человека, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества, являющихся предпосылкой ориентации личности на выполнение своей жизненной задачи
Т.В. Башкирева	Совокупность генетических и врожденных функциональных, физиологических, психических, адаптационных особенностей и способностей человека, проявляющихся в гармонии субъектного, личностного развития



ситуации, а также выбору формы реализации своих поступков и готовности принять последствия собственного выбора. Совестливость содержательно характеризует самокритичность и чувствительность субъекта к нравственной стороне своих поступков, а также предъявление к себе высоких нравственных требований. Антиципационно-прогностическая состоятельность как критерий психологического здоровья характеризует способность субъекта планировать и прогнозировать действия, а также принимать решения с временно-пространственным упреждением в отношении ожидаемых, будущих событий. Сбалансированность как критерий психологического здоровья выступает в качестве интегративной характеристики психологического здоровья.

Целью исследования являлось изучение психологического здоровья в генезе.

Общий объем исследовательской выборки составил 312 человек (168 женщин, 144 мужчины). Деление испытуемых на группы осуществлялось с учетом онтогенетического этапа развития. В первую группу вошли 68 испытуемых подросткового возраста (12-15 лет) – учащиеся общеобразовательных школ г. Курска. Вторую группу составили 87 испытуемых юношеского возраста (17-21 год), являющихся студентами Курского государственного медицинского университета. В третью группу вошли испытуемые в возрасте 23-54 года, что соответствует онтогенетическому этапу взрослости (94 человека). Четвертую группу составили 63 испытуемых в возрасте 60-66 лет, что соответствует возрастному этапу старости. Основанием включения испытуемых в исследовательские группы являлось отсутствие хронических соматических, психических и психосоматических заболеваний (для испы-

туемых, находящихся в границах подросткового, юношеского возраста, периода взрослости – заключение «здоров» по результатам прохождения процедуры профилактического осмотра; для испытуемых, находящихся в границах периода старости – при возрастных соматических изменениях отсутствие тяжелых хронических соматических заболеваний по заключению врача-терапевта).

Измерительные процедуры исследования соотносилось с содержанием критериев психологического здоровья и представлены в *таблице 2*.

Статистическая обработка полученных результатов исследования осуществлялась с использованием методов описательной (показатели средних значений) и сравнительной (непараметрический U-критерий Манна-Уитни,  $p < 0,05$ ) статистики, а также метода корреляционного анализа (t-критерий ранговой корреляции Спирмена,  $p < 0,05$ ).

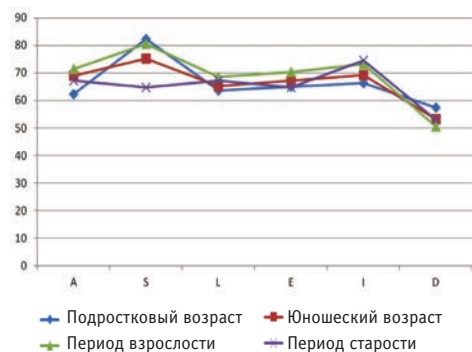
В результате исследования социальной адаптации, рассматриваемой в качестве одного из критериев психологического здоровья, на разных возрастных этапах выявлен средний с тенденцией к высокому уровень адаптации (*рис. 1*).

Представляя качественную специфику социальной адаптации на разных возрастных этапах, выявлены следующие особенности: в подростковом и юношеском возрасте социальная адаптация как критерий психологического здоровья на уровне качественных оценок характеризуется преобладанием показателей принятия себя и экстернальности (характеризующей предрасположенность субъекта приписывать ответственность за события, происходящие в жизни, внешним факторам). Период взрослости характеризуется равномерным распределением качественных составляющих социально-психологической адаптации:

Таблица 2. Содержательно-методическое обеспечение критериев психологического здоровья

Критерий	Содержание критерия	Методика изучения
Социальная адаптация/ дезадаптация	Адаптивность, принятие себя, принятие других, эмоциональный комфорт, интернальность, доминирование	Опросник социально-психологической адаптации (Роджерс К., Даймонд Р.). Адаптивность
Ответственность/ безответственность	Моральная рефлексия, нравственная интуиция, экзистенциальный аспект ответственности, альтруистические эмоции, морально-этические ценности, общий уровень морально-этической ответственности	Методика диагностики уровня морально-этической ответственности личности (ДУМЭОЛ) (Муздыбаев К.К.). Общий уровень морально-этической ответственности.
Совестливость/бессовестливость	Уровень склонности ко лжи	Методика определения склонности ко лжи (Экман П.). Уровень склонности ко лжи
Антиципационно-прогностическая состоятельность	Антиципационная состоятельность, способность к планированию, прогнозированию	Тест антиципационной состоятельности (В.Д. Менделевич). Методика изучения способности к прогнозированию (Л.А. Рёгуш)
Сбалансированность/ разбалансированность	Критериальная сбалансированность/разбалансированность психологического здоровья	Корреляционный анализ критериального содержания

**Рисунок 1.** Профили показателей средних значений параметров социальной адаптации на разных возрастных этапах



Условные обозначения: А–адаптивность, S–принятие себя, L–принятие других, E–эмоциональный комфорт, I–интернальность, D–стремление к доминированию.

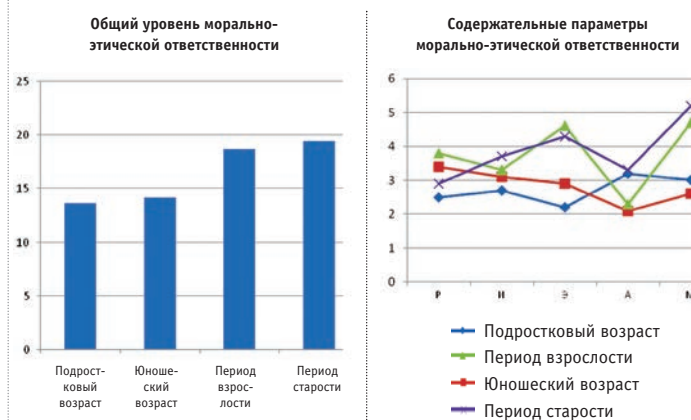
адаптивность, принятие себя, принятие других, интернальность (как предрасположенность субъекта принимать ответственность за события, происходящие в жизни, на себя), эмоциональный комфорт, доминирование. В старости социальная адаптация обеспечивается преимущественно параметрами интернальности, высоким показателем принятия других, а также высокой адаптивностью.

Осуществляя анализ критерия ответственности/безответственности, оцениваемого через показатели морально-этической ответственности (рефлексия на морально-этические ситуации, интуиция в морально-этической сфере, экзистенциальная ответственность, альтруистические эмоции, морально-этические ценности), выявлена тенденция к возрастанию данного показателя на разных возрастных этапах. При этом возрастание общего уровня морально-этической ответственности от подросткового возраста к юношескому, а также от периода взрослости к периоду старости является минимальным. Наиболее значимый рост данного показателя отме-

юношеском возрасте общий уровень морально-этической ответственности обеспечивается преимущественным преобладанием рефлексии на морально-этические ситуации при минимальной представленности альтруистических эмоций. В период взрослости преобладающими качественными показателями морально-этической ответственности являются высокая экзистенциальная ответственность и морально-этические ценности при снижении значимости альтруистических эмоций. В период старости морально-этическая ответственность также обеспечивается высокой экзистенциальной ответственностью и морально-этическими ценностями, однако данные показатели значимо отличаются от таковых в периоде взрослости.

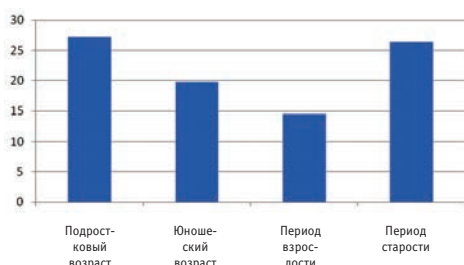
Таким образом, полученные результаты свиде-

**Рисунок 2.** Профили показателей средних значений критерия морально-этической ответственности на разных возрастных этапах



Условные обозначения: P–рефлексия на морально-этические ситуации, И–интуиция в морально-этической сфере, Э–экзистенциальная ответственность, А–альтруистические эмоции, М–морально-этические ценности.

**Рисунок 3.** Гистограмма средних значений показателей склонности ко лжи на разных возрастных этапах



чается при переходе от юношеского возраста к периоду взрослости (рис. 2).

Уровень морально-этической ответственности в подростковом возрасте обеспечивается преобладанием показателей альтруистических эмоций и морально-этических ценностей при минимальном значении экзистенциальной ответственности. В

тедьствуют о том, что на фоне сходного значения показателей общего уровня морально-этической ответственности в подростковом и юношеском возрасте, а также в периоды взрослости и старости, выявлена содержательная специфичность.

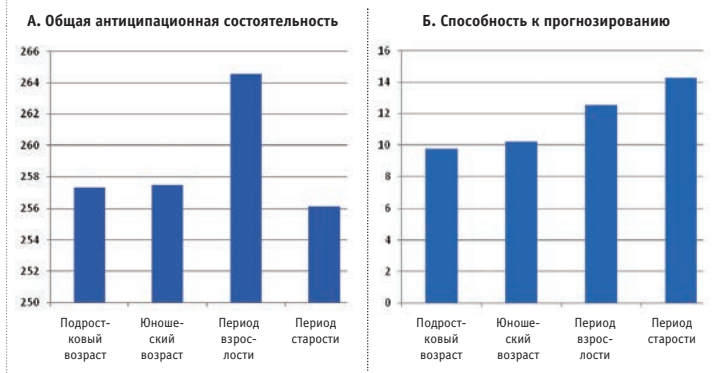
Критерий совестливости/бессовестливости оценивался через показатель склонности ко лжи. В результате анализа склонности ко лжи на разных возрастных этапах выявлено монотонное значимое снижение данного показателя от подросткового возраста к юношескому и далее, к периоду взрослости, с последующим возрастанием в период старости (рис. 3).

Осуществляя анализ антиципационно-прогностической состоятельности как критерия психологического здоровья на разных возрастных этапах, выявлена монотонно возрастающая тенденция способности к прогнозированию от подросткового возраста к юношескому, и далее (рис. 4Б).

Общий уровень антиципационной состоятельности на разных возрастных этапах характеризуется незначительным ростом в юношеском возрасте в сравнении с подростковым ( $p=0,058$ ), значитель-



**Рисунок 4.** Гистограммы средних значений показателей антиципационно-прогностической состоятельности на разных возрастных этапах

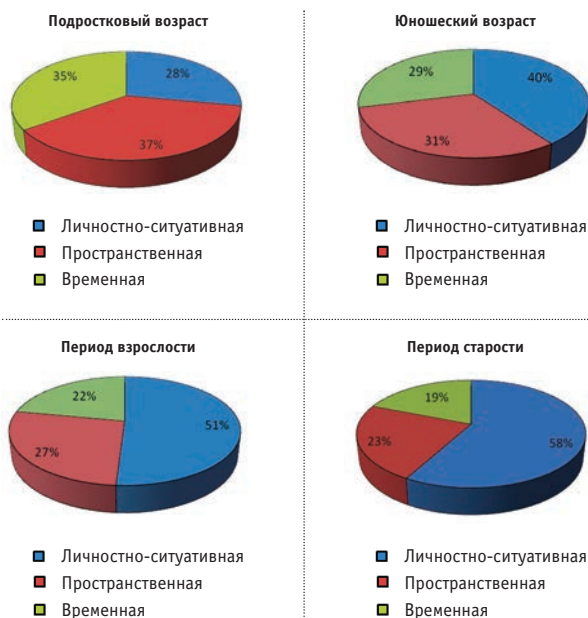


ним увеличением показателя в период взрослости в сравнении с юношеским возрастом ( $p=0,027$ ), а также значимым снижением ( $p=0,018$ ) в период старости в сравнении со взрослостью (рис. 4А). При этом достоверно установлено, что общий уровень антиципационной состоятельности вне зависимости от возрастного этапа обеспечивается пре-

### Системообразующую роль в психологическом здоровье в подростковом возрасте выполняет социальная адаптация, в юношеском возрасте – совесть, в период взрослости – антиципационно-прогностическая состоятельность, в период старости – ответственность.

имущественно личностно-ситуативной антиципацией (характеризующейся включением индивидуального опыта в осуществление процессов планирования и прогнозирования) при равнозначности пространственной и временной антиципации.

**Рисунок 5.** Диаграммы долевого распределения содержательных параметров антиципационной состоятельности на разных возрастных этапах



Представляя доленое распределение содержательных параметров антиципационной состоятельности на разных возрастных этапах, установлено возрастание доли личностно-ситуативной антиципации, характеризующей включение собственного опыта в процессы планирования и прогнозирования будущего при переходе от подросткового возраста к юношескому и далее (рис. 5).

При этом доля временной и пространственной антиципационной состоятельности в генезе снижается (от подросткового возраста к юношескому, от юношеского возраста к взрослости, от взрослости к старости). Общей тенденцией содержательного анализа антиципационной состоятельности вне зависимости от возрастного этапа является преобладание личностно-ситуативной антиципации при минимальной представленности временной антиципационной состоятельности.

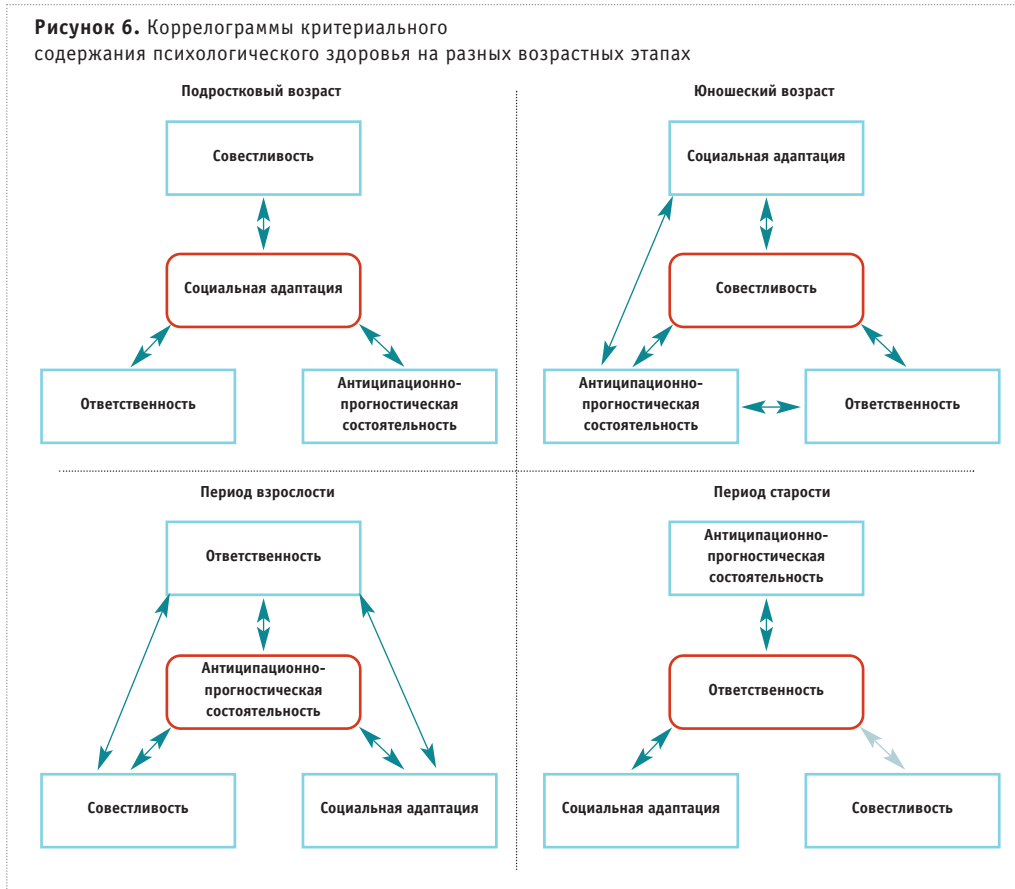
Оценка сбалансированности психологического здоровья осуществлялась через установление взаимосвязей между критериями социальной адаптации/дезадаптации, ответственности/безответственности, совестливости/бессовестливости, антиципационно-прогностической состоятельности. Выявлена высокая сбалансированность критериального содержания психологического здоровья на разных возрастных этапах (рис. 6).

При этом специфика критериального содержания психологического здоровья на разных возрастных этапах проявляется на уровне системообразующих критериев. В подростковом возрасте сбалансированность психологического здоровья обеспечивается критерием адаптации, характеризующим способность трансформации (перестройки) поведения субъекта в соответствии с изменяющимися внешними по отношению к нему требованиями и условиями. В юношеском возрасте в качестве системообразующего критерия, обеспечивающего сбалансированность психологического здоровья, выступает совесть (оцениваемая через уровень склонности ко лжи), проявляющаяся в высокой требовательности и самокритичности как по отношению к себе, так и по отношению к окружающим. В период взрослости сбалансированность психологического здоровья обеспечивается высокой антиципационно-прогностической состоятельностью, проявляющейся в способности к прогнозированию будущих событий и реализации действий с учетом пространственно-временного фактора. В старости в качестве системообразующего фактора, обеспечивающего сбалансированность психологического здоровья, выступает высокий уровень морально-этической ответственности, характеризующийся рефлексивностью на морально-этические ситуации, интуитивностью в морально-этической сфере, экзистенциальной ответственностью, альтруистическими эмоциями, а также морально-этическими ценностями.

Итак, являясь сложно измеряемым состоянием, психологическое здоровье в критериально-генетическом аспекте характеризуется изменением роли каждого критерия для сохранения соответствующей возрасту устойчивости организма, максимальной активности личности в повседневной



**Рисунок 6.** Коррелограммы критериального содержания психологического здоровья на разных возрастных этапах



жизни и профессиональной деятельности. Системообразующую роль в психологическом здоровье в подростковом возрасте выполняет социальная адаптация, в юношеском возрасте – совестливость, в период взрослости – антиципационно-прогностическая состоятельность, в период старости – ответственность.

Таким образом, здоровый образ жизни определяется, в первую очередь, психологическим здоровьем, которое оценивается в критериях социальной адаптации, совестливости, ответственности, анти-

ципационно-прогностической состоятельности и сбалансированности. В связи с этим главной задачей, стоящей перед психологией здоровья и здорового образа жизни, является достижение и сохранение психологического и физического здоровья. Представленные результаты способствуют развитию теоретических представлений о значимых характеристиках, определяющих психологическое здоровье на разных возрастных этапах, и задают ориентиры для практической работы в психотерапии, консультировании профилактики.

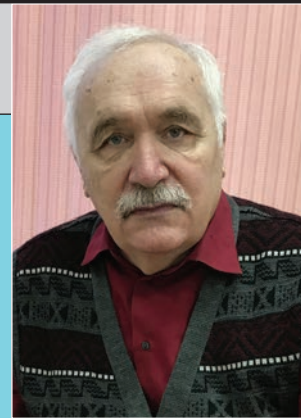
## ИСТОЧНИКИ

1. Всемирная организация здравоохранения. Основные документы. 48-е изд. – Италия, 2014. – 272 с. [Электронный ресурс]. Дата обращения: 29.01.2018. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-ru.pdf?ua=1#page=9>
2. Глобальное исследование «Индекс здоровья будущего» // <http://health.rbc.ru/prevention/globalnoe-issledovanie-indeks-zdorovya-budushego/>
3. Караваев Ф.Ф. Психологическое здоровье и здоровьесберегающие технологии в образовании // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2014. – №3(58). – С. 64-70.
4. Лазаренко В.А., Ткаченко П.В., Григорьев Н.Н. Пациент и больной как две идеологические позиции в современной медицине // Коллекция гуманитарных исследований. – 2017. – №6(9). – URL: <http://j-chr.com/> Дата обращения: 29.01.2018.
5. Лебедева О.В. Проблема соотношения понятий «психическое здоровье» и «психологическое здоровье» в отечественной и зарубежной психолого-педагогической литературе // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. – 2013. – №3 (1). – С. 33-37.



Г.А. СОРОКИН<sup>1</sup>, к.б.н., старший научный сотрудник

## Интегральная оценка психосоматических симптомов профессионального выгорания и его профилактика



Г.А. СОРОКИН

**Ключевые слова:** профессиональное выгорание, переутомление, рабочая нагрузка, дефицит отдыха, организационные и психосоциальные причины, прогнозирование риска, профилактика

**Sorokin G.A. North-West Public Health Research Center, Saint Petersburg. Integral assessment of psycho-somatic symptoms of occupational burnout and its prevention**

*An overview of publications and results of own research on the basic aspects of occupational burnout (OV): the relevance of the topic, terminology, OV as a chronic emotional overfatigue at work, the physiological meaning of work measurement to prevent PV, chronobiological reasons (lack of rest due to inadequate combination of labor intensity with the duration of the working day and week); assessment of the effects of overfatigue (the annual increase of the risk of PV); prediction and prevention of PV.*

**Keywords:** professional burnout, fatigue, workload, lack of rest, the organizational and psychosocial causes, risk prognostication and prevention

**В статье дан обзор публикаций и приводятся результаты собственных исследований по основным аспектам профессионального выгорания (ПВ): актуальность темы; терминология; ПВ как профессионально обусловленное хроническое эмоциональное переутомление; значение физиологического нормирования труда для предупреждения ПВ, хронобиологические причины (дефицит отдыха при неадекватных сочетаниях интенсивности труда с продолжительностями рабочего дня и недели); оценка последствий переутомления (годовой прирост риска ПВ); прогнозирование и профилактика ПВ.**

<sup>1</sup> ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья» Роспотребнадзора, г. Санкт-Петербург, sorogen50@mail.ru

### Актуальность проблемы

По данным опроса ВЦИОМ основными причинами большинства болезней россиян является работа и стресс [1]. Последние являются источником риска здоровью в том случае, если они вызывают хроническое утомление работающих, которое в последнее время применительно к работникам умственного эмоционально напряженного труда часто именуется как «профессиональное выгорание» (ПВ). ПВ наблюдается более чем у 30% работников здравоохранения, образования, социальных служб, правоохранительных органов [2]. Вместе с тем методология и методики изучения явлений «профессионального выгорания», а следовательно, его профилактики недостаточно разработаны [3]. В обзорах [4, 5] отмечается, что введение нового термина «выгорание» взамен старой хорошо известной концепции утомления является весьма сомнительной идеей, и термин «профессиональное выгорание» есть синоним термина «professional fatigue syndrome». В отечественной классификации МКБ-10 термин «выгорание» определяется как «переутомление» (код Z73.0).

### Переутомление

Диагностические признаки функциональных состояний «профессиональное выгорание» (occupational burnout) и «производственное утомление» (fatigue at work) совпадают; симптомы и их группировка («физическая усталость», «умственная усталость», «эмоциональное истощение») в современных зарубежных вопросниках ПВ аналогичны таковым в давних вопросниках для изучения утомления по ходу работы. В недавнем обзоре [6] обосновывается вывод, что усталость является основным признаком синдрома ПВ. Положение, что общее выгорание (burnout) следует рассматривать как форму депрессии, что она является его сутью [7], не относится к ПВ, поскольку депрессия возникает вследствие социальных и экономических причин [8]. Это опасное психическое расстройство редко является компонентом профессионального выгорания. На рисунке 1 приводятся данные, характеризующие значение переутомления (синдрома хронической усталости – СХУ [9, 10]) для здоровья работников.

Оценка работником любой профессии обычной усталости на работе как «большая, сильная» является простым, оперативным и легко выявляемым индикатором интенсивного процесса эмоционального выгорания (рис. 2). По нашим данным, риск СХУ тесно связан со степенью обычной усталости на работе: у неуставших риск СХУ  $0 \pm 2\%$ ; немного уставших –  $4 \pm 4\%$ ; у умеренно уставших –  $15 \pm 5\%$ ; у сильно уставших –  $40 \pm 10\%$ .

### Критерий оценки ПВ

Для выявления и экспресс-оценки рисков ПВ разработан универсальный, экономичный и оперативный критерий, обобщающий частоту и выраженность семи наиболее распространенных психосоматических симптомов, наблюдающихся у ра-



ботника в течение полугода: 1) головная боль; 2) головокружение; 3) неприятные ощущения в области сердца; 4) нарушения аппетита и пищеварения; 5) расстройства сна; 6) раздражительность; 7) тревожность [9, 10]. Предложена формула обобщения качества, частоты и выраженности этих симптомов:

$$\text{ИНС} = \sum_{i=1}^7 \text{Ч}_i * \text{И}_i + \text{К}_i \text{ (баллы)}, \quad (1)$$

где ИНС – индекс неспецифических симптомов,  $\text{Ч}_i$  – частота проявления  $i$ -го симптома ( $i=1..7$ ) оценивается в баллах: 1 – примерно раз в месяц; 2 – 1-2 раза в неделю; 3 – ежедневно или 3-4 раза в неделю;  $\text{И}_i$  – выраженность проявления  $i$ -го симптома: 1 – очень слабо; 2 – слабо; 3 – выражено (беспокоит, ясно выражено).  $\text{К}_i$  – добавочный коэффициент, учитывающий значимость симптома, который вводится только при  $\text{Ч} = \text{И} = 3$  балла и равен: для симптомов 1, 2, 3  $\text{К} = +6$ ; для симптомов 6 и 7  $\text{К} = -2$ ; для 4 и 5 симптомов  $\text{К} = 0$ .

Для обеспечения работоспособности критерия при оценке риска ПВ необходимо установить его граничное значение (cut-off point [11]), разделяющее обследуемых на «здоровых» и «нездоровых» [12]. Этот вопрос может решаться договорным способом. На рисунке 3 показано, как оценивают эксперты – 20 опытных терапевтов и невропатологов – состояние работниц в возрасте 30-39 лет с разными сочетаниями частоты и выраженности психосоматических симптомов, обобщенных по формуле 1. В качестве cut-off point предложено использовать  $\text{ИНС} = 24$ , – величина, которую 50% экспертов считают свидетельством состояния «предболезнь».

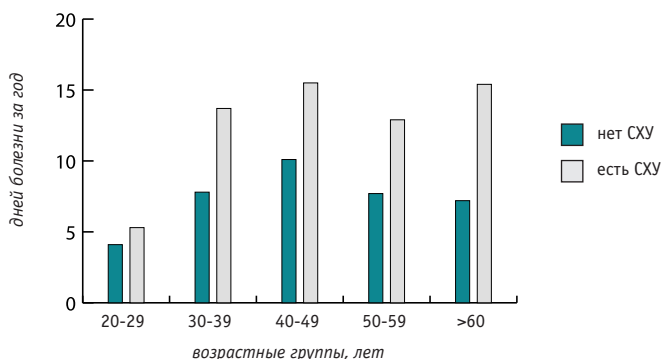
### Дефицит отдыха

Анализ различных определений понятия *burnout* как состояния переутомления («overfatigue») показал, что его ключевым атрибутом является дефицит отдыха (ДО), возникающий при повторяющемся остром утомлении, следы которого не исчезают в периоды времени между суточными и недельными профессиональными нагрузками [13, 14]. Давняя концепция утомления С. Самегон [15], основанная на положении, что единственным измеряемым критерием, отличающим утомление от других функциональных состояний человека, является время, требуемое для восстановления от него, получила в последнее десятилетие широкое признание. Для определения ДО предложен показатель ЧУ – «часы усталости», количество часов состояния усталости за рабочий день и неделю [16]. За отдельный день ЧУ определялось как сумма часов усталости на работе (ЧР) и часов усталости после работы (ЧИ). Суточный дефицит отдыха определяется по формуле:

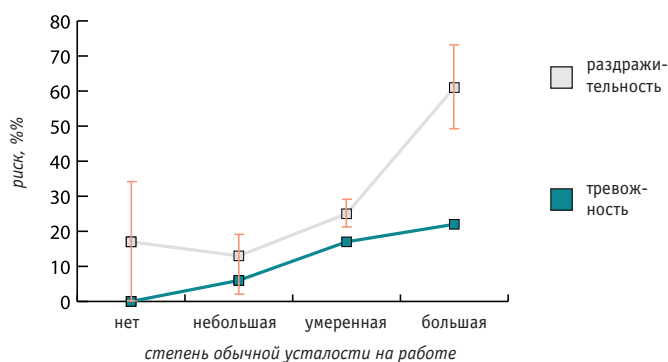
$$\text{ДО}_c [\text{И}_{\text{см}}, \text{ПРН}, \text{ПРД}] = \text{ЧУ} [\text{И}_{\text{см}}, \text{ПРН}, \text{ПРД}] * 0.66 - \text{О}_c [\text{var} \text{О}_c, \text{ПРД}], \quad (2)$$

где:  $\text{ЧУ} [\text{И}_{\text{см}}, \text{ПРН}, \text{ПРД}]$  – продолжительность состояния усталости в рабочие дни при различной рабочей нагрузке [16], которая определялась как со-

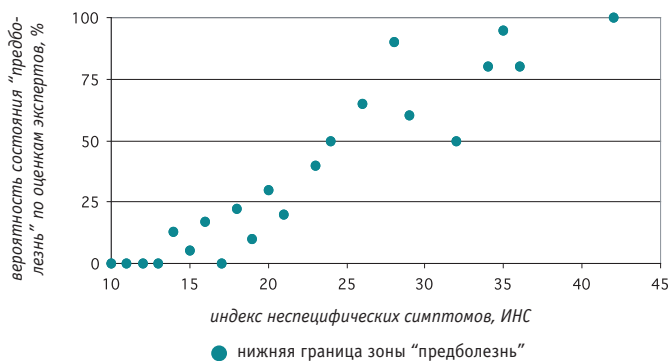
**Рисунок 1.** Количество дней болезни за год медицинских работников при синдроме хронической усталости (СХУ) и без него



**Рисунок 2.** Риск хронических психических расстройств медицинских работников при различной степени обычной усталости на работе



**Рисунок 3.** Экспертные оценки состояния здоровья работников при различной величине индекса неспецифических симптомов ИНС



четание среднесменной физиологической интенсивности трудового процесса ( $\text{И}_{\text{см}}$ , [18]) с продолжительностью рабочего дня и рабочей недели (ПРД и ПРН). Диапазоны параметров рабочей нагрузки составили  $\text{И}_{\text{см}} \div 0,6-1,4$ ; ПРД  $\div 6-12$  час, ПРН  $\div 32-56$  час.;  $\text{var} \text{О}_c$  – различные варианты величины свободного времени вне рабочего дня ( $\text{О}_c \div 0, 2$  час...10 час); 0.66 – доля часов ЧУ, приходящаяся на вне рабочее время. В таблице 1 приведены величины годового дефицита отдыха при различных сочетаниях И, ПРД, ПРН.

Таблица 1. Годовой и недельный дефициты отдыха при различных сочетаниях интенсивности трудового процесса с продолжительностями рабочего дня и недели и при разных вариантах свободного времени

Интенсивность трудового процесса, $I_{см}$	Продолжительность рабочей недели (ПРД) и рабочего дня (ПРД), час	Свободное время в выходные дни, час			
		8 час		12 час	
		варианты суточного отдыха, час			
		6-4-2-0	10-8-6-4	6-4-2-0	10-8-6-4
		Годовой дефицит отдыха, недели (недельный дефицит отдыха, час)			
Низкая, <0,6	Все сочетания ПРН (32-56 час) и ПРД (6-12 час)	нет	нет	нет	нет
Пониженная, 0,8	48 и 12	нет (7)	нет	нет	нет
	56 и 12	7,7 (20)	Нет (1)	2,3 (11)	нет
Умеренная, 1,0	48; 10	4,0 (14)	нет	Нет (5)	нет
	48; 12	>20 (>50)	20 (43)	>20 (47)	13,7 (31)
	56; 8	нет	нет	нет	нет
Повышенная 1,2	40; 6 и 8	нет	нет	нет	нет
	40; 10	12,0 (28)	2,3 (11)	5,0 (16)	нет
	48; 8	1,00 (9)	нет	Нет (4)	нет
	48; 10	>20 (>50)	16,7 (36)	22,3 (46)	11,3 (27)
Высокая 1,4	32; 10	20,0	12,7	11,3	4,0
	40; 8	9,3	нет	4,67	нет
	48; 8	>20	9,0	20,0	6,3

Цифры означают свободное время в период бодрствования во внерабочее время, которое используется для ежедневного отдыха (0с) при разной продолжительности рабочего дня (ПРД – 6,8,10 и 12 часов: 0с (час) ≤16-ПРД. Например, вариант 6-4-2-0, означает величину 0с 6, 4, 2 и 0 часов соответственно при ПРД 6, 8, 10 и 12 часов. 16 часов – период бодрствования при 8 часовом очном сне.

**Физиологическое нормирование труда** является основой первичной профилактики организационных и психосоциальных рисков [16-18]. Согласно ГОСТ «Руководство по менеджменту психосоциального риска на рабочем месте», рабочая нагрузка является его ведущей причиной. При физиологическом нормировании труда ключевым понятием является «физиологический диапазон производительности труда» (ФДП), которое характеризует соотношение производительности труда, вызывающей большую степень усталости работника, к максимальной производительности, еще не вызывающей его утомление. Для рабочих мест, на которых производительность труда зависит от его физиологической интенсивности,  $ФДП \div 1,5 \pm 0,1$ . При нормированном труде риск, обусловленный высокой физиологической интенсивностью действий, наблюдается у работников с меньшим опытом, с менее рациональными приемами труда, с меньшими способностями к данному виду труда. Величина ФДП одинакова для всех видов труда – физического, зрительного и умственного [13, 16], кроме трудовых процессов, в которых значительную часть рабочего времени (более 20%) составляют действия с максимальными усилиями, требующие высокого эмоционального напряжения. В этих случаях ФДП увеличивается.

Важно понимать непродуктивность изучения в натуральных условиях количественных закономерностей изменения функционального состояния ра-

ботника при различной производительности труда, выражаемой в натуральных показателях (количество операций за смену, клиентов за смену, уроков за неделю, в нормо-часах и нормах обслуживания, в ставках, в количестве консультаций пациентов в течение рабочего дня и др.), без одновременного учета физиологической интенсивности труда и качества его результатов [13, С. 35; 17]. Снижение качества результатов деятельности при физиологически повышенной интенсивности работы является одной из универсальных форм поведенческих адаптаций, которая наблюдается всегда и при всех видах труда, когда работник для избегания перенапряжения и большой усталости вынужден экономить усилия (физические, умственные, эмоциональные).

**Прогнозирование риска профессионального выгорания** следует проводить на основе общих представлений о причинно-следственной зависимости между вредными профессиональными факторами и риском здоровьем работников, который измеряется показателем «годовой прирост риска» (ГПР, [19]), характеризующий тенденцию в увеличении риска нарушения здоровья:

$$\begin{aligned}
 (C_{пф} \cdot A_{пф} \cdot \dot{C}_{пф} \cdot \Pi_{пф}) &\rightarrow [DO_c] \rightarrow \\
 (C_{фс} \cdot \dot{C}_{фс} \cdot \Pi_{фс}) &\rightarrow [DO_{н,м}] \rightarrow \\
 (C_{хп} \cdot \Pi_{хп}) &\rightarrow ГПР
 \end{aligned}
 \tag{3}$$

$C_{пф}$ ,  $A_{пф}$ ,  $\dot{C}_{пф}$ ,  $\Pi_{пф}$  – состав, амплитуда, частота и продолжительность действия профессиональных



стрессоров.  $S_{фс}$ ,  $\dot{C}_{фс}$ ,  $P_{фс}$  – степень, частота и продолжительность острых функциональных состояний (острое утомление) по ходу рабочих дней.  $S_{хп}$ ,  $P_{хп}$  – степень и продолжительность хронического утомления вследствие кумуляции следов повторяющихся острых функциональных состояний.  $DO_c$  и  $DO_{нм}$  соответственно суточный и недельный, месячный дефициты отдыха (табл. 1).

ГПР является универсальным хронобиологическим критерием гигиенической оценки профессионального риска, в частности, при физиологически неадекватных режимах труда. ГПР можно определять для всех показателей нарушения здоровья, риск которых увеличивается с возрастом человека: годовой тренд вероятности хронического переутомления [9], годовой прирост риска длительных заболеваний с временной утратой трудоспособности, стажевая динамика риска хронических общесоматических заболеваний [19]. Величины ГПР хронического профессионального переутомления (выгорания) в зависимости от величины трудовой нагрузки приводятся в публикациях [13, 14].

### Патогенез

В настоящее время теория общего адаптационного синдрома Селье, объясняющая физиологический механизм реакции организма на воздействие разнообразных стрессоров, дополнена концепцией перегрузки гормональной и эндокринной систем («adrenal fatigue», аллостатическая нагрузка [20]). В основе патогенеза при синдромах хронической усталости и выгорания лежит длительное сохранение повышенного уровня гормонов стресса (chronic elevation of catecholamines) после окончания действия стресс-факторов. Вследствие постоянного отклонения уровня стресс-гормонов от их уровня при покое («resting» or «usual» levels of allostatic mediators) снижается общая восстановительная способность организма, ускоряются процессы возрастного снижения физической и умственной работоспособности (unhealthy aging [21]), увеличивается риск различных хронических заболеваний, в первую очередь, сердечно-сосудистых. Снижается работоспособность механизмов производной регуляции активирующих систем мозга,

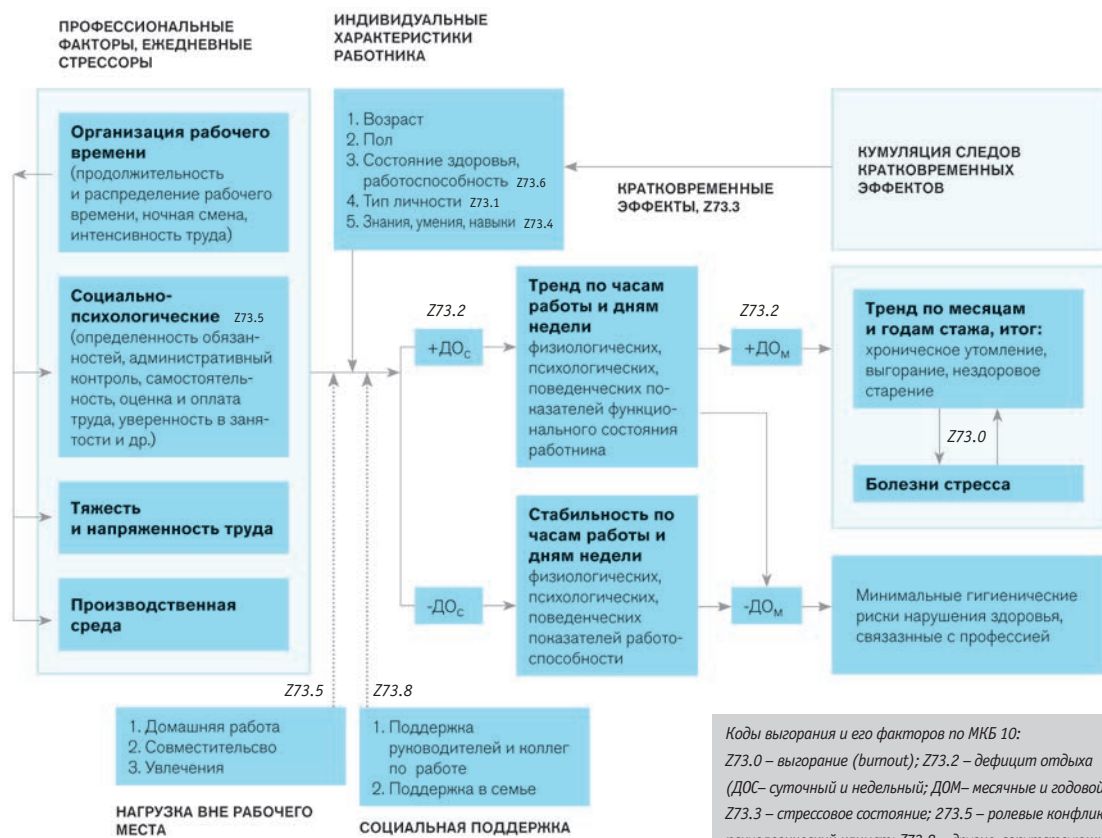
**Таблица 2. Организационные и психосоциальные причины напряжения и утомления медицинских работников с разной степенью выраженности синдрома хронической усталости (профессионального выгорания) \***

Причины напряжения и утомления на работе	Степень выраженности хронической усталости	
	небольшая и умеренная	большая
1. Неопределенность обязанностей, ответственности, заданий	(-)	(±)
2. Неритмичность по дням и неделям загруженностью работой	(-)	(±)
3. Объем и интенсивность работы, напряженность труда, дефицит времени	(±)	(+)
4. Вечерняя и ночная смены, работа в выходные	(-)	(±)
5. Повышенная продолжительность рабочего времени (рабочего дня и недели)	(±)	(±)
6. Дисбаланс усилий и вознаграждения	(+)	(+)
7. Неудовлетворенность работой	(-)	(-)
8. Разобщенность трудового коллектива (отсутствие взаимной поддержки, разногласия)	(-)	(-)
9. Отсутствие поддержки администрации	(-)	(±)
10. Недостаточная самостоятельность в работе (планирование, методы, сроки, результаты)	(-)	(-)
11. Неопределенность обязанностей, ответственности, полномочий, правил, требований, планов	(-)	(-)
12. Производственный шум	(-)	(-)
13. Микроклимат (температура, влажность, сквозняки)	(-)	(±)
14. Качество воздуха (загазованность, запыленность)	(-)	(-)
15. Вибрация	(-)	(-)
16. Другие факторы производственной среды	(-)	(-)
17. Внерабочая нагрузка	(-)	(±)
18. Недостаточно свободного времени	(-)	(+)
19. Состояние здоровья, особенности личности	(-)	(-)
20. Недостаток знаний и опыта	(-)	(-)
21. Другие не профессиональные факторы	(-)	(-)

Степень влияния каждой причины: (+) – большое; (±) – умеренное; (-) – влияния нет или степень влияния небольшая

\* Данные 233 медицинских работников 3-х медицинских учреждений СПб [23].

**Рисунок 4.** Схема причинно-следственных связей для исследований хронического стресса и определения мероприятий по профилактике профессионального выгорания работников\*



Коды выгорания и его факторов по МКБ 10:  
 Z73.0 – выгорание (burnout); Z73.2 – дефицит отдыха (ДОС – суточный и недельный; ДОМ – месячные и годовые [20]);  
 Z73.3 – стрессовое состояние; Z73.5 – ролевые конфликты, психологический климат; Z73.8 – другие, сопутствующие факторы выгорания.

\* Предложена для психометрических исследований Национальным Институтом промышленной гигиены США, [12], дополнена и адаптирована

что проявляется в эмоциональном истощении – основном симптоме профессионального выгорания («утомление воли» по Г.В. Хлопину, 1923 г.).

**Выводы**

Профессиональное выгорание целесообразно определять как состояние профессионально обусловленного эмоционального переутомления, как па-

организма человека. Динамика в разных временных масштабах функционального состояния и здоровья работающих часто является более адекватным критерием для анализа, оценки и прогнозирования риска ПВ, чем их итоговые показатели. По аналогии с гигиенически безопасными уровнями затрат энергии организмом человека, можно полагать, что существуют аналогичные нормы суточного, недельного, месячного и годового уровня бодрствования человека, которые определяют безопасные сочетания интенсивности и продолжительности профессионального труда.

**Рекомендации**

При определении мероприятий по профилактике и управлению риском профессионального выгорания работников следует исходить из общей схемы его причин, представленной на рисунке 4. Выбор конкретных приоритетных мероприятий из их множества производится на основании ранжирования значимости причин ПВ, которые оперативно могут быть установлены методом опроса (табл. 2). При выборе наиболее эффективной стратегии профилактических мероприятий для каждого конкретного случая профессионального выгорания полезен зарубежный опыт индивидуального подхода, при котором работника учат самому определять главные стрессоры и обучают эмоционально-ориентированному и проблемно-ориентированному методам профилактики ПВ [22].

**Эксперты по профилактике профессионального психического выгорания считают, что наиболее эффективна стратегия комбинирования организационного и индивидуального подходов с акцентированием внимания на связь между работником и ситуацией на работе.**

тологическую стадию хронической усталости работника, вызванной сочетанием частоты, амплитуды и продолжительности эмоционального возбуждения, неадекватной восстановительной способности механизмов произвольной регуляции активирующих систем мозга. Ведущей причиной ПВ является дефицит отдыха, возникающий при профессиональном стрессе и рабочей нагрузке, неадекватной восстановительным возможностям



При разработке мероприятий по профилактике рисков сердечно-сосудистых заболеваний и психических расстройств в результате ПВ эффективно использовать модели профессионального стресса «требования – контроль –поддержка» и «дисбаланс усилий и вознаграждения» [13, С. 273]. Психотренинг и комнаты психологической разгрузки являются широко распространенными мероприятиями в профилактике болезней психического стресса.

Программы профилактики ПВ на рабочих местах разных профессий различаются. Вместе с тем обзор публикаций и собственные исследования показали, что наиболее общей, частой и важной причиной ПВ является несоответствие рабочей нагрузки восстановительной способности организма человека (табл. 2; [14, 16, 17]). Устранение этого несоответствия производится в основном тремя способами: внедрением физиологически обоснованных норм труда [18], включающих «здоровьесберегающие» режимы отдыха; повышением умений и навыков работников, позволяющих выполнять обязанности без риска переутомления; изменением должностных обязанностей работника. Хроническое состояние «выгорание» формируется постепенно в течение месяцев и лет, длитель-

ность процесса устранения выгорания при его профилактике занимает сопоставимое время. В настоящее время эксперты по профилактике профессионального психического выгорания считают, что наиболее эффективна стратегия комбинирования организационного и индивидуального подходов с акцентированием внимания на связь между работником и ситуацией на работе (job situation, табл. 2). Сохранению здоровья и снижению рисков хронических заболеваний способствует здоровьесберегающее поведение работников: внимательное отношение к собственному здоровью, включая медицинскую активность, режим труда, пассивный и активный отдых в рабочее и вне рабочее время, физическая культура, рациональное питание и его режим, неупотребление психоактивных веществ и исключение других вредных привычек. Для профилактики профессионального выгорания особенно важно умелое распределение труда и отдыха, которое, по словам русского физиолога Н.Е. Введенского (1852-1922), позволяет «сохранить на долгие годы, может быть на всю жизнь, умственную работоспособность и общий тонус своей жизнедеятельности».

## ИСТОЧНИКИ

1. ВЦИОМ: Основные причины болезней россиян / <http://izvestia.ru/news/703397>.
2. Сидоров П. Синдром эмоционального выгорания // Медицинская газета №43 – 8 июня 2005 г.
3. Aronson G. et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms // BMC Public Health, 2017. — 17. — р. 264.
4. Schaufelii W.B., Taris T.W. The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart // Work & Stress, July./September 2005; 19(3): 256\_/262.
5. Mesters P [Professional fatigue syndrome (burnout) : Part 2 : from therapeutic management]. // Rev Med Liege. 2017 Jun; 72(6):301-307.
6. Van Dam et al. Level and appraisal of fatigue are not specific in burnout // Clin. Psychol. Psychother. 2015 Mar-Apr; 22(2):133-41.
7. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is it Time to Consider the «Burnout Syndrome» A Distinct Illness? // Front Public Health 2015 Jun 8; 3:158.
8. Названы регионы РФ с самым высоким уровнем заболевания депрессией // Центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского / meduza.io/news/2017/12/05/tsentr-serbskogo-nazval-regiony-rf-s-samym-vysokim-urovнем-zabolevaniya-depressiyey.
9. Сорокин Г.А. Хроническое утомление работающих – показатель для оценки риска // Гигиена и санитария. – 1999. – №1. – С. 21-25.
10. Сорокин Г.А. Интегральная оценка субъективных симптомов для выявления хронического зрительного, двигательного и неспецифического переутомления работающих // Медицина труда. – 1998. – №11. – С. 13-19.
11. Bultmalm U. etc. Measurement of prolonged fatigue in the working population: determination of a cutoff point for the checklist individual strength // J Occup Health Psychol 5. 411-416 (2000).
12. Ендриховский В. Методы эпидемиологических исследований в промышленной медицине. – Медицина, М., 1980. — С. 138.
13. Сорокин Г.А. Работа, утомление и профессиональный риск. – СПб.: Изд. Политехнического университета, 2016. – 456 с.
14. Сорокин Г.А. Определение и оценка дефицита отдыха при различных сочетаниях интенсивности труда с продолжительностью рабочего дня и недели // Труды Международной научно-практической конференции «Психология труда, инженерная психология и эргономика – 2014» – СПб. – 2014. – С. 422-428.
15. Cameron C.A Theory of Fatigue/Ergonomics. 1973. 16 №5, 633–648.
16. Сорокин Г.А. Хронофизиологическое исследование профессионально-обусловленной усталости // Физиология человека, 2008. — №6. — С. 70-77.
17. Сорокин Г.А. Физиологическое нормирование интенсивности труда – основа первичной профилактики организационных и психосоциальных рисков // Сб. науч. трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – СПб, 6-7 декабря. — 2017. — С. 101-106.
18. Сорокин Г.А. Нормирование напряженности труда по его продолжительности, плотности и темпу. – Медицина труда. – 2001. — №10. — С. 28-32.
19. Сорокин Г.А. Возрастная и стажевая динамика показателей здоровья работающих как критерий для сравнения профессиональных и непрофессиональных рисков. – Гигиена и санитария. – 2016. – №4. – С. 355-361.
20. McEwen B.S. Allostasis and Allostatic Load: Implications for Neuropsychopharmacology // NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY 2000 VOL .22, NO 2.
21. Сорокин Г.А., Шилов В.В. Гигиенические аспекты хронической профессиональной усталости и старения. – Гигиена и санитария. – 2017. – №7. – С. 627-631.
22. Гремблинг С., Ауэрбах С. Практикум по управлению стрессом. – Изд-во: Питер. Перевод с англ. — СПб. — 2002. — 235 с.
23. Сорокин Г.А., Суслев В.Л., Гребеньков С.В. Хроническая усталость и профессиональное выгорание медицинских работников. – Медицина труда. – 2017. – №9. — С. 175.

**О.Н. ТКАЧЁВА**<sup>1</sup>, д.м.н., профессор, директор, заведующая кафедрой болезней старения РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главный гериатр Минздрава России, главный гериатр Департамента здравоохранения г. Москвы  
**Ю.В. КОТОВСКАЯ**<sup>2</sup>, д.м.н., профессор, заместитель директора, заведующая кафедрой кардиологии и персонифицированной медицины ФПК МР МИ РУДН  
**Н.К. РУНИХИНА**<sup>3</sup>, д.м.н., профессор, заместитель директора, профессор кафедры болезней старения РНИМУ им. Н.И. Пирогова

## Особенности профилактического консультирования пациентов 75 лет и старше в первичном звене здравоохранения

**Ключевые слова:** пожилой возраст, старческая астения, профилактика

**Tkacheva O.N., Kotovskaya J.V., Runihina N.K. Features of preventive consultation of 75 years old and older patients are in a primary link of health care**

*Current demographic trends of elderly population growth reflect a need to change the health care organization process and development of geriatric service. Besides, change of approaches of patients' preventive measures of 75 years old and older has to be directed not only to elimination of disease symptoms, but also in general to healthy aging and longevity, active lifestyle. A key role for the forecast of life in this age group is played by development of senile asthenia and other geriatric syndromes. In article key provisions of preventive consultation of this age group of patients are summarized.*

**Keywords:** advanced age, senile asthenia, preventive measures

**Современные демографические тенденции роста численности пожилого населения диктуют необходимость изменения организации оказания медицинской помощи и развития гериатрической службы. Кроме того, необходимо изменение подходов к профилактике у пациентов старческого возраста 75 лет и старше, которое должно быть направлено не только на устранение симптомов заболеваний, но и в целом на здоровое старение и долголетие, активный образ жизни. Ключевую роль для прогноза жизни в этой возрастной группе играет развитие старческой астении и других гериатрических синдромов. В статье суммированы ключевые положения профилактического консультирования этой возрастной группы пациентов.**

### Скрининг старческой астении как основа определения профилактических стратегий у пациентов 75 лет и старше

У пациентов 75 лет и старше приоритетом становится потребность в профилактике старческой астении – синдрома, отражающего снижение физической и функциональной активности многих систем, адаптационного и восстановительного резерва, способствующего развитию зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни, утрате способности к самообслуживанию и ухудшающего прогноз состояния здоровья независимо от наличия хронических неинфекционных заболеваний [2]. Медицинский персонал всех уровней и специальностей должен знать закономерности изменений организма человека, связанные со старением, уметь рано распознавать гериатрические проблемы и обладать навыками профилактического консультирования по их предупреждению и замедлению прогрессирования.

Старческая астения включает несколько десятков различных гериатрических синдромов, основными из которых являются синдромы падений, мальнуритии (недостаточности питания), саркопении (уменьшение массы мышечной ткани и мышечной силы), недержания мочи, сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия. Роль традиционных факторов риска в пожилом возрасте сохраняется, однако на первое место выходят факторы старческой астении, которые пожилой человек (и/или его окружающие) должен знать и уметь снижать их негативное влияние на качество жизни. Развитие старческой астении может быть предотвращено, отсрочено или замедлено. Распространенность синдрома старческой астении увеличивается с возрастом, особенно отчетливо риск его развития повышается после 75 лет, что делает обязательным его скрининг в этой возра-

**В** России, как и в развитых странах мира, наблюдается устойчивый рост численности людей пожилого (по определению Всемирной организации здравоохранения – от 60 до 74 лет) и старческого (75 лет и старше) возраста. По данным Росстата [1], рост численности пожилых (возраст старше трудоспособного) людей значительно опережает прирост всего населения.

Так, если общая численность жителей РФ за последние 10 лет увеличилась на 2,8%, то доля пожилого населения – на 23,4%. Если на 1 января 2007 г. численность населения в возрасте старше трудоспособного составляла 29 732 тыс. человек или 20,8% от общей численности населения, то к 2017 г. эти показатели составляли уже 36 685 тыс. человек и 25,0% соответственно.

Такие демографические тенденции диктуют необходимость развития гериатрической службы, изменения организации оказания медицинской помощи гражданам старшей возрастной категории и подходов к профилактике у пациентов старческого возраста (75 лет и старше).

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр, tkacheva@rambler.ru

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр, kotovskaya\_yv@rgnkc.ru

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр, nkrunihina@rgnkc.ru



тной группе. Медицинские работники, сталкивающиеся с пожилыми людьми, должны быть осведомлены об основных признаках этого синдрома и распознавать его ранние проявления и у более молодых лиц пожилого возраста, создавая тем самым возможность для профилактики его прогрессирования [2].

Скрининг на предмет наличия синдрома старческой астении с использованием короткого скринингового опросника должен осуществляться везде, где медицинские работники сталкиваются с пожилыми людьми, – в отделениях и кабинетах медицинской профилактики, центрах здоровья, кабинетах участкового врача/врача общей практики, при нахождении на стационарном лечении (рис.). Диагноз старческой астении устанавливается врачом-гериатром по данным комплексной гериатрической оценки.

Для скрининга старческой астении в рамках диспансеризации анкета для пациентов 75 лет и старше должна включать опросник «Возраст не помеха» (табл.), валидированный для амбулаторных пациентов 65 лет и старше в нашей стране [2, 3]. Скрининг нарушения состояния когнитивных функций необходимо проводить по тесту Мини-Ког.

### Профилактическое консультирование у пациентов 75 лет и старше

Профилактическое консультирование у пациентов 75 лет и старше должно быть направлено не только на устранение симптомов заболеваний, но и в целом на здоровое старение и долголетие, активный образ жизни. Можно выделить три составляющие профилактического консультирования лиц этого возраста:

- 1) всем пациентам должны быть даны рекомендации по физической активности, питанию, когнитивному тренингу, организации безопасного быта, правилам приема лекарств;

- 2) необходимо дать рекомендации с учетом положительных ответов на вопросы шкалы «Возраст не помеха»;

- 3) консультирование по коррекции артериальной гипертензии (АГ), избыточной массы тела и ожирения, гипергликемии, дислипидемии должно учитывать возраст пациента и отличается от такового для лиц более молодого возраста.

**Роль традиционных факторов риска в пожилом возрасте сохраняется, однако на первое место выходят факторы старческой астении, которые пожилой человек (и/или его окружающие) должен знать и уметь снижать их негативное влияние на качество жизни.**

**Физическая активность.** Физическая активность играет важнейшую роль в профилактике саркопении и когнитивных нарушений, включая болезнь Альцгеймера [2, 4-6]. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения [4], пожилым пациентам следует рекомендовать аэробную физическую активность средней интенсивности не менее 150 минут в неделю, или выполнение упражнений высокой интенсивности не менее 75 минут в неделю. Необходимо учитывать индивидуальные особенности пациента, его исходный уровень физической активности. Главным принципом – любая посильная физическая активность лучше, чем ничего. Физические упражнения следует выполнять сериями продолжительностью не менее 10 минут. Продолжительность занятия должна постепенно увеличиваться до 30 минут в день; если до этого пожилой человек вел малоподвижный образ жизни, то этот период должен со-

Рисунок. Алгоритм диагностики и ведения старческой астении







ставлять не менее трех недель. Комплекс физических упражнений, рекомендуемый пожилому человеку, должен включать 3 составляющих:

- 1) аэробную активность (ходьба, лыжные прогулки, плавание, езда на велосипеде, тренировки на велотренажере, беговой дорожке и т.д.);
- 2) упражнения на равновесие и предотвращение падений 3 и более дней в неделю до 30 минут (например, ходьба назад, ходьба боком, ходьба на носках); в начальный период выполнения этих упражнений можно использовать стабильную опору;
- 3) силовые упражнения на основные группы мышц 2 раза в неделю.

**Когнитивный тренинг** необходим для замедления снижения когнитивных функций [6]. Пациенту следует рекомендовать заучивание стихов и песен, игру на музыкальных инструментах, рисование, решение логических задач, разгадыва-

## Роль традиционных факторов риска для прогноза жизни в пожилом возрасте изменяется, и на первое место выходят факторы, приводящие к развитию старческой астении и других гериа-трических синдромов. Профилактическое консультирование у лиц 75 лет и старше должно учитывать эти обстоятельства и ориентировать пожилого человека на активное долголетие.

ние кроссвордов. Полезно рекомендовать обращение в центры социального обслуживания для организации досуга и повышения социальной активности.

**Питание.** Рекомендации по питанию человека 75 лет также зависят от наличия старческой астении и ее тяжести. В процессе профилактического консультирования сотрудниками кабинетов медицинской профилактики и центров здоровья следует обратить внимание пожилого человека на достаточное употребление белка, клетчатки, воды и важность ограничения потребления простых углеводов [2, 7]. Следует подчеркнуть, что потребность в белке у пожилого человека выше, чем у людей молодого и среднего возраста, и сочетание достаточного количества белка в рационе (1-1,2 г/кг/сут с пропорцией 1:1 между животными и растительными белками) с физическими нагрузками позволяет снизить риск развития саркопении (снижения мышечной массы). Рекомендуемое потребление поваренной соли должно составлять до 5,0 г в сутки, включая все количество соли, содержащееся в блюдах и продуктах. Однако если пожилой человек ранее не придерживался такого уровня потребления соли, не следует вводить его резкие ограничения. С целью профилактики падений, остеопороза и переломов целесообразно рекомендовать ежедневный прием препаратов кальция (в

дозе 1000-1200 мг/день) и витамина Д (в дозе 800-1000 мг/сутки) [2].

**Организация безопасного быта** – комплекс достаточно простых и выполнимых мер для профилактики падений. Рекомендации должны быть даны всем пожилым людям, особенно для пациентов с падениями в анамнезе. Пациентам следует рекомендовать убрать посторонние предметы с пола, включая провода, о которые можно споткнуться. Необходимо убрать скользкие коврики или закрепить их на полу, предупредить возможность споткнуться о край ковра, порожки, использовать нескользящий коврик для дна ванны и душевой кабины. В ряде случаев целесообразно оборудовать ванну и пространство рядом с унитазом поручнями. Очень важно обеспечить достаточное освещение в квартире, установить ночник так, чтобы путь от кровати до ванной/туалета был хорошо освещен [2].

**Прием лекарственных препаратов.** При профилактическом консультировании следует обратить внимание пожилого человека, что большое количество лекарств может быть сопряжено с повышением риска развития нежелательных явлений [8-10]. Пожилому человеку особенно важно соблюдать рекомендации врача и избегать самолечения, самостоятельного приема биологически активных добавок. Необходимо обсудить с пациентом, что некоторые проблемы со здоровьем пожилого человека могут быть решены с помощью других методов лечения без применения лекарств. Целесообразно рекомендовать вести записи режима приема лекарственных средств и показаний, по которым они назначены. При выявлении полипрагмазии (длительный прием 5 и более лекарственных препаратов) рекомендовать обратиться к лечащему врачу на предмет анализа лекарственных назначений. Если полипрагмазия сочетается с высокой вероятностью старческой астении по шкале «Возраст не помеха», необходимо настойчиво рекомендовать консультацию гериатра.

**Курение.** Пожилые пациенты менее внимательны к доводам о вреде курения, склонны недооценивать опасность курения и переоценивать его преимущества, нередко негативно и пессимистически воспринимают собственное старение и склонны к продолжению курения. При профилактическом консультировании пожилых необходимо акцентировать внимание на том, что у курильщиков отмечается более тяжелое течение хронических заболеваний. Табакокурение может снижать эффективность лекарственных препаратов, прием которых необходим многим пациентам пожилого возраста. Воздействие вторичного табачного дыма (пассивное курение) также пагубно для здоровья пожилого человека.

**Контроль массы тела.** Особого внимания у пожилых требует низкая масса тела (индекс массы тела <23 кг/м<sup>2</sup>) [2, 12]. При снижении веса на 5 кг (для лиц с исходной массой тела 70 кг и выше) или на 5% от исходного веса (для лиц с массой тела 70 кг) за последние 3 месяца, необходимо проведение обследования для уточнения причины снижения массы тела и исключения развития саркопении

Таблица. Скрининговый опросник «Возраст не помеха» для выявления синдрома старческой астении

№	Вопросы	Ответ
1	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?* (вес)	Да/Нет
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	Да/Нет
3	Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?	Да/Нет
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (настроение)	Да/Нет
5	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Да/Нет
6	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	Да/Нет
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (ходьба до 100 м/ подъем на 1 лестничный пролет)	Да/Нет

Примечание: \*непреднамеренное снижение веса. За каждый ответ «Да» начисляется 1 балл.

Название опросника «ВозРАСТ Не ПоМеХа» подсказывает врачу параметры, требующие оценки:

V – вес, ЗР – зрение, С – Слух, Т – травмы, Н – настроение, П – память, М – моча, Х – ходьба

нии. Следует рекомендовать снижение веса только пациентам с ИМТ >35 кг/м<sup>2</sup>. Снижение веса осуществляется под контролем врача. При консультировании пожилых пациентов следует предупредить о недопустимости самостоятельного выбора «особых» диет.

**Артериальная гипертония.** Лечение проводится лечащим врачом. Всем пожилым пациентам с систолическим артериальным давлением (АД) >160 мм рт.ст. без старческой астении следует обязательно рекомендовать обращение к лечащему врачу для назначения/коррекции антигипертензивной терапии. При наличии старческой астении рекомендуется консультация гериатра. Целевое систолическое АД у пожилых пациентов без старческой астении составляет 140-150 мм рт.ст. Целевое АД у пожилых пациентов со старческой астенией определяется врачом-гериатром на основании комплексной гериатрической оценки [13,14].

**Дислипидемия.** С целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний всем пациентам по назначению лечащего врача показано назначение липидснижающей терапии (статинов), эффективность и безопасность которой контролируется лечащим врачом. Для первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у лиц 75 лет и старше начало лечения статинами не показано независимо от уровня холестерина [15].

**Применение ацетилсалициловой кислоты (75-150 мг/сутки).** Лечение проводится лечащим врачом с целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний при условии контролируемой АГ. Для первичной профилактики назначение этих препаратов не показано [2].

**Коррекция гипергликемии** Лечение проводится лечащим врачом и/или врачом-эндокринологом. Рекомендуемый целевой уровень HbA1c <7,5% при отсутствии тяжелых осложнений СД и/или риска тяжелой гипогликемии, при тяжелых осложнениях СД и/или риске тяжелой гипогликемии, целевой уровень HbA1c <8,0% [2].

## Заключение

Современные демографические тенденции роста численности населения пожилого и старческого возраста требуют особых профилактических стратегий. Роль традиционных факторов риска для прогноза жизни в пожилом возрасте изменяется, и на первое место выходят факторы, приводящие к развитию старческой астении и других гериатрических синдромов. Профилактическое консультирование у лиц 75 лет и старше должно учитывать эти обстоятельства и ориентировать пожилого человека на активное долголетие.

## ИСТОЧНИКИ

1. Сайт Федеральной службы государственной статистики. – URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/) (дата обращения 28.12.2017).
2. Качева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В. и др. Диагностика, профилактика и лечение старческой астении и других гериатрических синдромов: Метод. пособие. // М., 2017. – 138 с.

3. Остапенко В.С., Рунихина Н.К., Ткачёва О.Н., Шарашкина Н.В. Инструменты скрининга синдрома старческой астении в амбулаторной практике. – Успехи геронтологии. – 2016. – Т. 29. – № 2. – С. 306–312.
4. WHO (2010) Global recommendations on physical activity for health World Health Organisation. [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/)
5. Stephen R, Hongisto K, Solomon A, L'Annroos E. Physical Activity and Alzheimer's Disease: A Systematic Review. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2017. V. 72. № 6. P. 733-739
6. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, Ballard C, Banerjee S, Burns A, Cohen-Mansfield J, Cooper C, Fox N, Gitlin LN, Howard R, Kales HC, Larson EB, Ritchie K, Rockwood K, Sampson EL, Samus Q, Schneider LS, Selbёк G, Teri L, Mukadam N. Dementia prevention, intervention, and care. Lancet. 2017. V. 390. № 10113. P. 2673-2734
7. RiobЧ Serv3n P, Sierra Poyatos R, Soldo RodrTguez J, GЧmez-Candela C, GarcTa Luna PP, Serra-Majem L. Special considerations for nutritional studies in elderly. Nutr Hosp. 2015. V. 31. Suppl 3. P. 84-90
8. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert Opin Drug Saf. 2014. V. 13. № 57. P. 65
9. Полипрагмазия в клинической\_ практике: проблема и решения / под общ. ред. Д.А. Сычева; науч. ред. В.А. Отделенов. — СПб.: ЦОП «Профессия», 2016. — 224 с., ил.
10. Benetos A, Rossignol P, Cherubini A, Joly L, Grodzicki T, Rajkumar C, Strandberg TE, Petrovic M. Polypharmacy in the aging patient: management of hypertension in octogenarians. JAMA. 2015. V. 314. P.170–180
11. Wu CY, Chou YC, Huang N, Chou YJ, Hu HY, Li CP. Association of body mass index with all-cause and cardiovascular disease mortality in the elderly. PLoS One. 2014. V. 9. № 7. P. e102589
12. Benetos A, Bulpitt CJ, Petrovic M, Ungar A, Agabiti Rosei E, Cherubini A, Redon J, Grodzicki T, Dominiczak A, Strandberg T, Mancia G. An Expert Opinion From the European Society of Hypertension-European Union Geriatric Medicine Society Working Group on the Management of Hypertension in Very Old, Frail Subjects. Hypertension. 2016. V. 67. № 5. P. 820-5
13. Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В., Шарашкина Н.В., Остапенко В.С. Лечение артериальной гипертензии у пациентов 80 лет и старше и пациентов со старческой астенией. – Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – В. 16. – №1. – С. 8-21.
14. Chou R, Dana T, Blazina I, Daeges M, Jeanne TL. Statins for Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2016. V. 316. № 19. P.2008-2024.

### СЕРГЕЙ БОЙЦОВ: УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ В СТРАНЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНО ВЫСОК

Уровень смертности в стране остается чрезвычайно высоким, он на 119% выше, чем в старых странах Евросоюза и на 30% выше, чем в государствах, недавно вошедших в ЕС. Об этом сказал главный внештатный специалист Минздрава РФ по профилактической медицине, директор ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Сергей Бойцов на первом международном Московском конгрессе кардиологов.

Он отметил, что это касается и Москвы, которая, несмотря на достигнутые успехи, имеет существенный резерв в плане снижения смертности. «Рост смертности отмечался до 2003 г., а потом начался устойчивый, казалось бы, тренд на снижение. Однако в последние четыре года снижение смертности притормозилось», – уточнил Сергей Бойцов.

Специалист обратил внимание на очень высокую вариативность уровня смертности. «Например, между Москвой, где уровень смертности один из самых низких, и соседней Тверской областью разница получается более чем в два раза. Гигантская разница у нас в уровне смертности между мужчинами и женщинами. Она есть во всех странах, но не столь выраженная. Показатели смертности растут за счет пожилой части населения, но неадекватно высок уровень смертности среди мужчин в возрасте от 45 до 60 лет», – подчеркнул он.

Сергей Бойцов озвучил ожидаемую динамику факторов риска среди мужчин и женщин 25-64 лет в результате реализации Стратегии профилактики неинфекционных заболеваний. Расчетное снижение смертности к 2025 г. в результате уменьшения распространенности курения, повышенного уровня артериального давления и холестерина позволит снизить сердечно-сосудистую смертность не менее чем на 15%, а общую – не менее чем на 10%. Повышение эффективности лечения болезней системы кровообращения в первичном звене и стационарах, онкологических заболеваний, ХОБЛ и сахарного диабета, а также вакцинация против гриппа, снижение пагубного потребления алкоголя даст уменьшение общей смертности на 15%. «Мы должны снизить смертность, – призвал аудиторию Сергей Бойцов. – Основной эффект пока должен быть достигнут за счет совершенствования лечебно-диагностических мер, дальнейшей оптимизации маршрутов движения пациентов, внедрения самых современных технологий в лечение острого нарушения мозгового кровообращения, сердечной недостаточности».

<https://medvestnik.ru>

А.Б. СЛОНИМСКИЙ<sup>1</sup>, Р.В. БУЗУНОВ<sup>1</sup>, д. м. н.

## Сон как естественное физиологическое состояние организма и фактор здорового образа жизни



А.Б. СЛОНИМСКИЙ



Р.В. БУЗУНОВ

**Ключевые слова:** сомнология, гигиена сна, бессонница, синдром обструктивного апноэ сна, сонливость

**Slonimskij A.B., Buzunov R.V. Sleep as natural physiological state of an organism and factor of healthy lifestyle**

The night's sleep is an integral part of the life of each person and represents a significant factor of healthy lifestyle. Not only the working capacity, focusing and mood during the day, but also a tendency to obesity, cardiological and many other diseases depends on its quality. The frustration of sleep is the wide-spread phenomenon, but at the same time is underestimated by both patients and doctors. Many various factors can lead to sleep disorder: acute and chronic stress, somatic disease, alarm, depression, unhealthy way of life and insufficient improvement of the bedroom. There are more than eighty sleep frustrations among which many are widespread, but are still poorly studied, such as syndrome of obstructive sleep apnea, restless legs syndrome, a syndrome of periodic movements of extremities in sleep.

**Keywords:** somnology, sleep hygiene, insomnia, obstructive sleep apnea syndrome, drowsiness

### Введение

«Сон – это особое генетически детерминированное состояние организма теплокровных животных (т.е. млекопитающих и птиц), характеризующееся закономерной последовательной сменой определенных полиграфических картин в виде циклов, фаз и стадий» [1].

Индивидуальная норма сна колеблется от четырех до двенадцати часов. Около 20% людей (чаще мужчины) относятся к «короткоспящим», спят менее 6 часов в сутки. Около 10% относятся к «долгоспящим», таким людям для сна требуется более девяти часов в сутки. Распространено мнение, что сокращенное количество сна характерно для наиболее талантливых и просто более трудолюбивых людей, и для того чтобы приблизиться к ним «по достижениям», нужно стараться спать меньше. В реальности многие успешные люди предпочитают спать подолгу, а намеренное сокращение длительности сна может приводить к нервному истощению и серьезным соматическим заболеваниям [2]. Сон является особым состоянием, во время которого могут зарождаться или, наоборот, облегчаться многие патологические процессы. Сомнология – раздел медицины, посвященный исследованию сна, расстройств сна, их лечению и влиянию на здоровье человека. Основным методом диагностики является полисомнография. Полисомнографическая система включает в себя ЭЭГ, электроокулограмму, электромиограмму, ЭКГ, регистрацию носового потока воздуха, запись дыхательных движений, положения тела, мышечного тонуса конечностей, видеомониторинг сна. Такое многообразие данных необходимо, поскольку изменение физиологии во время сна может приводить к совершенно разным расстройствам, а также для более точного определения фаз и стадий сна.

На практике врач сомнолог занимается лечением одного или нескольких следующих заболеваний:

**Ночной сон является неотъемлемой частью жизни каждого человека и представляет собой значимый фактор здорового образа жизни. От его качества зависит не только работоспособность, концентрация внимания и настроение в течение дня, но также склонность человека к ожирению, кардиологическим и многим другим заболеваниям. Расстройства сна являются широко распространенным явлением, но при этом недооцениваются как самими пациентами, так и врачами. К нарушению сна могут привести разнообразные факторы: острый и хронический стресс, соматическое заболевание, тревога, депрессия, неправильный образ жизни и недостаточное благоустройство спальни комнаты. Насчитывается более восьмидесяти расстройств сна, среди которых многие широко распространены, но до сих пор малоизучены, такие как синдром обструктивного апноэ сна, синдром беспокойных ног, синдром периодических движений конечностей во сне.**

инсомнии, гиперсомнии, синдрома обструктивного апноэ сна и других нарушений дыхания во сне, синдрома «беспокойных ног» и других двигательных нарушений во сне, парасомнии, ночных форм эпилепсии.

### Структура сна и его физиологическое значение

Различают «медленную» и «быструю» фазы сна, следующие друг за другом и образующие циклы длительностью около 90 минут. Здоровый сон насчитывает от четырех до шести таких циклов.

Фаза медленного сна делится на три стадии. В первой стадии наблюдается замедление частоты основного ритма ЭЭГ головного мозга, возникают бета- и тета-волны, начинают снижаться мышечный тонус, артериальное давление, частота сердечных сокращений и дыхания. Во второй стадии медлен-

<sup>1</sup> Кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья, восстановительной медицины и медицинской реабилитации. ФГБУ «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации.



ного сна данные тенденции сохраняются, на ЭЭГ появляются т.н. «сонные веретена» – специфические волны «веретенообразной» формы более высокой по сравнению с фоном частоты, а также К-комплексы – низкочастотные волны высокой амплитуды. В третьей стадии в картине ЭЭГ нарастает дельта активности: вегетативные тенденции в отношении дыхания, ритма сердца, мышечного и сосудистого тонуса, берущие начало в первую фазу, достигают своего максимума.

Далее следует фаза быстрого сна, также называемого «парадоксальным», характеризующимся быстрыми движениями глазных яблок, тета-ритмом ЭЭГ и предельным снижением мышечного тонуса. Нередко во время данной фазы отмечаются сердечные аритмии, нарушения дыхания, колебания артериального давления. Человек, проснувшийся в фазе быстрого сна, как правило, отчетливо помнит свои сновидения.

Механизм функционирования сна и его значение для организма до конца не изучены. Традиционно считается, что основная функция медленного сна – восстановительная, в третьей стадии медленного сна выявляется максимальная секреция соматотропного гормона, активизирующая синтез клеточных белков и рибонуклеиновых кислот. Также вечерняя физическая нагрузка увеличивает продолжительность глубоких стадий сна. Исследования на животных показывают, что лишение медленного сна приводит к полинедостаточности внутренних органов, вплоть до летального исхода. Фаза быстрого сна влияет на формирование долгосрочной памяти, за счет закрепления «важной» информации и подавления «второстепенной», а также устранения «эмоциональной окраски» воспоминаний, что имеет большое значение при расстройствах настроения. Во время фазы быстрого сна активность мозга напоминает таковую во время бодрствования, несмотря на отсутствие стимуляции извне. Снижение качества и количества быстрого сна значимо влияет на усвоение новых знаний и навыков, формирование здорового эмоционального состояния [3].

## Расстройства сна

С возрастом к трудностям засыпания могут приводить многочисленные соматические заболевания, такие как атеросклеротическое поражение сосудов, артериальная гипертензия, хронические боли. Также на нарушение поддержания сна влияет снижение в старшем возрасте синтеза мелатонина в головном мозге. Но вопреки распространенному мнению расстройства сна касаются далеко не только людей пожилого возраста. Существует более восьмидесяти расстройств сна, таких как первичная инсомния, синдром беспокойных ног, обструктивное апноэ сна, нарушение циркадных ритмов при смене часового пояса, нарколепсия. Расстройства могут быть как первичными, так и вторичными, например, у больных гипертонической болезнью, сахарным диабетом, при инсульте головного мозга, а также являться следствием нарушения гигиены сна.

Одним из наиболее распространенных нарушений сна является инсомния, ранее называвшаяся «бессонницей». Вопреки распространенному мнению, при инсомнии не наблюдается полного отсутствия сна, а только задержка инициации – ранняя инсомния, поддержания глубины и продолжительности сна – средняя и поздняя инсомния. Данное заболевание в той или иной форме встречается у 12-22% популяции, что делает ее самым распространенным нарушением сна. Согласно Международной классификации расстройств сна, инсомния определяется как «повторяющиеся нарушения инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, случающиеся несмотря на наличие достаточного количества времени и условий для сна и проявляющиеся нарушениями дневной деятельности различного вида». Чаще всего инсомния возникает на фоне острого стресса, вследствие чего затрудняется снижение нервной активности в лобных долях головного мозга, необходимое для засыпания и поддержания сна. Острая инсомния длится не более трех недель. Далее заболевание может переходить в хроническую форму, и если болезнь продолжается более трех месяцев, возникают патологические психо-поведенческие стереотипы, связанные со сном, что приводит формированию психофизиологической инсомнии. Возникает «страх не заснуть», а попытки «заставить» себя спать приводят к перевозбуждению нервной системы, тревожности и, как следствие, трудностям засыпания. Другой распространенной формой инсомнии является «псевдоинсомния», при которой нарушается восприятие собственного сна: пациентам кажется, что они «не спят всю ночь», в то время как объективно по длительности сон может соответствовать норме. Причиной инсомнии может быть нарушение гигиены сна. Резкое изменение времени отхода ко сну и пробуждения, употребление кофе, курение, физическая и психическая нагрузка в вечернее время. Не способствуют засыпанию неудобная кровать, шум, высокая освещенность, неприятные запахи.

Инсомния нередко наблюдается при расстройствах психической сферы. При депрессии инсомния возникает в 80% случаев и часто имеет особенности: ранние утренние пробуждения и короткий латентный период быстрого сна. Повышенная тревога чаще всего проявляется трудностями засыпания, а по мере течения заболевания возникновением частых ночных пробуждений, ощущением «не освежающего сна» [4]. Полисомнографическое обследование в таком случае определяет удлиненное засыпание, увеличение поверхностных стадий, двигательной активности, времени бодрствования, снижение длительности сна и глубоких стадий медленного сна. Сон нарушается не только при депрессивных и маниакальных состояниях, но также и при нетяжелых «расстройствах невротического круга». Во многих случаях именно инсомния является причиной обращения к врачу при данных заболеваниях.

Ряд патологических состояний протекают исключительно во время сна: синдром «апноэ во сне»,



синдром «беспокойных ног», синдром периодических движений конечностей во сне. Синдром «беспокойных ног» характеризуется неприятными, тянущими ощущениями в мышцах ног, которые облегчаются при движениях. Данное состояние манифестирует в состоянии покоя и значительно затрудняет отход ко сну. К счастью, симптомы заболевания быстро снимаются приемом препаратов из группы дофаминиметиков, например, прамипексола.

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) – сонно-зависимое дыхательное расстройство, характеризующееся повторяющимися эпизодами частичной (гипопноэ) или полной (апноэ) обструкции глоточного отдела дыхательных путей, сопровождающейся гипоксией, гиперкапнией, а также снижением глубины и качества сна. Апноэ и гипопноэ могут повторяться до 500-600 раз за ночь, а общая их продолжительность может достигать 4-5 часов из 8 часов сна. Основными клиническими симптомами СОАС является повышенная дневная сонливость, храп, ожирение, повышение артериального давления и головная боль после пробуждения. СОАС является фактором риска тяжелых сердечно-сосудистых, метаболических, неврологических и легочных осложнений. По современным данным, СОАС страдают 9% женщин и 27% мужчин среднего возраста, чаще лица, страдающие ожирением. Наиболее эффективным методом лечения СОАС является терапия с применением метода создания постоянного положительного давления в дыхательных путях (СИПАП-терапия), который позволяет быстро и эффективно устранять нарушения дыхания во сне при умеренных и тяжелых степенях СОАС [5]. Серьезной проблемой является широкое применение бензодиазепинов и барбитуратов при нарушениях сна, т. к. данные препараты снижают мышечный тонус и угнетают активирующие системы ствола головного мозга, что приводит к увеличению тяжести СОАС.

## Принципы здорового сна

Гигиена сна является важным и неотъемлемым компонентом лечения любых форм инсомний и состоит из следующих рекомендаций: ложиться

спать и вставать в одно и то же время; исключить дневной сон, особенно во второй половине дня; не употреблять на ночь чай или кофе; уменьшить стрессовые ситуации, умственную нагрузку, особенно в вечернее время; организовать физическую нагрузку в вечернее время, но не позднее чем за 2 часа до сна; регулярно использовать водные процедуры перед сном.

В настоящее время появляется все больше устройств, помогающих в организации правильного режима сна и бодрствования, одно из них – трэекеры сна. Данные приборы используют датчик движения и специальные алгоритмы, помогающие отслеживать, спит человек или бодрствует, большинство современных гаджетов также позволяют отслеживать фазы сна. К сожалению, точность этого метода недостаточна для медицинской диагностики. Однако возможность длительного накопления информации о количестве и регулярности сна может подсказать врачу характер нарушений и тактику лечения. Также само наличие такого устройства стимулирует человека более внимательно относиться к своему сну, что, как правило, положительно сказывается на исполнении правил гигиены сна.

## Заключение и выводы

Сон составляет около трети жизни каждого человека, но, несмотря на это, незаслуженно обделен вниманием. Снижение качества и количества сна приводит к значительным последствиям: снижению производительности труда, утяжелению течения соматических заболеваний, возрастанию количества и травматичности дорожно-транспортных происшествий, обострению психических расстройств, агрессивному, импульсивному и зависимому поведению. Финансовый ущерб от данных явлений трудно поддаются подсчету, однако масштаб его не уступает последствиям сердечно-сосудистых заболеваний. Более внимательное отношение к своему сну, своевременная диагностика его нарушений и понимание значимости соблюдения правил гигиены сна – ключевой элемент поддержания здоровья и улучшения качества жизни в целом.

## ИСТОЧНИКИ

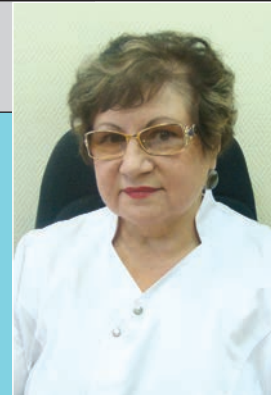
1. Ковальзон В.М. «Основы сомнологии. Физиология и нейрохимия цикла бодрствование-сон млекопитающих» // М., Изд-во «Бином. Лаборатория знаний». 2011. 103 с.
2. Полуэктов М.Г. «Сомнология и медицина сна. Национальное руководство памяти А.Н. Вейна и Я.И. Левина». – М.: «Медфорум». 2016. 89 с.
3. Петров А.М., Гиниатуллин А.Р. Нейробиология сна: современный взгляд. – Казань, ГКМУ. 2012. 95 с.
4. Вербичкий Е.В. Сон и тревожность. – Ростов-на-Дону, Изд-во ЮНЦ РАН. 2008. 74 с.
5. McMillan A, Bratton DJ, Faria R, et al. Continuous positive airway pressure in older people with obstructive sleep apnoea syndrome (PREDICT): a 12-month, multicentre, randomised trial. *Lancet Respir Med* 2014; 2: 804–12.

Л.А. ФЕДЫК<sup>1</sup>, к.м.н., доктор философии в медицине, руководитель  
О.А. ШУСТОВА<sup>1</sup>, к.м.н., заслуженный врач РФ, главный врач

## Профилактика стоматологических заболеваний у детей: психологические и организационные аспекты



Л.А. ФЕДЫК



О.А. ШУСТОВА

**Ключевые слова:** профилактика стоматологических заболеваний, детское население, здоровый образ жизни

**Fedyk L.A., Shustova O.A. Prevention of children dental diseases: psychological and organizational aspects**

The review of the innovative directions in the sphere of prevention children dental diseases is presented in this article. The principles of formation a positive motivation for children to visit children's dental policlinic of Nizhnevartovsk city are presented.

**Keywords:** prevention of dental diseases, children population, healthy lifestyle

**В статье представлен обзор новаторских направлений в области профилактики стоматологических заболеваний у детей. Показаны принципы формирования положительной мотивации у детей на посещение детской стоматологической поликлиники города Нижневартовска.**

<sup>1</sup> СДС «Всероссийский Регистр»,  
info@9000-2001.ru

<sup>2</sup> БУ «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника», г. Нижневартовск, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра.

### Введение

Стоматологическое здоровье детей является актуальной темой здравоохранения. Здоровые зубы и здоровая улыбка – один из показателей качества жизни в любом возрасте. Внедрение различных методик и форматов проведения профилактической работы – одна из важнейших задач лечебного стоматологического учреждения. При этом очень важно начать проводить стоматологическую профилактику с раннего детства.

20–30-е гг. XX в. стали годами формирования стоматологии как науки и одновременно становления профилактического направления в отрасли. Таким образом история профилактики в стоматологии тесно переплетается с развитием профилактики всего отечественного здравоохранения.

Профилактика – это система социальных, медицинских, гигиенических, воспитательных мер, направленных на предотвращение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также на повышение устойчивости организма, в т.ч. детского, к воздействию природной, производственной и бытовой среды, способных вызвать патологические изменения.

Основной целью профилактики является устранение причин возникновения и развития заболеваний, а также создание условий для повышения устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды.

Актуальность стоматологической профилактики заключается в том, что стоматология характеризуется высокой заболеваемостью, четкой связью с конкретными факторами внешней среды, такими

как питание, уровень социальных и экономических условий жизни. Особенно это касается детской стоматологии.

Город Нижневартовск Ханты-Мансийского автономного округа – Югры расположен в зоне нефтедобычи на болотистой местности и характеризуется сложными экологическими и климатическими условиями – малым количеством солнечных дней в году и низким содержанием кислорода в воздухе. Употребление в недостаточных количествах фруктов и овощей большей частью населения приводит к дефициту витаминов и микроэлементов в организме. По нашим исследованиям, отсутствие йода в снеге и проточной воде, а также минимальное содержание фтора, является неблагоприятным фоном. В таких суровых условиях особое внимание необходимо уделять сохранению здоровья населения, особенно детского.

Медицинская помощь населению города оказывается сетью лечебно-профилактических учреждений, включающих детскую стоматологическую поликлинику, которая является единственным самостоятельным учреждением в округе по оказанию стоматологической помощи детскому контингенту.

Детская стоматологическая поликлиника Нижневартовска была организована в июне 1980 г. Первоначально ее штат включал 2 стоматологов, 7 зубных врачей, 9 медицинских сестер и 1 санитарку. Но город рос и развивался, вместе с ним «подрастала» и детская стоматологическая поликлиника. На сегодняшний день помощь пациентам оказывают 49 врачей, в т.ч. два кандидата медицинских наук. К настоящему времени поликлиника стала не только лечебным, но и инновационным с точки зрения профилактики учреждением, превратилась в центр пропаганды здорового образа жизни.

### Формы и методы профилактики

Лечебная работа учреждения направлена, прежде всего, на снижение стоматологической забо-



леваемости у детей города, а профилактические мероприятия позволяют снижать уровень распространенности кариеса, увеличить количество детей со здоровыми зубами, что, в конечном счете, улучшает качество жизни.

Большое внимание поликлиника уделяет психоэмоциональному аспекту взаимодействия с маленькими пациентами и их родителями. Врачи понимают, какие чувства может испытывать человек, в особенности ребенок, усаживаясь в стоматологическое кресло. Для снятия психоэмоционального напряжения у пациента в стоматологической практике возможно применение различных методик. На базе поликлиники почти двадцать лет действует психологическая служба – одна из первых в истории детской стоматологии в России. Главная цель психологической службы заключается в оказании своевременной квалифицированной психологической помощи детям и их родителям в подготовке ребенка к приему у стоматолога. Если родители со страхом говорят о больнице, то посещение врача неизменно вызывает у ребенка чувство страха. Порой из-за собственного незнания и неправильного поведения родителям не удается уговорить ребенка войти в кабинет стоматолога.

Формирование новых подходов к профилактике стоматологических заболеваний у детей разного возраста является приоритетным направлением в работе учреждения. Для того чтобы заинтересовать детей и мотивировать их к здоровому образу жизни, коллектив поликлиники активно использует наиболее приемлемые с точки зрения возрастной психологии и педагогической науки формы общения и подачи информации, такие как игра, урок, квест и театрализованное представление. Профилактические мероприятия вы-

ходят далеко за пределы самой поликлиники и проводятся на различных образовательных и культурных площадках Нижневартовска, зачастую становясь предметом обсуждения для всего города.

Так, в рамках Программы профилактики стоматологических заболеваний и формирования здорового образа жизни среди детского населения города Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника совместно с автономным учреждением ХМАО-Югры «Театр кукол «Барабашка» создали уникальный спектакль-урок для детей с 4-х лет «Азбука здоровья», который прививает ребенку заботу о своем здоровье с раннего возраста. Листая страницы увлекательной «азбуки», маленькие зрители узнают, что значит быть здоровым, что такое режим дня и как важно его соблюдать, как правильно питаться, что такое иммунитет и как помочь ему быть сильным. Кроме этого, в спектакле рассказывают о

профилактике стоматологических заболеваний и заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Премьера спектакля состоялась 30 мая 2015 г. и была приурочена ко Дню защиты детей, а 10 июня 2015 г. спектакль был презентован на III региональном чемпионате профессионального мастерства гигиенистов стоматологических в городе Ханты-Мансийске. И теперь каждый театральный сезон включает в репертуар спектакль «Азбука здоровья». Посмотреть постановку театра могут не только дети Нижневартовска; в театральном автобусе артисты выезжают и в другие города Югры.

Сотрудники детской стоматологической поликлиники регулярно проводят мероприятия перед другими спектаклями в театре кукол «Барабашка», а также в детском развлекательном центре HarryLand. Акции проходят под девизом: «Каждому ребенку города Нижневартовска – здоровую и красивую улыбку».



Специалисты поликлиники систематически ведут работу по пропаганде здорового образа жизни вообще и стоматологического здоровья в частности в общеобразовательных школах города. Уроки здоровья разработаны для каждой возрастной группы школьников. Для учеников начальных классов уроки здоровья проводятся в форме презентации на тему «Надо ли беречь зубы и почему». Вместе с Незнашкой и доктором Айболитом ребята совершают увлекательное путешествие в страну «Зубастию», узнают о строении зубов и их функциях, о правилах профилактики стоматологических заболеваний.

Много нового и неизвестного ранее открывают для себя школьники. Они узнают, что здоровые зубы – это не только ослепительная улыбка, правильная дикция и красивая речь, но и здоровый желудок. А самое главное, они узнают, что здоровые зубы – это залог здоровья всего организма. После окончания презентации ребята полу-

К настоящему времени поликлиника стала не только лечебным, но и инновационным с точки зрения профилактики учреждением, превратилась в центр пропаганды здорового образа жизни.





Программы профилактики стоматологических заболеваний стали неотъемлемой частью деятельности поликлиники и проводятся на ее базе постоянно.

чают наклейки в подарок и памятки о том, как нужно ухаживать за зубами.

Программы профилактики стоматологических заболеваний стали неотъемлемой частью деятельности поликлиники и проводятся на ее базе постоянно. Дети разного возраста и их родители могут в любое время получить исчерпывающие консультации по этому вопросу. С целью профориентации в поликлинике проводятся Дни открытых дверей для допризывников и выпускников средних общеобразовательных учреждений. Сама атмосфера уюта и спокойствия, созданная в медицинском учреждении, может положительно повлиять на настроение каждого посетителя или пациента. Поэтому поликлиника по мере возмож-

граждены призами и сертификатами поликлиники на постановку светополимерных пломб.

Идея украсить поликлинику фотографиями животных – питомцев сотрудников и фотографиями, принесенными маленькими пациентами, – оказалась очень удачной. Оригинальная задумка вызвала восторг у малышей и их родителей и сделала пребывание пациентов в поликлинике максимально комфортным, благоприятно влияя на настроение и самочувствие посетителей.

Поликлиника, в которой ребенок может увидеть разнообразные арт-объекты, сфотографироваться рядом с ними на память, стала достопримечательностью города Нижнеартовска. При таком подходе место, которое обычно ассоциируется с болью, приобретает другой смысл. Ребенок перестает воспринимать себя здесь как на враждебной территории, начинает чувствовать себя комфортно.

Нестандартный подход к мероприятиям, проводимым в лечебном учреждении, создающий положительную мотивацию у детей и родителей на посещение поликлиники, сочетается с грамотным подходом к стандартизации менеджмента качества производственных процессов. Работа по внедрению СМК проводилась под руководством специалистов Центрального органа по сертификации системы добровольной сертификации «Всероссийский регистр» некоммерческого образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Западно-Сибирский центр внедрения высоких профессиональных технологий» города Тюмени. Многолетнее сотрудничество с Центром позволяет развивать и совершенствовать систему оказания стоматологической помощи детям с применением самых современных технологий и в строгом соответствии с требованиями стандартов медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи и утвержденных клинических рекомендаций.

Органичное включение профилактики стоматологических заболеваний и пропаганды здорового образа жизни в систему менеджмента качества поликлиники вкупе с высоким профессионализмом сотрудников и применением современных медицинских технологий направлено на получение конечного результата: качественного оказания стоматологической помощи ребенку, который является главным лицом во всей этой системе.

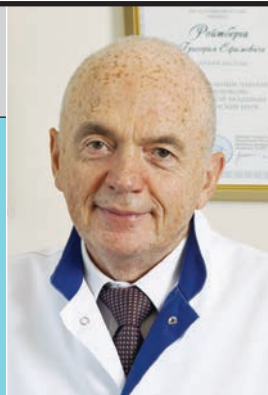


ности стремится к тому, чтобы внутреннее убранство помещений отвечало не только соответствующим нормам, но и было комфортным для посетителей.

В немалой степени этому способствует постоянно действующая выставка детского рисунка. Пополняют галерею работы победителей конкурсов, регулярно проводимых городским центром детского творчества, с которым поликлинику связывает многолетняя дружба. В 2017 г. по итогам проведения детского художественного конкурса «К миру с улыбкой» поликлинике было подарено более 80 конкурсных работ. Победители конкурса в разных номинациях, а их было 32, на-

**Г.Е. РОЙТБЕРГ**<sup>1,2</sup>, д.м.н., профессор, акад. РАН, президент ОАО «Медицина», заведующий кафедрой терапии и семейной медицины  
**Н.В. КОНДРАТОВА**<sup>1,2</sup>, д.м.н., заведующая стационаром ОАО «Медицина», доцент кафедры терапии и семейной медицины

## Скрининг и профилактика рака молочной железы в работе врача первичного звена



Г.Е. РОЙТБЕРГ



Н.В. КОНДРАТОВА

**Ключевые слова:** рак молочной железы, скрининг, профилактика, факторы риска, самостоятельный осмотр молочных желез, обучение женщин.

**Roytberg G.E., Kondratova N.V. "Medicina" clinic, Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU).**

### **Screening and prophylaxis of breast cancer in primary care**

Early diagnostics of breast cancer by screening and prophylaxis in primary care lead to early detection of breast tumors. The doctor should consider different risk and protective factors for breast cancer to develop individual screening programs. Special screening programs must be developed for women of high risk. Primary care doctor should educate women, assess needs, barriers and efficiency of patients' education and provide patients with all kinds of education materials for early diagnostic of breast cancer.

**Keywords:** Medication administration, medication labeling, look-like and sound-like medications, safe medication practice

### Введение

Развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, в т.ч. снижение распространенности наиболее значимых факторов риска, является одним из приоритетных направлений работы врача первичного звена согласно Государственной программе развития здравоохранения Российской Федерации [1]. Одной из задач, поставленных перед врачами-терапевтами и врачами общей практики, является увеличение доли больных с впервые выявленными злокачественными новообразованиями (ЗНО) на ранних стадиях в общей численности больных с впервые выявленными злокачественными новообразованиями до 60%, в связи с чем первостепенное значение приобретает знание врачами первичного звена факторов риска развития, методов раннего выявления и профилактики онкологических заболеваний. Рак молочной железы (РМЖ) (20,9%) является ведущей онкологической патологией у женского населения [2]. Если общая заболеваемость ЗНО достигает максимума к 60-70 годам, то при РМЖ пик заболеваемости приходится на 45-59 лет, т.е. на активный трудоспособный возраст. Своевременная диагностика РМЖ на этапе проведения диспансеризации и профилактики РМЖ в работе врача первичного звена позволит снизить показатели летальности от РМЖ.

### Факторы риска развития рака молочной железы

Факторы риска развития РМЖ можно разделить на повышающие риск развития РМЖ и снижающие риск развития РМЖ [4].

Общими факторами риска развития РМЖ являются: **Возраст.** Чаще всего рак молочной железы возникает в перименопаузальном периоде, только 10%

**Своевременная диагностика рака молочной железы (РМЖ) на этапе проведения диспансеризации и профилактика РМЖ в работе врача первичного звена способствует раннему выявлению РМЖ. При разработке индивидуальных программ скрининга необходимо учитывать установленные факторы, снижающие и повышающие риск развития РМЖ. Специальные программы скрининга должны быть предусмотрены для женщин высокого риска развития РМЖ. С целью ранней диагностики РМЖ врач первичного звена должен проводить просветительскую работу среди женщин, оценивать потребности, барьеры и эффективность обучения, а также предоставлять пациенткам различные образовательные материалы.**

пациенток раком молочной железы заболевают в возрасте до 30 лет, поэтому основные программы скрининга направлены на популяцию женщин старше 40 лет.

**Первая менструация в раннем возрасте и поздний возраст наступления менопаузы.** Эти факторы риска повышают вероятность развития РМЖ в 2-2,5 раза.

**Первая беременность в возрасте старше 30 лет и низкая приверженность грудному вскармливанию.** Риск заболеть раком молочной железы зависит не только от количества рожденных детей и возраста во время первых родов у женщины, но и от длительности грудного вскармливания. При рождении каждого ребенка риск развития рака молочной железы снижался на 7% [5]. При наступлении первой беременности в возрасте младше 18 лет риск заболеть раком молочной железы на 60% ниже, чем у женщин, впервые забеременевших в возрасте старше 30 лет. Сразу же после разрешения беременности риск развития рака молочной железы на короткое время возрастает. При грудном вскармливании

<sup>1</sup> Клиника ОАО «Медицина», contact@medicina.ru

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО НИИМ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, kondratova@medicina.ru



вании индивидуальный риск развития рака молочной железы может снижаться (на 4,3% на каждые 12 месяцев). В связи с этим особую актуальность приобретает просветительская работа среди женщин с целью повышения приверженности грудного вскармливания, а также развития программ поддержки материнства и детства среди молодежи.

**Прием алкоголя.** В 2010 г. эксперты ВОЗ официально включили алкоголь в список факторов риска развития РМЖ, причем опасным было названо даже употребление 1 бокала вина ежедневно. Разъяснение вреда чрезмерного употребления алкоголя, особенно среди женщин, является одной из важных задач работы врача-терапевта или врача общей практики.

**Облучение.** К внешним вредным факторам, которые могут вызвать развитие рака молочной железы, также относят облучение. Женщины, пережившие

Если общая заболеваемость ЗНО достигает максимума к 60-70 годам, то при РМЖ пик заболеваемости приходится на 45–59 лет, т. е. на активный трудоспособный возраст. Своевременная диагностика РМЖ на этапе проведения диспансеризации и профилактики РМЖ в работе врача первичного звена позволит снизить показатели летальности от РМЖ.

ядерные бомбардировки Хиросимы и Нагасаки, намного чаще болели раком молочной железы по сравнению с остальным населением Японии. Также у женщин, часто облучавшихся при туберкулезе легких или других злокачественных заболеваниях (тимома, опухоль Ходжкина), в будущем чаще развивался рак молочной железы по сравнению с не подвергавшимися облучению женщинами. При этом наблюдается обратная зависимость между возрастом, в котором проводилось облучение, и частотой развития рака.

**Генетические факторы.** Предполагается, что генетическая предрасположенность имеется у 5-10% женщин, заболевших раком молочной железы. Приблизительно половина случаев генетически предрасположенных случаев рака молочной железы вызывается мутациями генов BRCA-1 и BRCA-2. Наличие мутации в гене BRCA-1 увеличивает вероятность возникновения у женщины РМЖ до 50-85%, причем в большинстве случаев дебют заболевания возникает в молодом возрасте – до 50 лет. У женщин с наличием мутации BRCA также возрастает риск развития рака яичников.

**Спорные факторы риска развития РМЖ**

**Заместительная гормональная терапия**

Вопрос о возможной связи заместительной гормональной терапии с повышением риска развития РМЖ долго обсуждался в различных исследованиях, однако в настоящее время единой точки зрения нет,

и этот фактор принято относить к спорным факторам риска.

**Прием оральных контрацептивов**

В настоящее время считается, что только непрерывный прием оральных контрацептивов в течение 10 лет и более незначительно повышает риск РМЖ, в остальных случаях такого влияния не показано.

**Основными факторами, снижающими риск развития РМЖ являются:**

- ранние первые роды,
- лактация.

## Первичная профилактика РМЖ

Целью первичной профилактики является снижение риска развития РМЖ с помощью пропаганды здорового образа жизни, а также целенаправленного воздействия на гормональную и иммунную систему.

Женщинам следует рекомендовать:

- регулярные физические упражнения. Некоторые литературные данные показывают, что женщины, занимающиеся спортом как минимум 4 часа в неделю, намного реже заболевают раком молочной железы;
- снижение потребления алкоголя;
- повышение потребления овощей и фруктов;
- профилактику избыточной массы тела.

## Вторичная профилактика РМЖ

Общие мероприятия по раннему обнаружению рака молочной железы включают в себя физикальный осмотр врача, самостоятельный осмотр молочных желез и регулярное проведение маммографии, причем особое значение имеет информирование женщин о необходимости обратиться к врачу в случае выявления любых находок при самостоятельном осмотре молочных желез.

**Самостоятельный осмотр.** В настоящее время в 80% случаев женщина обнаруживает РМЖ самостоятельно, в 10% – при врачебном осмотре, и только в 10% – при маммографии [3], поэтому важно научить женщину ежемесячно самостоятельно осматривать свою грудь относительно наличия мелких узелков, особенно если в семье были случаи рака молочной железы или женщина страдает пролиферативной мастопатией. Самостоятельный осмотр необходимо начинать с 20-летнего возраста и выполнять его ежемесячно на 7-10 день менструального цикла [7].

**Маммография:** Маммография до сих пор представляет собой единственный метод, с помощью которого можно выполнить раннюю диагностику РМЖ. В возрастной группе от 40 до 74 лет проведение ежегодного скрининга с помощью маммографии позволило добиться снижения смертности от рака молочной железы на 15-20% [8]. Обязательное проведение маммографии обеих молочных желез для женщин в возрасте от 39 до 75 лет предусмотрено приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». При наличии в семейном анамнезе рака молочной железы, маммографию рекомендуют уже с 35-ти летнего возраста проводить



ежегодно, в возрасте от 40 до 50 лет необходимо проводить маммографическое исследование 1 раз в 2 года, и после 50 лет – ежегодно [10].

**УЗИ молочных желез.** УЗИ молочных желез не является общепринятым методом скрининга РМЖ и может быть рекомендовано только в качестве дополнительного метода [11].

Показаниями к назначению УЗИ молочных желез являются [10]:

- диагностика кист и образований в молочной железе, выявленных при пальпации и рентгеновской маммографии;
- обследование молочных желез у беременных и кормящих матерей;
- обследование молочных желез у детей и подростков обоих полов;
- оценка состояния силиконовых протезов молочных желез;
- обследование грудных желез у мужчин;
- как дополнение к рентгеновской маммографии в группе женщин предменопаузального периода.

**МРТ-маммография.** Этот метод вошел в практику сравнительно недавно, однако показал свою эффективность. МРТ-маммография рекомендована ведущими онкологическими организациями для уточняющей диагностики и как метод скрининга у женщин с высоким риском развития РМЖ (наличием отягощенного семейного анамнеза, мутации BRCA, а также при высокой плотности молочной железы). Кроме того, American Cancer Society рекомендует МРТ молочной железы в качестве метода скрининга РМЖ у женщин, получивших лучевую терапию на область грудной клетки в возрасте 10–30 лет [11].

**Исследование мутации BRCA.** Исследование мутаций BRCA следует рекомендовать женщинам с отягощенным семейным анамнезом по РМЖ, а также при наличии подтвержденного наличия мутации у ближайших родственников по женской линии.

**Исследование онкомаркера СА 15-3.** Некоторые пациентки при обращении на прием для проведения диспансеризации просят семейного врача также провести исследование на онкомаркер РМЖ – СА 15-3. Этот метод не является скрининговым, не входит в стандарты ранней диагностики РМЖ. Он предназначен для мониторинга эффективности лечения у женщин с уже установленным диагнозом РМЖ.

### Проведение скрининга в группах высокого риска

В группу высокого риска развития РМЖ входят:

- женщины с высокой плотностью молочной железы;
- женщины с мутациями BRCA;
- женщины с отягощенным семейным анамнезом по РМЖ;
- женщины, перенесшие медицинское или технологическое облучение грудной клетки в возрасте 10-30 лет [12].

Для этой группы целесообразно более раннее начало скрининговых программ (на 5-10 лет раньше общепопуляционного возраста), а также сокращение времени между раундами скрининга с двух до

одного года и введение дополнительных методов исследования (например, УЗИ) в межскрининговый период.

У женщин высокого риска развития РМЖ при проведении скрининга необходимо выполнять следующие обследования:

- каждые полгода пальпацию и УЗИ молочных желез;
- ежегодно маммографию или МРТ молочных желез;
- ежегодно гинекологический осмотр, включая УЗИ органов малого таза вагинальным датчиком.

### Обучение женщин принципам профилактики рака молочной железы

Обучение женщины принципам профилактики и раннего выявления рака молочной железы позволяет повысить охват прикрепленного контингента при проведении диспансеризации, а также способствует формированию внимательного отношения пациенток к своему здоровью.

Прежде чем приступить к обучению, врач или медицинская сестра должны провести оценку потребностей женщины в обучении, а также барьеров к обучению. Эффективное обучение пациенток должно быть доступно в различных форматах и соответствовать нуждам обучаемых.

В современных условиях пациентки имеют очень разный уровень знаний о профилактике РМЖ – с некоторыми женщинами обучение нужно начинать с основ, а другие тщательно следят за своим здоровьем, много читают об этом заболелании в книгах, журналах, сети Интернет и могут вести с врачом вполне профессиональный диалог. Очевидно, что методы обучения этих групп пациенток будут существенно отличаться, поэтому обучение необходимо начать с оценки потребностей и барьеров к обучению.

**Прежде чем приступить к обучению, врач или медицинская сестра должны провести оценку потребностей женщины в обучении, а также барьеров к обучению. Эффективное обучение пациенток должно быть доступно в различных форматах и соответствовать нуждам обучаемых.**

Целесообразно проводить оценку следующих параметров:

**1. Знание пациента о необходимости профилактики рака молочной железы.** Следует задать пациентке вопросы: «Проводите ли вы самостоятельный осмотр молочных желез?» «Знаете ли вы, зачем это нужно делать?»

**2. Убеждения и ценности пациента и его семьи, социальное окружение пациента.** Понимание условий жизни женщины позволяет оценить систему ценностей социальной среды, где она живет – в некоторых социальных слоях принято пренебрегать во-



просами своего здоровья, и женщинам из такого окружения нужно уделить особенное внимание, разъясняя важность профилактических мероприятий.

**3. Грамотность, образовательный уровень и язык.** Выяснение этих вопросов поможет врачу понять, можно ли давать пациентке образовательные материалы и насколько детальной должна быть беседа с женщиной.

**4. Эмоциональный барьер и мотивация.** Всегда следует интересоваться у пациентки, хочет ли она узнать больше о профилактике РМЖ? Обеспокоена ли она возможностью развития у нее РМЖ? И если пациентка негативно настроена к обучению, постараться ей объяснить важность знаний и навыков, которые помогут предотвратить развитие грозного заболевания.

**В литературе сейчас можно найти много примеров образовательных материалов, но они не всегда могут быть применены на практике, т.к. необходимо учитывать интеллектуальный и социальный уровень женщин, с которыми работает врач общей врачебной практики.**

**5. Физические ограничения.** Наличие у пациентки нарушений зрения и слуха может серьезно повлиять на эффективность обучения, если оно проводится неправильным методом.

Результатом такой оценки будет определение потребности в обучении и препятствий к обучению, которая поможет сформировать индивидуальный подход к обучению женщины.

Обучение женщин может быть организовано в различных формах:

- выдача наглядных образовательных материалов, листовок, брошюр;
- демонстрация видеоматериалов;
- использование интерактивных материалов;
- устная беседа с врачом или медицинской сестрой.

#### **Разработка и виды образовательных материалов.**

В обучении женщин можно использовать следующие виды образовательных материалов:

- печатные образовательные материалы – флаеры или брошюры;
- видеоматериалы – короткие видеоролики, посвященные необходимости регулярного проведения диспансеризации;
- интерактивные материалы – различные ссылки на сайты в Интернете.

В литературе сейчас можно найти много примеров образовательных материалов, но они не всегда могут быть применены на практике, т.к. необходимо учитывать также особенности прикрепленного контингента, интеллектуальный и социальный уровень женщин, с которыми работает врач общей врачебной практики. Поэтому готовые образовательные материалы необходимо сначала адаптировать с уче-

том всех этих факторов. Готовые образовательные брошюры можно выдавать пациенткам на приеме, а если у медицинской организации есть свой интернет-сайт – создать раздел для обучения пациентов и разместить там информацию.

Образовательные материалы оказывают врачу неоценимую помощь в работе, однако они не должны заменять беседу с женщиной, которая остается основным методом обучения. Не каждый врач может и умеет качественно проводить обучение женщин, поэтому руководителям медицинских организаций целесообразно периодически проводить занятия для врачей по совершенствованию навыков проведения обучения с пациентками.

Зачастую врачи проводят обучение с пациентками в формате лекции, где врач говорит, а женщина пассивно слушает, однако технологии обучения в режиме диалога являются более эффективными. Одной из таких технологий является тич-бэк (от английского «teach» – учить и «back» – обратно) – метод, который предполагает активное участие пациентки в процессе обучения. Технология тич-бэк предполагает, что после предоставления информации врач или медсестра должна попросить пациентку объяснить полученную информацию собственными словами. Ключевыми моментами обучения по технологии тич-бэк являются:

- разговор с женщиной спокойным и доброжелательным тоном, врач не должен показывать, что он спешит перейти к следующим пациентам;
- женщину нужно попросить повторить то, что сказал врач;
- у пациентки нужно уточнить, все ли ей понятно;
- у пациентки нужно спросить, есть ли у нее какие-либо вопросы.

При проведении обучения врачу и медсестре нужно обращать внимание на язык тела: по возможности принимать открытые позы, смотреть пациентке в глаза, избегать одновременного изучения истории болезни в компьютере. Важно говорить понятным для женщины языком, похвалить ее за правильные ответы и задавать открытые вопросы – т.е. такие, при которых она должна сформулировать ответ своими словами, а не ограничиться коротким «да» или «нет». Например, открытый вопрос «На какой день менструального цикла вы будете проводить самостоятельный осмотр молочных желез?» имеет очевидные преимущества перед закрытым вопросом «Вы будете осматривать молочные железы на 7-10 день после наступления менструации?».

Используя эту технологию, врач может оценить эффективность обучения, а также определить, поняла его женщина или нет, и сделать вывод о необходимости дальнейшего обучения.

#### **Заключение**

Проведение полноценного скрининга РМЖ на этапе обращения пациенток к врачу первичного звена, обучение женщин принципам самостоятельного осмотра молочных желез, составление индивидуального плана диспансеризации с учетом факторов риска женщины в работе врача-терапевта и врача общей практики позволяют обеспечивать раннее выявление и профилактику РМЖ.



## ИСТОЧНИКИ

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 №294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
2. Злокачественные новообразования в России в 2015 г. (заболеваемость и смертность). Под редакцией А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М., 2017.
3. Семиглазов В.Ф., Высоцкая В.В. Скрининг рака молочной железы// Практическая онкология. – 2010. – Т. 11, №2. – С. 60–65.
4. Лелягин В.П., Высоцкая И.В., Ким Е.А. Факторы риска развития рака молочной железы// Маммология. – 2006. – №4. – С. 10–12.
5. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50\_302 women with breast cancer and 96\_973 women without the disease// The Lancet. – 2002. – Т. 360, № 9328. – С.187–195.
6. Клинические рекомендации Российского общества онкологов по профилактике рака молочной железы, дифференциальной диагностике, лечению предопухолевых и доброкачественных заболеваний молочных желез. – М., 2016.
7. J.J.Fenton, S.J. Rolnick, E.L. Harris и соавторы. Specificity of clinical breast examination in community practice // J Gen Intern Med. – 2007. – Т.22 № 3. – С. 332-337.
8. H.D. Nelson, K. Tyne, A. Naik и соавторы. Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force // Ann Intern Med. – 2009. – Т.151 № 10. – С. 727-737.
9. Приказ Минздрава России от 03.02.2015 №36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». (в ред. приказа Минздрава России от 09.12.2016 №946н).
10. Колядина И.В., Поддубная И.В., Комов Д.В. Скрининг рака молочной железы: мировой опыт и перспективы // Российский онкологический журнал. – 2015. – №1. – С 42-46.
11. D.S.Salem, R.M.Kamal, S.M.Mansour, L.A.Salah, R.Wessam. Breast imaging in the young: the role of magnetic resonance imaging in breast cancer screening, diagnosis and follow-up// J. Thorac. Dis. – 2013. – № 5(Прил. 1). – С. 9–18.
12. F.Turati, E.Negri, C.La Vecchia Family history and the risk of cancer: genetic factors influencing multiple cancer sites // Expert. Rev. Anticancer Ther. – 2014. – Том 14, № 1. – С. 1–4.

## НОВОСТИ

### ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ОРГАН РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ВНЕДРЯЕТ НОВЫЙ ФОРМАТ РАБОТЫ С НАСЕЛЕНИЕМ

В 2018 г. Территориальный орган Росздравнадзора по Астраханской области организовал новый формат работы с населением региона – «мобильную приемную», подразумевающую выезды сотрудников контролирующего органа в города и районы области. Подобный способ взаимодействия с гражданами позволит влиять на ситуацию на местах и оперативно решать возникающие проблемы.

Первая «Мобильная приемная» Территориального органа Росздравнадзора по Астраханской области уже состоялась в Енотаевском районе. Встреча руководителя Территориального органа Адели Умеровой с гражданами прошла в районной администрации с участием главы района, главного врача больницы, директора Центра социальной поддержки населения района и председателей общественных организаций.

За два часа в «мобильную приемную» обратилось восемь граждан: трое – по вопросам доступности медико-социальной экспертизы, двое – по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности, два человека – по вопросам лекарственного обеспечения и один человек – по вопросу получения субсидии медицинскими работниками в сельской местности.

Большая часть вопросов была решена на месте, а обращения, требующие более детального рассмотрения, взяты под личный контроль руководителя территориального органа Росздравнадзора.

Представители пациентских и общественных организаций региона высоко оценили такой формат работы контролирующего органа с пациентами. Практика выездов «Мобильной приемной» в районы Астраханской области будет продолжена.

<http://www.roszdravnadzor.ru>

И.В. ИВАНОВ<sup>1</sup>, к.м.н., генеральный директор  
А.Г. ЩЕСЮЛЬ<sup>2</sup>, к.б.н., главный специалист

### Внутренний контроль и профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в поликлиниках



И.В. ИВАНОВ

**Ключевые слова:** внутренний контроль и профилактика; инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи; эпидемиологическая безопасность медицинской деятельности, критерии качества; поликлиника; амбулатория

**Ivanov I.V., Shchesyul A.G. Internal control and prevention of infections associated with health care in ambulatory-care clinic**

The modern approaches to ensuring of ambulatory-care clinic epidemiological safety and internal control are under discussion in the article. The key components and criteria of an assessment of ensuring epidemiological safety (Proposals – Practical Recommendations of Roszdravnadzor) are given.

**Keywords:** internal control and prevention; health care-associated infections; epidemiological safety of medical activity, quality criteria; ambulatory-care clinic

**В статье представлен современный подход к осуществлению внутреннего контроля и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в поликлиниках. Приводятся основные компоненты и критерии оценки обеспечения эпидемиологической безопасности в организациях амбулаторно-поликлинического звена в соответствии с Практическими рекомендациями Росздравнадзора.**

<sup>1</sup> ФГБУ «ЦМИКЭЭ»  
Росздравнадзора,  
ivi1976@bk.ru

<sup>2</sup> УМО ФГБУ «ЦМИКЭЭ»  
Росздравнадзора,  
a.shesyul@cmkee.ru

Известно, что качество и безопасность медицинской деятельности в медицинских организациях (МО) эффективно обеспечиваются мерами внутреннего контроля. Такие меры способны определять общую результативность системы управления качеством [1].

Разработанные Росздравнадзором «Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике)» призваны способствовать регулированию ключевых процессов обеспечения качества и безопасности (далее Предложения).

В Предложениях выделены 15 основных направлений для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического звена. По каждому из основных направлений определены показатели (объединенные в группы), которые являются одновременно и целевыми ориентирами для повседневной работы поликлиник, и критериями для их оценки.

В рамках настоящей статьи представлено одно из важнейших направлений Предложений эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи).

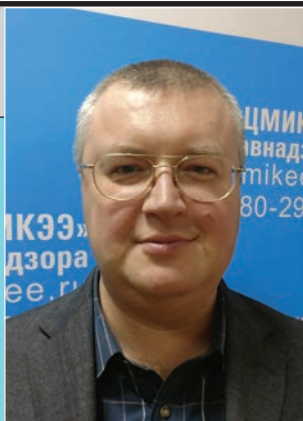
Эпидемиологическая безопасность медицинской помощи «состояние, характеризующееся совокупностью условий, при которых отсутствует недопустимый риск возникновения у пациентов и медицинского персонала заболеваний инфекция-

ми, связанными с медицинской помощью, состояние носительства, интоксикации, сенсibilизации организма, травм, вызванных микро- и макроорганизмами и продуктами их жизнедеятельности, а также культурами клеток и тканей» [2]. Термин «инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи (ИСМП)», являясь более точным в сравнении с ранее существовавшим – внутрибольничные инфекции (ВБИ), в настоящее время используется как в научной литературе, так и в публикациях ВОЗ [3].

Общим критерием для отнесения случаев инфекций к ИСМП является непосредственная связь их возникновения с оказанием медицинской помощи (лечением, диагностическими исследованиями, иммунизацией и т.д.). Именно поэтому к ИСМП относят случаи инфекции, не только присоединяющиеся к основному заболеванию у госпитализированных пациентов, но и связанные с оказанием любых видов медицинской помощи (в амбулаторно-поликлинических, образовательных, санаторно-оздоровительных учреждениях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому и др.), а также случаи инфицирования медицинских работников в результате их профессиональной деятельности.

Основными документами, определяющими меры по обеспечению эпидемиологической безопасности при осуществлении медицинской деятельности в РФ, являются [4]. :

- СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 08.05.2010 №58);
- Национальная Концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 06.11.2011);
- Федеральные клинические рекомендации по вопросам обеспечения эпидемиологической безопасности, утвержденные Национальной ас-



А.Г. ЩЕСКОВ

...качество и безопасность медицинской деятельности в медицинских организациях (МО) эффективно обеспечиваются мерами внутреннего контроля. Такие меры способны определять общую результативность системы управления качеством...

социацией специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ») и согласованные с Профильной комиссией Министерства здравоохранения Российской Федерации по эпидемиологии.

Раздел «Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи) разработан ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора с привлечением ведущих российских специалистов – эпидемиологов (НП «НАСКИ») и содержит сформулированные показатели, представленные в форме оценочных листов с описанием соответствующей методики оценки показателей эпидемиологической безопасности, которые объединены в 13 групп.

Оценка процессов эпидемиологической безопасности осуществляется комиссией – рабочей группой, группой аудиторов (в состав группы обычно включают врача-эпидемиолога, представителей врачебной комиссии, представителей среднего медицинского персонала, инженеров и специалистов-техников, в полномочия которых входит обслуживание медицинских изделий и оборудования). Источниками сведений для оценки процессов являются данные документации медицинской организации (приказы, распоряжения, инструкции); информация от пациентов и/или их представителей (опросы, результаты анкетирования); данные аудиторов рабочей группы, полученные при непосредственных наблюдениях процессов.

Приведем показатели раздела «Эпидемиологическая безопасность» подробнее.

**1. Группа показателей «Организация системы обеспечения эпидемиологической безопасности»** состоит из основного пункта, требующего оценки:

- приказы администрации поликлиники по вопросам эпидемиологической безопасности (профилактики ИСМП).

При оценке проверяется наличие приказов и программ, их содержание по организации работы по эпидемиологической безопасности; деятельность комиссии по эпидемиологической безопасности; деятельность рабочих групп по разработке стандартных операционных процедур (СОПов), которые связаны с инвазивными процедурами; система выявления, учета и регистрации ИСМП; микробиологический мониторинг в дневном стационаре (при его наличии); использование антибиотиков в

медицинской организации, антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия; дезинфекция и стерилизация; гигиена рук персонала; профилактика инфицирования возбудителями гемоконтактных инфекций; документация по обеспечению противоэпидемических мер при отдельных эпидемических ситуациях (инфекций дыхательных путей, особо опасных инфекций, ИСМП и др.).

**2. Группа показателей «Мероприятия по активному выявлению, учету и регистрации, анализа ИСМП среди пациентов и персонала»** включает следующие показатели, требующие оценки:

- перечень стандартных определений случаев (СОС) ИСМП для целей эпидемиологического надзора;
- наличие журналов регистрации случаев ИСМП (ф. 60);
- проведение регулярных совещаний комиссии медицинской организации по вопросам выявления ИСМП, разработка планов по устранению дефектов / ответственные/ сроки, / информирование персонала;
- сбор и анализ стратифицированных показателей заболеваемости ИСМП. Порядок анализа забо-

Термин «инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи (ИСМП)», являясь более точным в сравнении с ранее существовавшим – внутрибольничные инфекции (ВБИ), в настоящее время используется как в научной литературе, так и в публикациях ВОЗ.

леваемости ИСМП на основе анализа показателей;

- полнота выявления случаев ИСМП.

Для данной группы показателей необходимо проверить наличие утвержденного комиссией по эпидемиологической безопасности перечня СОС ИСМП, используемых в МО для целей эпидемиологического надзора, знания персонала (опрос не менее 5 сотрудников из разных подразделений поликлиники) на предмет знания основных СОС, наличие журналов регистрации ИСМП и корректность их заполнения. Требуется проверить





регулярность проведения совещаний комиссии по эпидемиологической безопасности по вопросам ИСМП, оценить планы по устранению дефектов с наличием ответственных и сроков исполнения, оценить порядок анализа заболеваемости ИСМП в МО, проверить регулярность сбора и анализа стратифицированных показателей заболеваемости ИСМП в поликлинике. Требуется проверить не менее 10 амбулаторных карт (АК) пациентов дневного стационара (при его наличии), а также 10 АК, пациентов, которым проводился курс парентерального введения лекарственных препаратов.

**3. Группа показателей «Мероприятия по проведению микробиологических исследований (включая случаи подозрения на ИСМП)»** объединяет следующие показатели:

- наличие микробиологической лаборатории в МО;
- наличие договора со сторонней микробиологической лабораторией при отсутствии собственной;
- доступность микробиологических исследований в часы работы МО;
- наличие алгоритмов МО, описывающих показания и процедуру забора материала для микробиологического исследования;
- забор материала в соответствии с алгоритмами;
- своевременное получение результатов исследований.

Для проведения оценки данной группы показателей следует проверить наличие микробиологиче-

ский порядок и сроки получения результатов исследований (норматив: 72-96 часов, в зависимости от вида возбудителя и исследуемого материала). Для выборки рекомендуется использовать не менее чем 10 АК пациентов поликлиники.

**4. Группа показателей «Микробиологического мониторинга»** включает в себя:

- мониторинг устойчивости к антимикробным препаратам (антибиотикам, дезинфектантам, антисептикам и др.) и мониторинг циркулирующих в поликлинике штаммов микроорганизмов;
- наличие программного обеспечения микробиологического мониторинга и ведение базы данных (результатов);
- наличие внутривидового типирования микроорганизмов.

Для оценки критериев этой группы необходимо оценить качество мониторинга устойчивости к антимикробным препаратам и мониторинг циркулирующих в поликлинике штаммов микроорганизмов (проверить наличие возможности самого мониторинга, наличие ответственных, программы, результатов). Проверить наличие направленного мониторинга эпидемически значимых микроорганизмов (метициллинрезистентные *Staphylococcus aureus* (MRSA), полирезистентные *P.aureginosa*, мультирезистентные *Acinetobacter baumannii* (MRAB), Ванкомицин-резистентный *Enterococcus* (VRE) и др.), наличие программного обеспечения микробиологического мониторинга и ведение базы данных (результатов) и наличие проведения внутривидового типирования микроорганизмов по фило- и генотипическим характеристикам.

**5. Группа показателей «Организация стерилизации медицинских изделий (МИ)»** включает:

- наличие условий для стерилизации эндоскопического оборудования и ее организация в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.3263-15 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах»;
- наличие порядка обеспечения организации серийными материалами в случае отсутствия ЦСО;
- контроль качества стерилизации и регулярный аудит процессов стерилизации МИ;
- упаковка, хранение и использование стерильных материалов.

Для оценки необходимо проверить наличие техники для стерилизации эндоскопического оборудования и процесс его обработки и контроль качества стерилизации в соответствии с действующими правилами, порядок обеспечения организации стерильными материалами в случае отсутствия ЦСО. Проверка соответствия упаковки, условий и сроков хранения, соблюдение асептики при работе со стерильными материалами, наличие индивидуальных стерильных упаковок.

**6. Группа показателей «Обеспечение эпидемиологической безопасности среды»** объединяет такие показатели, как:

- наличие и исправность специального оборудования, включая моечно-дезинфекционные машины и дезинфекционные камеры;

Общим критерием для отнесения случаев инфекций к ИСМП является непосредственная связь их возникновения с оказанием медицинской помощи. К ИСМП относят случаи инфекции, не только присоединяющиеся к основному заболеванию у госпитализированных пациентов, но и связанные с оказанием любых видов медицинской помощи, а также случаи инфицирования медицинских работников в результате их профессиональной деятельности.

ской лаборатории и оценить доступность микробиологических исследований в часы работы поликлиники (при отсутствии своей собственной лаборатории проверить наличие договора со сторонними организациями), наличие исправного термостата и наличие расходных материалов для забора материала в расчетных количествах. Следует оценить знание алгоритмов забора материала персоналом и выполнение алгоритма проведения микробиологического исследования, а также оценить



- проведение камерной дезинфекции постельных принадлежностей;
- наличие алгоритма выбора дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции (или системы дезинфекции);
- наличие системы расчета потребности МО в дезинфицирующих и антисептических средствах;
- наличие системы клининга;
- наличие системы обращения с отходами в соответствии с нормативными документами.

Для проведения оценки данной группы показателей проверяют наличие и соответствие расчетным потребностям моечно-дезинфекционных машин и их исправность, а также журналы камерной дезинфекции постельных принадлежностей. Сравнивают количество выписанных пациентов и комплектов постельных принадлежностей, подвергнутых камерной дезинфекции за определенный срок. Оценивают качество проводимого контроля дезинфекции (наличие отчетов о результатах аудитов, их регулярность, наличие планов по устранению дефектов, с указанием ответственных и определения сроков исполнения). Важно проверить наличие дезинфицирующих и антисептических средств в соответствии с расчетными показателями во всех подразделениях поликлиники и соответствие количества оборудования для дезинфекции реальным потребностям. Оценивается качество систем клининга (работающих на принципах аут- и инсорсинга), включая наличие СОПов уборки помещений различных видов. Проверяется наличие системы обращения с отходами и соответствие ее нормативным документам.

**7. Группа показателей «Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских технологий при инвазивных вмешательствах»** содержит:

- данные о наличии и регулярности обновления СОПов;
- данные о наличии и исполнении алгоритмов профилактики инфекций при оперативных вмешательствах;
- данные о наличии эпидемиологически безопасного алгоритма ухода за послеоперационными ранами.

Для данной группы показателей необходимо оценить, каким образом и на основании каких СОПов (и соответствуют ли они федеральным клиническим рекомендациям/протоколам/стандартам) осуществляются инъекции, инфузии, перевязки, катетеризации. Также оценить знания (опросить не менее 10 ответственных сотрудников, использовать метод наблюдения) алгоритма профилактики инфекции при оперативных вмешательствах на всех его этапах и при проведении перевязок.

**8. Группа показателей «Наличие полностью оборудованных мест для мытья и обработки рук»** включает:

- наличие полностью оборудованных мест для мытья рук;
- наличие дополнительных дозаторов с антисептиком;
- порядок контроля исправности оборудования

для мытья рук, наличия расходных материалов и их соответствия расчетному количеству.

Под оборудованными местами для гигиены рук подразумеваются: отдельная раковина, кран с кистевым смесителем, наличие горячей воды и схемы мытья рук, жидкое мыло, антисептик, одноразовые полотенца, ведро с крышкой и ножным механизмом открывания, наличие дополнительных дозаторов с антисептиком (при входах в палаты дневного стационара, в процедурных и эндоскопических кабинетах). Необходим контроль исправности оборудования для мытья рук, наличия расходных материалов и их соответствия расчетному количеству, для чего необходимо опросить ответственных во всех подразделениях поликлиники.

**9. Группа показателей «Соблюдение правил гигиены рук персоналом»** включает:

- регулярный контроль качества гигиены рук (плановые и внеплановые проверки);
- соблюдение персоналом правил гигиены рук перед контактом с пациентом, перед- и после процедуры, после контакта с пациентом и с предметами окружающей среды;
- исполнение алгоритма мытья и обработки рук в соответствии со стандартами и федеральными клиническими рекомендациями;
- отсутствие предметов украшений на руках у персонала (браслеты, кольца, перстни), накладные ногти, маникюр с длинными ногтями, повреждения кожных покровов и т.д.;
- регулярное обучение персонала.

При оценке этих показателей проверяются журналы с результатами плановых и внеплановых проверок контроля качества гигиены рук персонала и методом наблюдения соблюдения правил (не менее 10 наблюдений по разным подразделениям поликлиники). Важно оценить систему обучения персонала (норматив 100%), с наличием плана учебных мероприятий, результатов итогового тестирования.

**10. Группа показателей «Соблюдение персоналом алгоритма использования индивидуальных средств защиты»** включает:

- наличие и исполнение персоналом алгоритмов использования индивидуальных средств защиты;
  - наличие средств индивидуальной защиты в достаточном количестве в процедурном кабинете, перевязочной и операционной (при их наличии).
- Для данной группы показателей необходимо методом наблюдения оценить соблюдение алгоритмов по использованию средств индивидуальной защиты персоналом во всех подразделениях поликлиники и наличие средств индивидуальной защиты во всех подразделениях в соответствии с расчетными потребностями.

**11. Группа показателей «Профилактики ИСМП у медицинского персонала»** включает следующие:

- наличие алгоритмов действий при аварийной ситуации (случаев контакта с биологическими жидкостями, при повреждении кожных покровов и слизистых оболочек и др.);
- система регистрации и учета аварийных ситуаций и система аудитов аварийных ситуаций;



- программа вакцинации персонала против инфекций в соответствии с национальным календарем прививок;

- регулярное обучение персонала методам профилактики заражения ИСМП.

Для их оценки необходимо проверить наличие алгоритмов действий при аварийных ситуациях, оценить знания персонала (не менее 5 сотрудников поликлиники) алгоритмов действий при чрезвычайных ситуациях, включая порядок оповещения/регистрации, проверить наличие журнала вакцинации персонала против гепатита В и соответствие числа вакцинированных сотрудников расчетным. Важно проверить наличие вакцины и иммуноглобулина против гепатита для проведения экстренной профилактики. Оценить систему регулярного обучения персонала (охват персонала 100%).

**12. Группа показателей «Рациональное использование антибактериальных лекарственных средств для профилактики и лечения»** включает следующие показатели, требующие оценки:

- наличие алгоритмов антибиотикопрофилактики и терапии (в соответствии с профилем отделения);

- назначение препаратов в терапевтических дозировках с лечебной целью обосновано в амбулаторных картах/историях болезни и соответствует алгоритмам;

- регулярный аудит системы использования антибиотиков в поликлинике;

- наличие алгоритмов профилактики и терапии другими антимикробными препаратами (антисептиками, бактериофагами и пр.).

Необходимо проверить наличие алгоритмов антибиотикопрофилактики и терапии в соответствии с профилем отделения, соответствие клиническим рекомендациям Минздрава России. Также проверить

не менее 10 медицинских карт из дневного стационара (при его наличии) и не менее 10 амбулаторных карт пациентов, которым были назначены антибиотики в терапевтических дозах на предмет соответствия алгоритмам лечения, включая:

- 1) первоначальное назначение эмпирической схемы в соответствии с алгоритмами, разработанными в МО;

- 2) показания к смене препаратов при неэффективности;

- 3) перевод на пероральные формы приема. Алгоритм отмены.

**13. Группа показателей «Информирование по вопросам профилактики ИСМП»**, прежде всего, включает:

- наличие постеров, брошюр, памяток для пациентов и персонала.

Для критериев этой группы необходимо проверить наличие информационных материалов во всех подразделениях поликлиники, включая основные темы: «Гигиена рук», «Профилактика гемоконтактных инфекций», «Профилактика инфекций, передающихся воздушно-капельным путем», «Профилактика особо опасных инфекций».

## Заключение

Таким образом, разработка специальной документации по эпидемиологической безопасности и ее обязательное исполнение, создание функциональной группы из специалистов различного профиля, регулярное и качественное обучение персонала, разъяснительная работа с пациентами и ряд изложенных ранее мероприятий позволят обеспечить эффективный внутренний контроль инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и улучшить профилактические мероприятия в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

## ИСТОЧНИКИ

1. Иванов И.В., Швабский О.Р. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в стационаре. Стандарты и качество. 2016, 10 (952). С. 84-86.
2. Эпидемиологическая безопасность важнейшая составляющая обеспечения качества и безопасности медицинской помощи / Брико Н.И., Брусина Е.Б., Зуева Л.П., Ефимов Г.Е., Ковалишена О.В., Стасенко В.Л., Фельдблюм И.В., Шкарин В.В. // Вестник Росздравнадзора. 2014. №3. С. 27-32.
3. WHO. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: World Health Organization; 2016. <http://www.who.int/gpsc/ipc-components-guidelines/en/>
4. Предложение (практические рекомендации) по организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре). Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения. ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора – М., 2015. – 114 с.

Л.М. ЛАПИНА<sup>1</sup>, главный врач

## Совершенствование системы показателей для оценки деятельности медицинской организации



Л.М. ЛАПИНА

**Ключевые слова:** управление деятельностью медицинской организации, инновационные технологии, информационное обеспечение, совершенствование системы показателей

**Lapina L. M. Improvement of indicators system for assessing the activities of a medical organization**

The article stresses the urgency of improving the quality and efficiency of health care management at all levels, as well as the need to improve the information security management system of healthcare organizations. It has been shown that the application of the analysis of the activities of hospital stock in the context of specialized departments allowed to make adequate managerial decisions on a rational preproposal beds. Application of the extended list of indicators will allow to specify the orientation of management decisions aimed at improving the quality of medical activities and to increase the degree of patients' satisfaction with primary health organization.

**Keywords:** management of medical organizations, innovative technologies, information support, improvement of system performance

В государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства от 15.04.2014 №294, говорится о необходимости создания системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также эффективной системы управления качеством в здравоохранении [1].

Развитие здравоохранения в современных условиях базируется, прежде всего, на внедрении инновационных технологий, способствующих повышению доступности и качества медицинской помощи и достижению максимальной результативности. Современные подходы и принципы планирования развития здравоохранения обуславливают необходимость повышения эффективности управления на всех уровнях [2].

Системный подход для определения адекватных задач различных институциональных единиц здравоохранения является основой для принятия адресных управленческих решений.

Заявленный на государственном уровне переход от модели «управления затратами» к «управлению результатами» в здравоохранении основан на применении новых научно обоснованных методов оценки эффективности и результативности оказания медицинской помощи, новых методов и инструментов управления.

Непосредственными исполнителями государственных гарантий для населения в сфере здравоохранения являются медицинские организации. Для решения текущих задач развития и совершенствования их деятельности необходимо проведение объективной оценки результативности их работы, что, в свою очередь, требует комплексного системного подхода, базирующегося на применении определенных критериев и показателей. Данный подход заложен в основу учетно-аналитического обеспечения, необходимого также для разработки

**В статье подчеркивается актуальность вопросов повышения качества и эффективности управления в здравоохранении на всех уровнях, а также необходимость улучшения информационного обеспечения системы управления деятельностью медицинских организаций. Показано, что анализ деятельности коечного фонда в разрезе специализированных отделений позволил принять адекватные управленческие решения, направленные на рациональную перепрофилизацию коечного фонда. Применение расширенного перечня показателей позволит детализировать содержание управленческих решений, направленных на повышение качества медицинской деятельности и степени удовлетворенности пациентов базовой медицинской организации.**

и принятия адекватных управленческих решений, направленных на улучшение деятельности медицинских организаций и повышение их эффективности [3].

Важнейшим принципом и необходимым условием повышения эффективности управления медицинской организации является проведение объективной оценки последствий принятых управленческих решений. В свою очередь, принятие адекватных управленческих решений в конкретной медицинской организации должно основываться на результатах анализа целого ряда показателей, характеризующих качество предоставляемой медицинской помощи, систему организации оказания медицинской помощи, ее доступность, своевременность, безопасность и другие критерии [4].

Переход от централизованно-плановой экономики к рыночной обусловил коренные изменения методов выработки и реализации экономической государственной политики. Это связано было, во-первых, с принципиально новой ролью государства в

<sup>1</sup> НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Минеральные Воды ОАО РЖД», 357209, Ставропольский край, г. Минеральные Воды, ул. Советская, д. 61. [lm1960@mail.ru](mailto:lm1960@mail.ru)

Таблица 1. Динамика показателей деятельности НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД»

№	Перечень показателей	2013	2014	2015
1	Обеспеченность прикрепленного населения (на 10 000 населения):			
	– врачами;	40,82	41,7	39,62
	– средним медицинским персоналом;	110,58	114,00	115,14
	– койками	103,4	105,6	105,6
2	Занятость штатных должностей врачей (в %)	94,5	92,2	94,1
3	Укомплектованность штатных должностей врачей физическими лицами (в %)	72,3	72,3	68,6
4	Занятость штатных должностей среднего медицинского персонала (в %)	98,8	97,4	98,8
5	Укомплектованность штатных должностей среднего медицинского персонала физическими лицами (в %)	83,7	84,5	85,2
6	Коэффициент совместительства врачей	1,31	1,28	1,37
7	Коэффициент совместительства средних медицинских работников	1,18	1,15	1,16
8	Заработная плата врачей (в руб.)	27930	35739	39311
9	Заработная плата среднего медицинского персонала (в руб.)	14059	16809	17854
10	Заработная плата младшего медицинского персонала (в руб.)	9055	10219	10581
11	Средняя длительность занятости койки в году по больнице	321,0	335,0	335,0
12	Оборот койки по больнице	35,4	38,0	39,3
13	Средняя длительность пребывания больного на койке по больнице	9,1	8,8	8,5
14	Простой койки по больнице в целом	0,12	0,08	0,08
15	Выполнение плана койко-дней по больнице в %	96,0	100,2	102,3
16	Объем медицинской помощи на одного прикрепленного жителя в год:			
	– стационарной помощи (число койко-дней)	3,3	3,5	3,5
	– амбулаторно-поликлинической помощи (число посещений)	9,9	9,4	8,6
	– стационарозамещающей помощи (число пациенто-дней)	0,26	0,26	0,28
17	Число больных, находящихся под диспансерным наблюдением.	4676	3780	3737
18	Больничная летальность в целом по больнице (в %)	0,21	0,14	0,18

рыночной экономике, а, во-вторых, с тем, что новые методы реализации экономической политики проистекают из принципиально иных подходов к обеспечению макроэкономической сбалансированности в условиях рынка по сравнению с плановой экономикой. Сложившиеся механизмы планирования на программно-целевой основе требуют нового инструментария, что обуславливает необходимость разработки новых показателей (индикаторов), характеризующих различные стороны деятельности медицинских учреждений, их кадровые, материально-технические, информационные и другие ресурсы [5].

Показатели, являясь способом измерения какого-либо явления или процесса, позволяют получить количественную характеристику различных критериев, отражающих качество медицинской помощи, что в совокупности определяется как деятельность медицинской организации.

Следует отметить, что набор традиционно применяемых показателей весьма ограничен и не позволяет в полной мере оценить различные аспекты деятельности медицинской организации. В связи с этим вопрос разработки расширенного списка показателей для оценки деятельности медицинских



организаций приобретает особую актуальность. Увеличение числа применяемых показателей позволит детализировать направленность управленческих рацений и повысить таким образом качество управленческой деятельности в медицинских организациях.

Системный подход к объективной разноплановой оценке деятельности конкретной медицинской организации позволит разработать научно обоснованные концептуальные направления ее развития.

Востребованность методического и информационного обеспечения управления деятельностью медицинской организации и необходимость повышения его эффективности обусловили выбор темы специального исследования, целью которого явилась разработка методических основ информационного обеспечения управления качеством медицинской деятельности медицинской организации. Исследование проводилось в базе Негосударственного учреждения здравоохранения «Отделенческая клиническая больница на станции Минеральные Воды ОАО РЖД» (далее – НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД»).

В целях осуществления эффективного управления в НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД» проводится мониторинг основных показателей ее деятельности. Традиционный перечень анализируемых показателей и их динамика за изучаемый период представлена в *таблице 1*.

Представленные данные свидетельствуют о том, что наиболее выраженной является проблема укомплектованности штатных должностей врачей физическими лицами и, соответственно, увеличение коэффициента совместительства у данной категории медицинского персонала. При этом большинство анализируемых показателей имеют положительную динамику.

Однако для принятия адекватных управленческих решений в отношении рациональной перепрофилизации коечного фонда потребовался более детальный анализ деятельности всех специализированных отделений стационара (*табл. 2*).

Проведенный анализ динамики основных показателей деятельности НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД», а также показателей деятельности специализированных профильных отделений стационара круглосуточного пребывания, позволил разработать и принять адекватные управленческие решения.

Так, за период с 2013 – 2015 гг. в структуре НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД» произошли существенные изменения. В 2013 г., на основании регламентирующих приказов, 40 коек неврологического профиля в составе терапевтического отделения круглосуточного стационара больницы ликвидировано и создано самостоятельное неврологическое отделение мощностью 40 коек. Также 12 коек общехирургического профиля в составе хирургического отделения круглосуточного стационара перепрофилировано в 12 коек оториноларингологического профиля.

Кроме этого был создан врачебный здравпункт на 20 посещений в смену, функционирующий в соста-

ве поликлинического отделения №1, было создано консультативно-диагностическое отделение, а также произведено перепрофилирование коек дневного стационара при поликлиническом отделении.

## Важнейшим принципом и необходимым условием повышения эффективности управления медицинской организацией является проведение объективной оценки последствий принятых управленческих решений.

В 2015 г. структура НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД» была дополнена двумя подразделениями: медсестринским медпунктом Минераловодского филиала ФГБОУ ВПО «Ростовский государственный университет путей сообщения» в городе Минеральные Воды, и фельдшерским здравпунктом Пассажирского вагонного депо Минеральные Воды (ЛВЧД-24).

Для детализации направленности управленческих решений и повышения качества управленческой деятельности в НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД» был существенно расширен список анализируемых показателей, характеризующих деятельность медицинской организации.

В данный перечень были включены показатели, характеризующие ресурсное обеспечение и эффективность его использования (экономичность); показатели использования коечного фонда, в т.ч.

## Предлагаемые методические принципы осуществления мониторинга могут применяться в медицинских организациях различной подчиненности и разного иерархического уровня. Корректировка перечня анализируемых показателей может и должна проводиться периодически, с учетом текущих задач, возможностей и особенностей медицинской организации.

всех специализированных отделений стационара; показатели, характеризующие доступность, своевременность, безопасность, результативность медицинской помощи; показатели, характеризующие ориентированность на пациента и его удовлетворенность, а также показатели, характеризующие качество документооборота – всего 96 показателей.

Практическое применение расширенного списка показателей в 2016 г. и анализ их изменений, по

Таблица 2. Деятельность коечного фонда НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД»

Показатель	2013	2014	2015
<b>Средняя длительность занятости койки в году</b>	<b>321,0</b>	<b>335,0</b>	<b>335,0</b>
– общетерапевтические	333,2	343,1	339,8
– кардиологические	339,3	338,0	343,0
– неврологические	352,8	373,8	366,1
– общехирургические	287,0	333,9	327,3
– урологические	329,8	345,6	408,2
– оториноларингологические	288,5	271,7	266,3
– гинекологические	286,1	283,8	290,1
<b>Оборот койки по больнице</b>	<b>35,4</b>	<b>38,0</b>	<b>39,3</b>
– общетерапевтические	30,7	30,6	33,6
– кардиологические	32,7	33,2	31,4
– неврологические	31,0	32,9	32,1
– общехирургические	38,4	45,0	45,0
– урологические	37,1	36,7	48,7
– оториноларингологические	61,4	59,0	72,3
– гинекологические	49,1	47,8	48,4
<b>Средняя длительность пребывания на койке</b>	<b>9,1</b>	<b>8,8</b>	<b>8,5</b>
– общетерапевтические	10,9	11,2	10,1
– кардиологические	10,4	10,2	10,9
– неврологические	11,4	11,4	11,4
– общехирургические	7,5	7,4	7,3
– урологические	8,9	9,4	8,4
– оториноларингологические	4,7	4,6	3,7
– гинекологические	5,8	5,9	6,0
<b>Простой койки по больнице в целом</b>	<b>0,12</b>	<b>0,08</b>	<b>0,08</b>
– общетерапевтические	0,10	0,07	0,08
– кардиологические	0,08	0,08	0,07
– неврологические	0,04	0,03	0,01
– общехирургические	0,23	0,07	0,08
– урологические	0,09	0,05	0,09
– оториноларингологические	0,12	0,16	0,14
– гинекологические	0,16	0,17	0,15
<b>Выполнение плана койко-дней в %</b>	<b>96,0</b>	<b>100,2</b>	<b>102,3</b>
– общетерапевтические койки	98,6	101,5	101,4
– кардиологические	98,4	98,0	103,3
– неврологические	102,8	109,0	109,0
– общехирургические	86,4	102,4	101,7
– урологические	99,9	104,7	123,7
– оториноларингологические	90,2	85,4	88,8
– гинекологические	91,1	90,4	93,0



## НОВОСТИ

сравнению с 2015 г. позволят разработать и принять дополнительные адресные управленческие решения, направленные на повышение качества медицинской деятельности и повышение степени удовлетворенности пациентов НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД».

При проведении указанного анализа список показателей будет скорректирован – из его состава будут выведены показатели, которые не имеют смыслового значения для разработки и принятия конкретных управленческих решений. Таким образом, для проведения дальнейшего мониторинга в списке показателей будут сохранены наиболее информативные показатели, соответствующее воздействие на которые обеспечит эффективность управления качеством и безопасностью медицинской деятельности НУЗ «ОКБ на ст. Мин-Воды ОАО РЖД».

Предлагаемые методические принципы осуществления мониторинга могут применяться в медицинских организациях различной подчиненности и разного иерархического уровня. Корректировка перечня анализируемых показателей может и должна проводиться периодически, с учетом текущих задач, возможностей и особенностей медицинской организации.

### ИСТОЧНИКИ

1. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (утверждена постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 №294).
2. Одинцова В.В. Использование программно-целевого метода планирования управления при решении приоритетных задач здравоохранения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 29 с.
3. Линденбратен А.Л., Гришина Н.К., Гриднев О.В. Принципы организации мониторинга основных показателей деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений в трехуровневой системе оказания медицинской помощи // Организация лечебно-профилактической помощи населению и вызовы глобализации: Материалы международной научно-практической конференции – М., 2012. – С. 222-226.
4. Хальфин Р.А., Огнева Е.Ю., Мадьянова В.В. Качественные критерии оценки медицинской помощи в учреждениях здравоохранения муниципального уровня // Экономика здравоохранения. – М., 2010. – Вып. 11 – 12 (153). – С. 12-20.
5. Свистунова Е.Г., Проценко Е.С., Каспарова Э.А. Новые социально-экономические принципы регулирования в здравоохранении (обзор мировой практики) // Экономика здравоохранения. – 2011. – №9-10. – С. 5-9.

### СОСТАВ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПРИ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

№	ФИО	Место работы
1	Абрамова Татьяна Валерьевна	ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, г. Москва -Доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии, заведующий учебной частью кафедры дерматовенерологии и косметологии
2	Ачкасов Евгений Евгеньевич	ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) -Заведующий кафедрой спортивной медицины и медицинской реабилитации
3	Борзов Евгений Валерьевич	ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России ректор
4	Ваньков Дмитрий Витальевич	БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница». Главный врач
5	Гольдберг Станислав Аронович	ООО «ГЕМ». Генеральный директор
6	Дмитриев Виктор Александрович	Ассоциация Российских фармацевтических производителей, г. Москва. Генеральный директор
7	Калинин Юрий Тихонович	Ассоциация «Росмедпром». Президент
8	Костюк Георгий Петрович	ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им.Н.А. Алескеева ДЗМ». Главный врач
9	Кузнецов Глеб Сергеевич	Экспертный институт социальных исследований (ЭИСИ). Член Совета Директоров
10	Кукава Вадим Васильевич	Ассоциация фармацевтических компаний «Фармацевтические инновации» («Фарма Инновации»). Исполнительный директор
11	Лившиц Сергей Анатольевич	ИППО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья. Профессор. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Ногинская центральная районная больница». Главный врач
12	Попович Лариса Дмитриевна	НИУ ВШЭ. Директор Института экономики здравоохранения
13	Пятигорская Наталья Валерьевна	ФГАУ ВО Первый МГМК им. И. М. Сеченова. Профессор кафедры промышленной фармации ИПО, зав. Кафедрой промышленной фармации ИПО
14	Семёнов Фёдор Митрофанович	ФГБУ «Институт хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России. Главный врач
15	Ткачев Даниил Александрович	Российское агентство медико-социальной информации (РИА АМИ). Генеральный директор
16	Чистякова Екатерина Константиновна	Благотворительный фонд помощи детям с онкогематологическими и иными тяжелыми заболеваниями «Подари жизнь». Заместитель директора

<http://www.roszdravnadzor.ru>



Я.В. ВЛАСОВ<sup>1</sup>, д.м.н., профессор кафедры неврологии и нейрохирургии  
М.В. ЧУРАКОВ<sup>2</sup>, к.п.н., директор  
Т.Н. ГРОМОВА<sup>3</sup>, к.с.н., доцент, заведующая сектором исследований

# Опыт проведения социологических исследований пациентскими НКО (на примере опроса неврологов и пациентов с первично-прогрессирующим рассеянным склерозом)

**Ключевые слова:** первично-прогрессирующий рассеянный склероз, пациентская организация, анкетирование, качество жизни пациента с ППРС

*Vlasov Y.V., Churakov M.V., Gromova T.N. Experience of carrying out sociological researches by patient NPOs (an example of neurologists and patients poll with primary progressing disseminated sclerosis)*

The main results of the sociological research conducted for the purpose of studying the level of satisfaction with the current therapy used at treatment of patients with primarily - progressive disseminated sclerosis are presented in article. 418 patients with the established diagnosis of primarily - progressive disseminated sclerosis and 80 neurologists specializing in area of this disease have participated in the poll. The research project has been carried out by the All-Russian public organization of disabled people - patients with multiple sclerosis (ОООИ-БРС). It is the Russian Federation's first experience of carrying out such medico-sociological research.

**Keywords:** primarily - progressive disseminated sclerosis, the patient organization, questioning, quality of life of the patient with primarily - progressive disseminated sclerosis

**В статье представлены основные результаты социологического исследования, проведенного с целью изучения уровня удовлетворенности текущей терапией, используемой при лечении пациентов с первично-прогрессирующим рассеянным склерозом. В опросе приняли участие 418 пациентов с установленным диагнозом первично-прогрессирующий рассеянный склероз и 80 неврологов, специализирующихся в области данного заболевания. Исследовательский проект был осуществлен Общероссийской общественной организацией инвалидов – больных рассеянным склерозом (ОООИ-БРС). Это первый в РФ опыт проведения подобного медико-социологического исследования.**

Основным методом сбора данных в исследовании являлось личное интервью (face-to-face). Опрашивались две категории респондентов:

- пациенты с установленным диагнозом ППРС;
- неврологи, специализирующиеся в области ППРС.

Опрос проводился на территории 18 субъектов РФ. Всего было опрошено 418 пациентов с ППРС и 80 врачей-неврологов, специализирующихся в лечении ППРС. Сбор информации и анализ полученных данных осуществлялись в период с 1 июня по 20 ноября 2017 г.

Отбор респондентов осуществлялся по целевой выборке: опрашивались все пациенты с ППРС, проживающие в регионах, вошедших в выборку, и давшие согласие на участие в исследовании. Применение такого метода отбора обусловлено отсутствием полных достоверных данных о количестве больных ППРС в стране. Однако объем выборочной совокупности (418 пациентов с ППРС) позволяет говорить об обоснованности полученных результатов, поскольку в практике социологических исследований в нашей стране и в мире до сих пор не было столь масштабного изучения данной категории пациентов.

## Основные результаты исследования

### Социальный профиль пациента с ППРС

По данным исследования, чаще всего ППРС встречается в средней, экономически активной возрастной группе от 36 до 55 лет (рис. 1). Пациент с данным заболеванием имеет высокий образовательный статус, большой трудовой стаж и профессиональный опыт квалифицированного специалиста. Он является семей-

## Описание методики исследования

Исследовательский проект на тему «Социально-экономическое исследование рационального применения терапии первично-прогрессирующего рассеянного склероза» реализовано Общероссийской общественной организацией инвалидов – больных рассеянным склерозом (ОООИ-БРС) при поддержке Российского комитета исследователей рассеянного склероза (РОКИРС) и Центра гуманитарных технологий и исследований «Социальная Механика». Исследование социального статуса больных с первично-прогрессирующим рассеянным склерозом в РФ проводится впервые. Основными целями проводимого исследования стали визуализация профиля пациента с первично-прогрессирующим рассеянным склерозом (ППРС), анализ уровня удовлетворенности текущей терапией у специалистов и пациентов, а также выявление объема материальных затрат при лечении и реабилитации больных с ППРС.

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», sams99@inbox.ru

<sup>2</sup> Центр «Социальная Механика», socstech@mail.ru

<sup>3</sup> Центр «Социальная Механика», socstech@mail.ru



ным человеком, воспитывающим одного или двух детей.

Почти 90% пациентов с ППРС имеют инвалидность, причем две трети – нерабочие группы (рис. 2).

Как показало исследование, подавляющее большинство опрошенных в настоящее время не работает (78,7%). Из них 76,7% основной причиной текущей незанятости назвали отсутствие возможности работать в связи с состоянием здоровья.

#### **Особенности лечения и реабилитации пациентов с ППРС: оценка текущей терапии**

По данным опроса, болезнь диагностируется у пациентов достаточно быстро: 40,4% опрошенных отметили, что диагноз ППРС им был поставлен в течение месяца после обращения к врачам специализированных региональных центров рассеянного склероза (центры РС) (табл. 1).

После диагностирования заболевания подавляющее большинство пациентов (82,1%) регулярно наблюдается в поликлиниках по месту жительства. Однако, несмотря на тяжесть заболевания, часть пациентов с ППРС не обращается за медицинской помощью в медицинские учреждения, либо делают это не очень часто: 10,8% опрошенных за последний год ни разу не посещали невролога в поликлинике в связи со своим заболеванием, 38,0% ни разу не обратились к терапевту за прошедший год. Основные причины: низкий уровень доступности медицинской помощи на амбулаторном уровне и неверие в эффективность лечения.

По данным исследования, 80,1% опрошенных пациентов с ППРС наблюдаются по поводу своего заболевания в специализированных региональных центрах рассеянного склероза. Чуть более трети участников исследования заявили, что проходят курс стационарного лечения в центре РС не чаще одного раза в год (табл. 2).

В ходе исследования врачам-неврологам было предложено проранжировать по степени значимости (от 1 – самые важные, до 5 – наименее важные) проблемы, с которыми они сталкиваются при ведении пациентов с ППРС. В настоящее время наиболее актуальной проблемой является отсутствие эффективной терапии ПИТРС для таких пациентов (рис. 3). Чуть менее значимым, но также важным, стало отсутствие клинических рекомендаций ППРС и проблема поздней диагностики заболевания на уровне первичного звена.

В рамках проводимого исследования изучалась медикаментозная составляющая терапии ППРС. По данным опроса, наиболее часто назначаемыми и принимаемыми пациентами с ППРС препаратами на сегодняшний день являются метилпреднизолон и интерферон б-1b. Подавляющее большинство опрошенных врачей-неврологов оценивают потребность в бо-

Таблица 1. Сроки диагностирования ППРС у пациентов центров РС

Сколько времени прошло с момента обращения к врачам центра РС до постановки диагноза ППРС?	Кол-во, чел.	Доля, %
Менее чем через месяц	169	40,4
Через несколько месяцев	93	22,2
Через год	51	12,2
Через 2-3 года	32	7,7
Через 4-6 лет	22	5,3
Через 7-10 лет	8	1,9
Через 11 и более лет	2	0,5
Другое	2	0,5
Затрудняюсь ответить	26	6,2
Отказ от ответа	13	3,1
Всего	418	100,0

лее эффективных лекарственных препаратах для лечения пациентов с ППРС как крайне высокую и высокую (рис. 4). Но они видят и сложности, которые могут возникнуть при появлении такого препарата, связанные с отсутствием его в федеральном перечне «7 высокозатратных нозологий», в федеральных клинических рекомендациях и в перечне жизненно не-

Рисунок 1. Возраст пациентов с ППРС

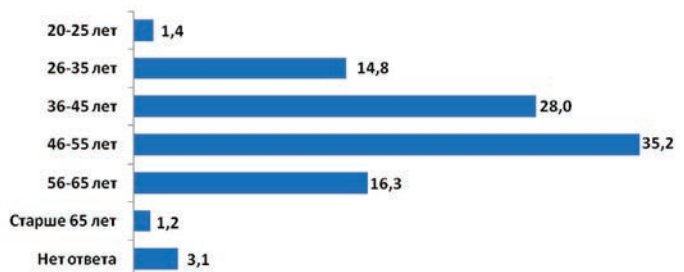


Рисунок 2. Группы инвалидности у пациентов с ППРС

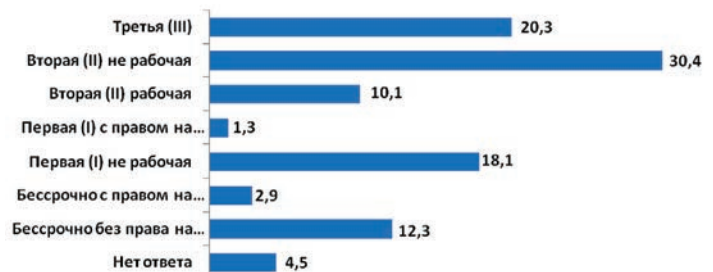




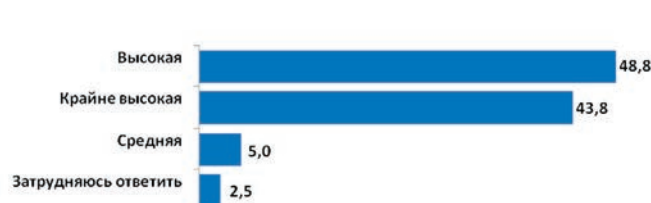
Таблица 2. Частота госпитализаций пациентов с ППРС в центр РС

Как часто вы проходите курс стационарного лечения в центре РС по поводу вашего заболевания?	Кол-во, чел.	Доля, %
Один раз в месяц	3	0,9
Один раз в квартал	18	5,2
Два-три раза в год	59	17,1
Один раз в год	113	32,8
Один раз в два – три года	49	14,2
Реже	66	19,1
Нет стационара	15	4,3
Другое	1	0,3
Нет ответа	21	6,1
Всего	345	100,0

Рисунок 3. Значимость проблем в ведении пациентов с ППРС (мнение врачей)



Рисунок 4. Оценка потребности в более эффективных лекарственных препаратах для лечения пациентов с ППРС



обходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП).

По данным исследования, более 35% пациентов принимают либо принимали ранее дорогостоящую терапию, в т.ч. «off-label», то есть препараты, не доказавшие эффективности и не зарегистрированные при первично-прогрессирующем рассеянном склерозе (табл. 3, 4). Вместе с тем большинство опрошенных пациентов с ППРС не очень высоко оценивают эффективность проводимой в настоящее время

терапии в связи с их заболеванием: 18,4% оценивают ее как совсем неэффективную, 39,0% – как недостаточно эффективную (рис. 5).

Врачи еще более критичны в своих оценках: 87,5% специалистов оценили ее как не эффективную в той или иной степени (рис. 6).

#### Качество жизни пациентов с ППРС

В целом для опрошенных характерна довольно пессимистичная самооценка изменений собственного состояния за последний год (рис. 7). Ухудшение состояния собственного здоровья отмечает более половины опрошенных – 55,2%. Противоположное мнение (здоровье улучшилось) высказали лишь 10,5% респондентов.

Однако, несмотря на низкую оценку своего физического состояния и возможностей своего здоровья, опрошенные продемонстрировали осторожный оптимизм в самооценке своего психо-эмоционального состояния.

Наибольшую помощь в сохранении позитивного настроя у больных с ППРС оказывает поддержка и понимание со стороны родственников, членов семьи. Большинство опрошенных оценивают свои взаимоотношения в семье довольно позитивно: 59,6% респондентов отметили, что члены семей стараются облегчить их состояние, помочь, еще 29,4% сказали о сочувственном отношении к себе (рис. 8).

Основными трудностями, с которыми сталкиваются опрошенные в своей семейной жизни, являются:

- затруднения в выполнении домашних обязанностей;
- трудности материального характера;
- нарушения в интимной жизни.

44,0% опрошенных заявили, что им необходим постоянный помощник, чтобы осуществлять повседневную деятельность. Чаще всего данную функцию выполняет другой член семьи, что приводит к дополнительным нагрузкам на семейный бюджет, поскольку близким приходится оставлять работу на время ухода за больным.

Материальное положение подавляющего большинства семей пациентов с ППРС ухудшается. Многие вынуждены нести дополнительные расходы на лечение больного. Чаще всего участники исследования оплачивают:

- приобретение лекарств (85,4%);
- поездки на консультации к врачам (37,8%);
- услуги массажиста (19,6%).

По данным исследования, в среднем одна семья тратит на лечение и реабилитацию больного дополнительно 5 046 руб. в месяц.

#### Оценка качества медицинской помощи пациентам с ППРС в регионах

В ходе исследования опрашиваемым врачам-неврологам было предложено оценить качество оказания медицинской помощи пациентам с ППРС в том регионе, где они проживают и работают. Оценка давалась по 10-ти балль-



ной шкале от 1 – очень низкое качество до 10 – очень высокое качество.

Опрошенные специалисты дали не очень высокую оценку качеству медицинской помощи, оказываемой пациентам с ППРС в их регионах. В целом качество оказания медицинской помощи пациентам с ППРС было оценено в 5,2 балла. Наибольшие баллы дали своим регионам врачи Республики Татарстан, Тюменской и Ульяновской областей, самые низкие – неврологи Челябинской и Ярославской областей (рис. 9).

Самая многочисленная группа опрошенных неврологов (37,5%) считает, что качество медицинской помощи пациентам с ППРС, оказываемой в их регионе, такое же, как и в стране в целом (рис. 10).

Количество тех, кто считает, что ситуация у них в регионе в той или иной мере (значительно, немного) лучше, чем в стране в целом, почти в два раза больше, чем тех, кто дал негативную оценку своему региону.

Те врачи, кто давал более высокую оценку качеству региональной системы оказания помощи пациентам с ППРС, считают в подавляющем большинстве, что этому способствует функционирование в регионе специализированного центра РС. Еще одной значимой причиной высокого качества помощи, оказываемой изучаемой категории пациентов в регионе, является, по мнению 27,3% опрошенных специалистов, наличие региональных программ помощи таким больным.

Низкие оценки были связаны с отсутствием специализированного центра РС. Так, по мнению 13,8% респондентов, которые оценили качество региональной помощи пациентам с ППРС ниже, чем в среднем по стране, такая ситуация вызвана отсутствием в регионе центра РС либо отсутствием специализированных отделений в больницах региона.

По данным исследования, в настоящее время пациенты острее всего ощущают потребность в доступной эффективной инновационной терапии ППРС (табл. 5).

Таблица 3. Препараты, принимаемые пациентами с ППРС в настоящее время

Какие препараты вы получаете по профилю вашего заболевания?	Кол-во, чел.	Доля, %
Интерферон б-1б	39	9,3
Интерферон б-1а	28	6,7
Глатирамера ацетат	10	2,4
Терифлуномид	3	0,7
Натализумаб	4	1,0
Финголимод	1	0,2
Диметилфумарат	0	0,0
Метилпреднизолон		
(др. глюкокортикостероиды)	44	10,5
Пегилированный интерферон	1	0,2
Митоксантрон	5	1,2
Другое	50	12,0
Не получал	57	13,6
Нет ответа	196	46,9

Рисунок 5. Оценка пациентами эффективности проводимой им терапии



Рисунок 6. Оценка врачами эффективности терапии, проводимой пациентам с ППРС



Рисунок 7. Самооценка состояния здоровья пациентов с ППРС





Таблица 4. Препараты, принимаемые пациентами с ППРС ранее

Какие препараты Вы получили ранее по профилю вашего заболевания?	Кол-во, чел.	Доля, %
Интерферон б-1б	64	15,3
Интерферон б-1а	44	10,5
Глатирамера ацетат	42	10,0
Терифлуномид	3	0,7
Натализумаб	6	1,4
Финголимод	2	0,5
Диметилфумарат	0	0,0
Метилпреднизолон (др. глюкокортикостероиды)	93	22,2
Пегилированный интерферон	1	0,2
Митоксантрон	16	3,8
Другое	29	6,9
Не получал	58	13,9
Нет ответа	135	32,3

Рисунок 8. Отношение членов семьи к болезни пациентов с ППРС



Как видно из таблицы, значимыми для опрошенных являются в т.ч. материальные проблемы. Исследование показало, что семейные бюджеты многих пациентов после постановки диагноза ППРС начинают нести дополнительную нагрузку, связанную с необходимостью покупки лекарств, оплаты работы массажистов и др. Кроме того, многие пациенты вынуждены оставить работу. Поэтому более половины участников исследования отметили, что они нуждаются в материальной поддержке (денежные выплаты). Актуальной является потребность в улучшении медицинского обслуживания и получении бесплатных лекарств.

Таблица 5. Актуальные потребности пациентов с ППРС

Как вы считаете, в чем, прежде всего, нуждаются больные рассеянным склерозом?	Доля, в %
Разного рода денежные выплаты (пособия, пенсии, компенсации)	52,6
Внимание, забота со стороны окружающих	20,8
Доступность эффективной инновационной терапии ППРС	57,7
Возможность ощущать себя полноправным членом общества	26,1
Бытовое обслуживание на дому	15,8
Специальная безбарьерная среда, приспособленная к нуждам инвалидов	37,1
Специальная техника, устройства и приспособления, позволяющие свободно перемещаться, получать нужную информацию, общаться	32,8
Консультации специалистов по правовым и медицинским вопросам	22,0
Помощь в трудоустройстве, переобучении, получении образования.	12,7
Помощь в организации досуга, возможность участвовать в концертах, спортивных мероприятиях, культурной жизни области	6,2
Улучшение медицинского обслуживания	44,5
Улучшение жилищных условий	7,4
Ремонт жилья	3,3
Бесплатные лекарства	45,0
Другое	1,2
Затрудняюсь ответить	2,2
Нет ответа	4,3



Рисунок 9. Региональные оценки качества медицинской помощи пациентам с ППРС

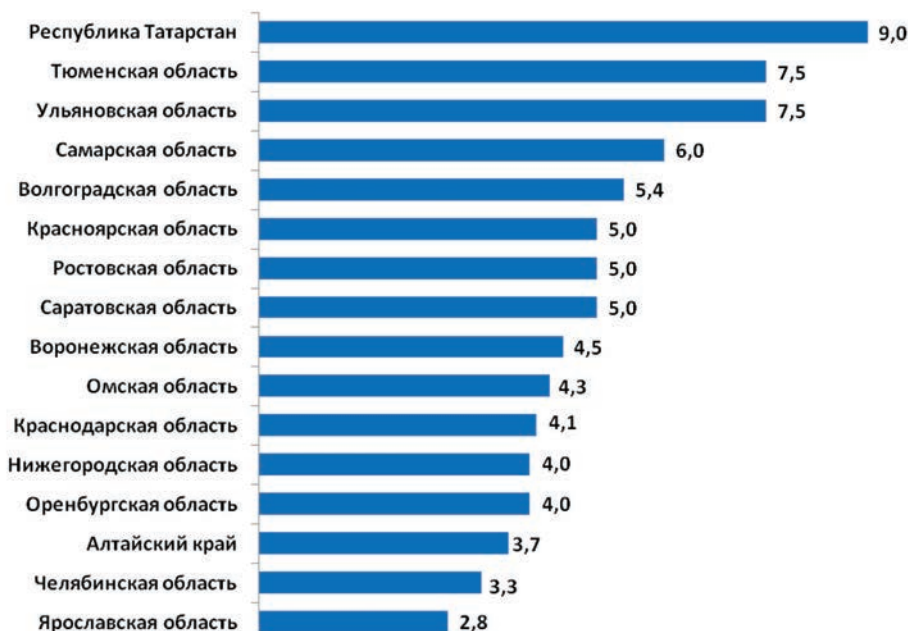
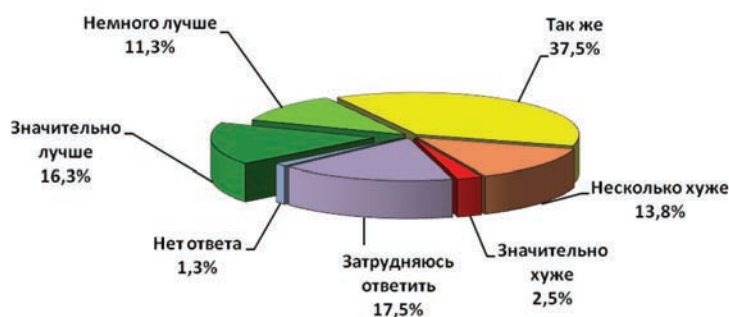


Рисунок 10. Сравнение качества медицинской помощи пациентам с ППРС в регионе и в стране в целом



Опрошенные врачи чаще всего также указывают на необходимость доступной эффективной инновационной терапии ППРС (88,8%), специальной техники, устройств и приспособлений (75,0%), в целом создания безбарьерной среды (60,0%), которая давала бы пациентам с ППРС возможность ощущать себя полноправными членами общества.

### Заключение

Итак, первично-прогрессирующий рассеянный склероз чаще всего встречается в возрастной группе от 36 до 55 лет, которая является наиболее экономически активной. Из-за тяжести заболевания у пациентов происходит быстрая

потеря трудоспособности, что отражается на снижении материального положения семей пациентов. Как показало исследование, опрошенные пациенты с ППРС чаще всего являются семейными людьми, воспитывающими 1-2 детей. Пациенты с ППРС не получают эффективной терапии по профилю своего заболевания, в связи с чем возрастает необходимость внедрения новейших методов терапии этого состояния. В настоящее время в РФ уже зарегистрированы или проходят регистрацию перспективные лекарственные препараты для лечения ППРС. Один из них – окрелизумаб (прошел регистрацию в 2017 г.), который является первым препаратом с показанием ППРС в мире, зарегистрированным FDA.



Исследованием выявлен факт, что более 35% пациентов с ППРС получали лечение препаратами ПИТРС в качестве паллиативной помощи. Причем и врачи, и пациенты отмечали крайне низкую эффективность этих препаратов. Заметим, что подобное назначение дорогостоящих препаратов ПИТРС «off-label» является недопустимым, т.к. расходование бюджетных средств происходит неэффективно, а вновь выявленные пациенты с курабельными формами РС не получают своевременного лечения. Это позволяет считать потребность в доступной эффективной инновационной терапии ППРС как наиболее актуальную в настоящее время.

В исследовании отражена высокая значимость функционирования центров РС в регионах РФ.

Помимо подготовки регистров пациентов, назначения препаратов ПИТС и сопровождения больных ППРС, специалистами центров РС производится формирование заявок на обеспечение пациентов РС лекарственными препаратами. Очевидно, что развитие специализированных центров диагностики и терапии РС позволит в значительной мере повысить качество назначений и результативность лечения пациентов с РРС и ППРС, что повысит качество жизни пациентов с РС, уменьшит назначение дорогостоящих препаратов ПИТРС «off-label», поднимет эффективность использования бюджетных средств и сократит «листы ожидания» терапии для больных РС.

## НОВОСТИ

### СОСТОЯЛОСЬ ПЕРВОЕ ЗАСЕДАНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПРИ РОСЗДРАВНАДЗОРЕ

В феврале 2018 г. в Росздравнадзоре прошло первое заседание Общественного совета при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения. В мероприятии приняли участие руководитель Росздравнадзора Михаил Мурашко, заместители руководителя Ирина Серёгина и Дмитрий Павлюков, члены Общественного совета, а также приглашенные гости – заместитель директора Департамента Правительства Российской Федерации по формированию системы «Открытое правительство» Максим Прохоров, директор Аналитического центра «Форум» Александр Брагин, председатель комиссии по общественному контролю и взаимодействию с общественными советами Общественной палаты Российской Федерации Владислав Гриб. «У Росздравнадзора имеется колоссальный опыт по работе с общественными советами, мы одними из первых создали Общественный совет по защите прав пациентов, который успешно существует уже более 10 лет при каждом территориальном органе Службы, - заявил, открывая заседание, Михаил Мурашко. – Благодаря конструктивному взаимодействию и обмену информацией нам удается совместными усилиями оперативно решать проблемы, возникающие в региональных системах здравоохранения и восстанавливать права граждан на получение своевременной и доступной медицинской помощи. Надеюсь, что новый Общественный совет объединит свои усилия с уже существующим Общественным советом по защите прав пациентов при Росздрав-

надзоре и также станет надежным помощником при выполнении нашей общей задачи - защите прав пациентов».

Владислав Гриб заявил, что деятельность Росздравнадзора чрезвычайно востребована обществом, и это подтверждает самый высокий конкурс среди кандидатов на членство в Общественном совете при Службе.

В свою очередь, Директор Аналитического центра «Форум» при Правительстве Российской Федерации Александр Брагин отметил, что государственные структуры также возлагают большие надежды на работу Росздравнадзора и Общественного совета при Росздравнадзоре, так как в рамках реформы контрольно-надзорной деятельности государству необходимо найти баланс, при котором «безопасность пациентов должна обеспечиваться без чрезвычайного давления на бизнес». «Эта задача не из легких, и мы готовы рассматривать любые предложения по ее решению от общественных организаций», - подчеркнул он.

По завершению приветственных речей и представления членов ОС состоялись выборы председателя Общественного совета при Росздравнадзоре: на эту должность единогласно избран главный врач ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России Федор Семёнов. Заместителями председателя Общественного совета стали генеральный директор Ассоциации российских фармпроизводителей Виктор Дмитриев и ректор ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России Евгений Борзов.

<http://www.roszdravnadzor.ru>



## ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛЕ «ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА»

Статьи представляются в редакцию журнала в электронном виде в формате Word. Размер оригинальных статей, включая таблицы, рисунки, список литературы и резюме, не должен превышать 10 страниц, обзорных – 12–14 страниц, хроники – 3–4 страницы, рецензий – 3–4 страницы. Текст статьи должен быть напечатан шрифтом Times New Roman, размер 14, интервал 1,5.

Если статья имеет одного или двух авторов, она должна сопровождаться фотографиями авторов, представленными в формате TIFF или JPEG с разрешением 300 dpi (точек на дюйм) или не менее 1 МВ. Фото предоставляются в редакцию вместе со статьей.

Диссертационные статьи должны сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, при необходимости – экспертным заключением, иметь визу руководителя и быть заверены печатью.

В начале статьи пишутся инициалы и фамилия каждого автора, его ученая степень и звание, электронный почтовый адрес для опубликования. Ниже указывается название статьи, наименование учреждения, из которого она вышла, его адрес. К статье необходимо приложить краткое резюме на русском и желательно на английском языках объемом не более  $\frac{1}{3}$  страницы, в начале которого полностью повторить фамилии авторов и название. В конце резюме нужно дать ключевые слова к статье.

Статья может быть иллюстрирована таблицами, графиками, рисунками, фотографиями (предпочтительно цветными). Все таблицы, фотографии и графические материалы должны иметь название, номер и соответствующие ссылки в тексте статьи. Рисунки в виде графиков и диаграмм необходимо дополнить цифровыми данными в форме таблицы в программе Excel, т. к. в соответствии с технологией верстки журнала рисунки не копируются, а создаются вновь.

Все цифры, итоги и проценты в таблицах должны соответствовать цифрам в тексте. Необходимо указать единицы измерения ко всем показателям на русском языке.

Цитаты, приводимые в статье, должны быть тщательно выверены; в сноске необходимо указать источник, его название, год, выпуск, страницы.

Все сокращения при первом упоминании должны быть раскрыты, химические и математические формулы также должны быть тщательно выверены. Малоупотребительные и узкоспециальные термины, встречающиеся в статье, должны иметь пояснения.

Список источников в конце статьи должен содержать не более 15 наименований. Ссылки на литературу приводятся по мере цитирования в статье. При использовании интернет-сайта указывается его адрес и дата обращения. Фамилии иностранных авторов даются в оригинальной транскрипции. Если в литературной ссылке допущены явные неточности или она не упоминается в тексте статьи, редакция оставляет за собой право исключить ее из списка. Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках в соответствии с номерами в пристатейном списке источников.

В конце статьи обязательно следует указать фамилию, имя и отчество контактного лица, его электронный адрес и телефон для мобильной связи, точный почтовый адрес для отправки журнала.

Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, могут быть отклонены без рассмотрения.

Статьи, ранее опубликованные или направленные в другой журнал, к опубликованию не принимаются. За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Редакция журнала подтверждает возможность публикации статьи только после ознакомления с материалом. Все материалы, поступающие в редакцию, рецензируются, редактируются и при необходимости сокращаются.

Статьи следует присылать в редакцию по электронной почте по адресу: o.f.fedotova@mail.ru. Сопроводительные документы в отсканированном виде также пересылаются по электронной почте. Чтобы убедиться, что статья получена, при отправке пользуйтесь параметром «уведомление» или позвоните в редакцию по телефону +7(499) 578-02-15; +7(962) 950-20-49; +7 (903) 660-77-11.

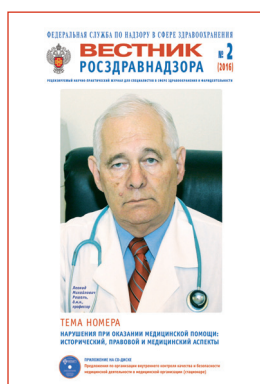
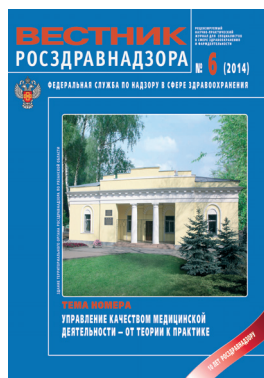


# ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ  
СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФАРМДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ПОДПИСКА НА 2017 год



Комплексное обсуждение проблем, связанных с вопросами государственного регулирования в сфере здравоохранения, фармдеятельности и обращения медицинских изделий

- Вам интересна точка зрения Росздравнадзора на проблемы, связанные с государственным регулированием в сфере здравоохранения и фармдеятельности?
- Вы хотите быть в курсе новых направлений контрольно-надзорной деятельности?
- Вас волнуют вопросы государственного контроля качества оказания медицинской помощи населению?
- Вы готовы принять участие в комплексном обсуждении проблем, связанных с вопросами внедрения инновационного менеджмента в сфере здравоохранения?
- Вам важно знать, как обстоят дела в обеспечении контроля качества лекарственных средств и медицинских изделий?
- Вам нужна информация о новых аспектах лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности?
- Вы хотите получать данные о результатах мониторинга безопасности лекарственных препаратов и медицинских изделий?

ТОГДА «ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА» — ВАШ ЖУРНАЛ!

Оформить подписку начиная с любого номера на 2018 на всей территории России можно в агентствах:

- 000 «Уралл -Пресс», тел.: +7 (499) 700-05-07, e-mail: coord@ural-press.ru
- ФГУП «Почта России» в любом почтовом отделении по каталогу «Почта России» подписной индекс **П4551** ( на первое полугодие 2018)
- 000 «Агентство Книга-Сервис», тел.: +7 (495) 680-99-71, e-mail: publik@akc.ru
- Объединенный каталог «Пресса России» – подписной индекс **38847** в любом почтовом отделении [www.akc.ru](http://www.akc.ru)

Адрес редакции: 109074, Москва, Славянская площадь, 4, стр. 1,  
тел.: (499) 578-02-15. e-mail: o.f.fedotova@mail.ru, [www.rozdravnadzor.ru](http://www.rozdravnadzor.ru)



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И ФАРМДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ПОЛНОТЕКСТОВАЯ ВЕРСИЯ ЖУРНАЛА  
ПРЕДСТАВЛЕНА НА САЙТЕ  
[www.roszdravnadzor.ru](http://www.roszdravnadzor.ru)

---

Приложение к журналу «Вестник Росздравнадзора»  
№ 1, 2018 г. на сайте журнала [www.vestnikrzn.com](http://www.vestnikrzn.com)

- I. Информационные письма по безопасности лекарственных препаратов и медицинских изделий
- II. Приоритетный проект «Формирование здорового образа жизни»
- III. Приказы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения
- IV. Скрининг рака молочной железы
- V. Кулёва С.П., Палей С.М. Гепатит. Русско-английский и англо-русский словарь