

MEDICINE AND HEALTH CARE ORGANIZATION

2020, VOLUME 5, N 1

SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL FOR DOCTORS

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

Основан в 2016 году
в Санкт-Петербурге

ISSN 2658-4212
eISSN 2658-4220

Ежеквартальное издание
Журнал реферируется РЖ ВИНИТИ

Учредители:
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования «Санкт-Петербургский госу-
дарственный педиатрический медицинский
университет» Минздрава России
Фонд НОИ «Здоровые дети — будущее страны»

Журнал зарегистрирован Федеральной
службой по надзору в сфере связи, информа-
ционных технологий и массовых коммуни-
каций (РОСКОМНАДЗОР)
ПИ № ФС77-74238 от 02 ноября 2018 г.

Проект-макет: Титова Л.А.

Распространяется по подписке.

Электронная версия — <http://elibrary.ru>
Издатель, учредитель:

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

Титова Л.А. (выпускающий редактор)

Варламова И.Н. (верстка)

Адрес редакции: Литовская ул., 2,

Санкт-Петербург, 194100;

тел/факс: (812) 295-31-55;

e-mail: medorgspb@yandex.ru

Статьи просят направлять по адресу:
medorgspb@yandex.ru

Address for correspondence:

2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100,
Russia. Tel/Fax: +7 (812) 295-31-55.

E-mail: medorgspb@yandex.ru.

Формат 60 × 90/8. Усл.-печ. л. 7.

Тираж до 500 экз. Цена свободная.

Оригинал-макет изготовлен

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Отпечатано ФГБОУ ВО СПбГПМУ

Минздрава России.

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

Заказ 68. Подписано в печать 25.04.2019.

Полное или частичное воспроизведение мате-
риалов, содержащихся в настоящем издании,
допускается только с письменного разреше-
ния редакции.

Ссылка на журнал «Медицина и организация
здравоохранения/ Medicine and health care
organization» обязательна.

Редакционная коллегия: Editorial Board:

Главный редактор Head Editor

З.д.н., д.м.н., проф. В.И. Орел V.I. Orel, Prof., MD, PhD

Заместитель главного редактора Head Editor-in-Chief

З.д.н., д.м.н., проф. В.К. Юрьев V.K. Yur'ev, Prof., MD, PhD

Д.м.н., проф. Г.Л. Микиртичан G.L. Mikirtchan, Prof., MD, PhD

Технический редактор Technical Editor

К.и.н., доц. Л.Н. Лисенкова L.N. Lisenkova, PhD in History

Члены редколлегии Members of the Editorial Board

Академик РАН, д.м.н., проф. И.К. Романович I.K. Romanovich Academician of the RAS

Проф., MD, PhD

В.А. Медик, Corresponding Member of the RAS, Prof., MD, PhD (V. Novgorod)

Н.В. Полунина, Corresponding Member of the RAS, Prof., MD, PhD (Moscow)

А.П. Шчербо, Corresponding Member of the RAS, Prof., MD, PhD

Ю.С. Александрович, Prof., MD, PhD

В.Ю. Альбинский (Москва) V.Yu. Al'bitskiy, Prof., MD, PhD (Moscow)

В.С. Василенко V.S. Vasilenko, Prof., MD, PhD

Н.И. Вишняков N.I. Vishnyakov, Prof., MD, PhD

И.В. Зимин, Prof., PhD in History

М.П. Королев, Prof., MD, PhD

А.Г. Кучер, Prof., MD, PhD

В.С. Лучкевич V.S. Luchkevich, Prof., MD, PhD

И.И. Могилева I.I. Mogileva, Associate Prof., PhD

Р.А. Насыров, Prof., MD, PhD

П.В. Павлов P.V. Pavlov, Prof., MD, PhD

Ю.В. Петренко Yu.V. Petrenko, Prof., MD, PhD

А.Н. Ред'ко, Prof., MD, PhD (Krasnodar)

А.Г. Сердюков, Prof., MD, PhD (Astrakhan)

В.Н. Филатов V.N. Filatov, Prof., MD, PhD

Г.Н. Чумакова, Prof., MD, PhD (Arkhangelsk)

А.М. Шелепов A.M. Shelepor, Prof., MD, PhD

Редакционный совет: Editorial Council:

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

Д.м.н., проф. М.Б. Белогурова M.B. Belogurova, Prof., MD, PhD

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

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

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

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

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

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

С.В. Гречаний, MD, PhD

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

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

Д.и.н., проф. Н.Т. Ерегина (Ярославль) N.T. Eregina, Prof., PhD in History (Yaroslavl)

К.м.н., доц. Марк Зильberman (США) M. Zilberman, Prof., MD, PhD (USA)

Д.м.н., проф. А.А. Имамов (Казань) A.A. Imamov, Prof., MD, PhD (Kazan)

А.В. Ким, MD, PhD

Н.Ю. Кокханенко, Prof., MD, PhD

Л.В. Кохорова, Prof., MD, PhD

О.И. Кубар', MD, PhD

Д.Е. Мокхов D.E. Mokhov, Prof., MD, PhD

Д.м.н., доц. Гордана Пелчич (Хорватия) Gordana Pelcic, Prof., MD, PhD (Croatia)

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

К.м.н., доц. В.Г. Пузырев V.G. Puzyrev, MD, PhD, Associate Prof.

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

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

Д.м.н., проф. Н.И. Тапилская N.I. Tapisl'skaya

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

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

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

Д.и.н. О.В. Шаров O.V. Sharov, PhD in History

Е.В. Эсауленко E.V. Esaulenko, Prof., MD, PhD

2020, ТОМ 5, № 1

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

CONTENT

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

<i>Андрей Александрович Третьяков*</i> <i>Владимир Иванович Перхов</i>	
О медико-социальной интеграции в современном здравоохранении	4
<i>Елена Владимировна Эсауленко, Ксения Егоровна Новак, Тьерри Ингабире</i>	
Диагностика ВИЧ-инфекции на этапе медико-санитарной помощи.....	12
<i>Карина Евгеньевна Моисеева</i>	
Динамика и прогноз отдельных показателей доступности медицинской помощи новорожденным в Северо-Западном федеральном округе	18
<i>Мээрим Муратбековна Орозбекова, Ильшат Мухиддинович Юлдашев, Наталья Алексеевна Гурьева</i>	
Результаты профилактических стоматологических осмотров населения Кыргызской республики	29
<i>Павел Владимирович Павлов, Надежда Анатольевна Медведева</i>	
Использование фиброларингоскопии в амбулаторных условиях для диагностики патологии гортани у детей.....	36
<i>Марина Сергеевна Ширшикова</i>	
Состояние здоровья студентов — будущих педиатров	41
<i>Александр Зиновьевич Лихтшангоф, Елена Михайловна Черкасова, Полина Александровна Печникова</i>	
Общекультурная компетентность студентов СПбГПМУ	53

БИОЭТИКА

*Gordana Pelčić, Silvana Karačić,
Галина Львовна Микиртичан,
Ольга Иосифовна Кубарь,
Frank J Leavitt,*

ORIGINAL PAPERS

<i>Andrey A. Tretyakov, Vladimir I. Perkhov</i>	
On Medical and Social Integration in Modern Healthcare System	4
<i>Elena V. Esauleenko, Ksenia Y. Novak, Thierry Ingabire</i>	
Diagnosis of HIV Infection in a Primary Health Care Setting	12
<i>Karina E. Moiseeva</i>	
Dynamics and Forecast of Separate Indicators of Accessibility of Medical Care to Newborns in the North-Western Federal District.....	18
<i>Meerim M. Orozbekova, Ilshat M. Yuldashev, Natalya A. Gurieva</i>	
Results of Preventive Dental Examinations of the Population of the Kyrgyz Republic	29
<i>Pavel V. Pavlov, Nadezhda A. Medvedeva</i>	
The Usage of Fibrolaryngoscopy in the Outpatient Service for Diagnosis of Laryngeal Pathology in Children	36
<i>Marina S. Shirshikova</i>	
Health of Students — Future Pediatricians	41
<i>Alexander Z. Likhshangof, Elena M. Cherkasova, Polina A. Pechnikova</i>	
General Cultural Competence of SPbSPMU Students.....	53

BIOETHICS

*Gordana Pelčić,
Silvana Karačić,
Galina L. Mikirtichan,
Olga I. Kubar,*

*Michael Cheng-tek Tai,
Naoki Morishita,
Suzana Vuletić,
Luka Tomašević
Перевод: Ирина Ивановна Могилева*

Религиозные возражения для вакцинации
или религиозные оправдания для уклонения
от вакцинации: действительно ли они
существуют? 58

*Frank J Leavitt,
Michael Cheng-tek Tai,
Naoki Morishita, Suzana Vuletić,
Luka Tomašević
Translation: Irina I. Mogileva*

Religious Objections
to Vaccination or Religious Justifications
to Refuse Vaccination:
Is it Really True? 59

ПЕРСОНАЛИИ

Лидия Павловна Хорошинина
Ольга Владимировна Киреева —
врач, учитель, ученый 79

PERSONALITIES

*Lidia P. Khoroshinina
Olga Vladimirovna Kireeva —
Doctor, Teacher, Scientist 79*

ИНФОРМАЦИЯ

Правила для авторов 84

INFORMATION

Rules for Authors 84

О МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

© Андрей Александрович Третьяков¹, Владимир Иванович Перхов^{2,3}

¹ Медицинский научно-образовательный центр Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова. 119192, Москва, Ломоносовский просп., д. 27, корп. 10

² Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. 127254, Москва, ул. Добролюбова, 11

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова. 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1

Контактная информация: Андрей Александрович Третьяков — к.м.н., старший научный сотрудник.
E-mail: 9030121077@mail.ru

РЕЗЮМЕ: В статье рассматриваются изменения в современном здравоохранении, связанные с формированием новой структуры заболеваемости и причин смертности. На фоне увеличения доли пожилого населения в обществе, увеличения продолжительности жизни и роста мультиморбидной хронической патологии начинается формирование принципиально нового подхода к организации медицинской помощи, обеспечивающего взаимодействие систем здравоохранения и социального обеспечения в вопросах поддержки и восстановления здоровья людей. Выделяются такие направления медико-социальной интеграции, как ориентация на хронического больного и на семью, основанные на единстве целей общественного здравоохранения и системы социальной защиты населения. Подчеркивается важная роль организаторов здравоохранения, которые должны помогать клиницистам связывать пациентов с такими ресурсами, как их собственное жилье и семья, а также шире использовать возможности Интернета. Несмотря на предпринимаемую координацию усилий в помощи лицам, имеющим как медицинские, так и социальные проблемы, зарубежный и отечественный опыт показывает, что координация ведомственных действий довольно сложна. Оптимальные результаты могут возникнуть в том случае, когда усилия представителей разных медицинских специальностей будут объединены в одном лице — специалисте по медико-социальной работе. В этой связи возникает необходимость подготовки таких специалистов, выполняющих интегративные функции.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: медико-социальная интеграция; общественное здоровье и здравоохранение; интегрированные медицинские системы; мультиморбидная патология.

ON MEDICAL AND SOCIAL INTEGRATION IN MODERN HEALTHCARE SYSTEM

© Andrey A. Tretyakov¹, Vladimir I. Perkhov^{2, 3}

¹ Medical research and education center of Moscow State University named after M.V. Lomonosov. 119192, Moscow, Lomonosov Ave., 27/10

² Central research Institute organization and informatization of health care. 127254, Moscow, Dobrolyubova str. 11

³ Russian national research medical University named after N.I. Pirogov. 117997, Moscow, Ostrovityanova str., 1

Contact Information: Andrey A. Tretyakov — MD, PhD, senior researcher. E-mail: 9030121077@mail.ru

ABSTRACT: The article discusses the changes in modern health care associated with the formation of a new structure of morbidity and causes of mortality. Against the background of increasing shares of elderly population in society, increased life expectancy and growth multimorbidity chronic diseases a fundamentally new approach to the organization of medical care starts to be formed, ensuring the coordination of health and social welfare in support and restore human health. Such directions of medical and social integration as orientation on the chronic patient and on a family based on unity of the purposes of public health and system of social protection of the population are allocated. It highlights the important role of health organizers, who should help clinicians to connect patients with resources such as their own homes and families, and make greater use of the Internet. Despite the ongoing coordination of efforts to help people with both medical and social problems, foreign and domestic experience shows that the coordination of departmental actions is quite difficult. Optimal results can occur when the efforts of representatives of different specialties are combined in the person of one specialist-a specialist in medical and social work. In this regard, there is a need to train specialists performing integrative, health-oriented and socially-oriented functions.

KEYWORDS: medical and social integration; public health and healthcare; integrated medical systems.

ВВЕДЕНИЕ

Поставленные руководством страны задачи выхода России на уровень развитых стран по показателям социального благосостояния диктуют новые требования к системе здравоохранения, растет ценность здоровья в системе приоритетов общества [13]. Вместе с тем, здоровье населения (общественное здоровье) в последние годы все чаще рассматривается как междисциплинарная проблема. С улучшением условий жизни, ростом экономического благополучия, развитием новых медицинских и немедицинских технологий лечения, во всех странах мира увеличивается продолжительность жизни и доля лиц старших возрастных групп в обществе, что обуславливает необходимость разработки и финансирования программ, ориентированных на поддержание здоровья пожилых людей. Одновременно в мире нарастает понимание невозможности сохранения и улучшения здоровья населения силами и средствами только одной системы здравоохранения, без вовлечения других систем и структур на принципах партнерства и объединения.

В Докладах ВОЗ (Всемирной Организации Здравоохранения) о состоянии здравоохранения в Европе неоднократно отмечалось наличие тесной взаимосвязи между социально-экономическим развитием страны, уровнем развития здравоохранения, социальной защитой и состоянием здоровья населения. Связь между доходом и продолжительностью жизни наиболее выражена в самых бедных регионах Европы и ослабевает по мере роста уровня доходов. На показатели смертности в популяции, кроме демографиче-

ских факторов и уровня экономического развития страны, влияют и такие факторы, как уровень финансирования и организация системы здравоохранения, неравенство доходов в обществе, доля «социально-неблагополучного» населения (доля людей, живущих в бедности, с низким уровнем образования, имеющих вредные привычки), степень загрязнения окружающей среды, климат, этнические особенности, военные конфликты, социально-политические и экономические кризисные процессы в обществе [1, 2, 10].

Современное общество сталкивается с многочисленными проблемами в обеспечении медицинской помощи и морально-этическими аспектами достойного ухода за пожилыми людьми, нуждающимися в такой помощи. Сегодня проблемы, связанные с неизлечимыми заболеваниями, старением, уходом за пациентами, продлением жизни беспомощным и безнадежным пациентам настолько многоаспектны, что их решение невозможно только в рамках системы здравоохранения [16, 21, 27, 28]. Все это требует развития интеграционных процессов в социальной и медицинской сферах.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследования является изучение различных форм медико-социальной интеграции в общественном здравоохранении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В качестве источников первичной информации использовались ресурсы специализированных поисковых систем, а также пол-

нотекстовые и реферативные базы данных: информационно-аналитический портал «Научная электронная библиотека» (<https://elibrary.ru>); база данных Национальной медицинской библиотеки США — US National Library of Medicine National Institutes of Health (<http://www.nlm.nih.gov>), Кохрановская библиотека (www.cochrane.ru); база данных Национального института здоровья и клинического совершенствования Великобритании — The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (<https://www.nice.org.uk/>). В качестве поисковых систем использовались: <http://PubMed.gov>; <http://Scholar.Google.com>; <http://highwire.stanford.edu>; <http://www.gbv.de/du>; www.medscape.com. Поиск осуществлялся за период с 1990 по 2019 гг. На первом этапе поиска был задан фильтр «Title/Abstract». Выявлено более 10 тысяч названий статей и рекомендаций. Тематике исследования удовлетворяло более 200 наименований/абстрактов статей. После изучения содержания краткого содержания для анализа выбрано 38 публикаций. В анализ включены только полнотекстовые статьи, опубликованные на русском и английском языках.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Прослеживая этапы развития медицины, не трудно заметить, что история медицины — это история борьбы с болезнями, и по большому счету, история превращения человека в пациента [7]. Здоровье из простого средства достижения каких-либо благ превратилось в главное благо, определяющее смысл и цель человеческого существования [36].

При этом по мере изменения демографической структуры популяции меняется структура заболеваемости и, следовательно, меняется потребность в отдельных видах медицинской помощи как качественно, так и количественно. Болезни у пожилых людей с трудом поддаются лечению и требуется изменять обычные подходы к оказанию медицинской помощи на более подходящие для пожилых, то есть перейти от «медицинской помощи людям, обращающимся за лечением», с акцентом на лечение орган-специфических заболеваний, на «медицинскую помощь для людей, нуждающихся в лечении, а также в психологической и социальной поддержке» [14].

L. Diedrich (2007) указывает, что «раньше пациенты выздоравливали или умирали, сейчас пациенты часто и не выздоравливают полностью и не умирают от своих болезней, но, скорее, находятся и вне состояния ремиссии.

Человек никогда не бывает полностью здоров или определенно болен, находясь где-то между этими состояниями» [23].

Сегодня даже идет речь о том, чтобы медицина перестала стыдиться своей неспособности в достижении фиктивного, по сути, идеала «restitutio ad integrum» (возвращение в первоначальное состояние), а открыто стала ориентироваться на хронического больного как типичный врачебный случай. Возникло даже понятие «хронического врача», ориентированного не столько на профессиональную медицинскую этику, сколько на этику сопровождения больного, не имеющего временных границ [3].

Причем, согласно результатам исследований, значительного увеличения ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), в том числе без инвалидности, за последние десятилетия в экономически развитых странах не отмечается. Так, в США средняя продолжительность жизни мужчин за 4 десятилетия увеличилась на 9,2 года до 76,2 лет, из них количество лет, прожитых с инвалидностью, увеличилось на 4,7 года, а число лет, проведенных без инвалидности — на 4,5 года. У женщин средняя продолжительность жизни увеличилась на 6,4 года до 81 года, число лет, прожитых с инвалидностью увеличилась на 3,6 года, превысив увеличение жизни без инвалидности (2,7 лет) [22]. При этом если в период с 1959 по 2013 г. ОПЖ в США увеличилась с 69,9 до 78,9 года, то начиная с 2014 г. этот показатель стал снижаться за счет роста смертности в среднем возрасте от передозировки наркотиков, злоупотребления алкоголем, самоубийств и хронических заболеваний [35].

В.Л. Лехциер (2008) утверждает, что одной из ключевых проблем современной медицинской теории и практики является вопрос о том, какой должна быть главная лечебная стратегия врача и медицины в целом: воздействие на весь организм заболевшего человека или только на его пораженный орган, как соотносятся между собой два эти взаимодействия. Автор считает, что актуальной становится проблема «общей патологии» как интегративной медицинской дисциплины [6].

Другим важным направлением деятельности в системах здравоохранения экономически развитых стран становится «домашнее» здравоохранение, ориентированное на семью (Home Health). Эта модель реформы предназначена в основном для пенсионеров, которые в состоянии проживать у себя дома, но нуждаются в примитивных медицинских, а также в других услугах: по уборке дома, приготовлению пищи, осуществлению покупок [26].

Персонал для реализации программ Home Health набирается среди старших школьников, студентов, соседей и т.д. Визит таких «специалистов» на дом к пенсионеру обходился государству гораздо дешевле, чем финансирование штата лицензированных медсестер, врачей и т.д. В итоге данная программа значительно снизила количество дорогостоящих выездов медицинского персонала на дом к пенсионерам, тем самым повысив эффективность затрат в условиях значительного увеличения спроса на услуги домашнего здравоохранения. Если в 2001 году США потратили на Home Health 34,4 млрд долл., то в 2012 году уже 77,8 млрд долларов [20, 21, 22].

Национальные прогнозы в области здравоохранения, опубликованные Центром медицинского обслуживания и медицинской помощи (CMS), предполагают, что рост расходов на домашнее здравоохранение будет опережать средний рост национальных расходов на здравоохранение примерно на два процентных пункта ежегодно, и что к 2021 году они достигнут 148,3 млрд долларов США [23].

Joe Feinglass с соавт. (2018) утверждают, что необходимо выстраивать альтернативную систему оказания помощи населению, которая должна обеспечивать помощь на дому или ближе к дому, сочетая при этом традиционную медицинскую помощь с психологической и социальной помощью. Эксперты утверждают, что нынешний интенсивный подход к лечению в больнице глубоко ошибочен и приводят доказательства того, что уход на дому и интеграция медицинского обслуживания с социальными услугами являются основой более гуманной и эффективной системы здравоохранения, которая объединяет социальные и медицинские услуги и которая может появиться уже в ближайшие несколько лет [24].

В других работах также было показано, что удовлетворение социальных потребностей пациентов может снизить частоту повторных госпитализаций, особенно среди пациентов с более низким социально-экономическим статусом, проживающих в одиночестве, имеющих функциональные нарушения и проблемы самообслуживания [25, 26].

Более трех десятилетий назад в США апробируются и применяются программы интеграции медицинской и социальной помощи для пожилых людей, проживающих дома и страдающих множественными хроническими заболеваниями. В 1970-х гг. координация социальных и медицинских служб даже послужила стимулом для создания организаций по поддержа-

нию социального здоровья и более поздних программ, таких как Программы всеохватывающего ухода за пожилыми людьми (PACE) [30, 33].

В то же время, несмотря на усилия крупных систем, таких как Kaiser Permanente и Veteran's Administration, модели интеграции социальной и медицинской помощи пока еще не получили широкого распространения в США. При этом основным препятствием для интеграции социальных услуг в систему здравоохранения в США считают стимулы, создаваемые системой «оплаты медицинских услуг», основанной на «медицинской необходимости» и отсутствие финансовых стимулов для систематической интеграции социальных служб в систему организации первичной медицинской помощи [29, 30].

Зарубежные эксперты также подчеркивают, что «мы тратим непомерно большие суммы денег и другие ресурсы на нужды здравоохранения, вызванные бедностью, вместо того, чтобы удовлетворять материальные потребности бедных до вспышки болезни» [29]. При этом, по мнению Woolf (2017), инвестиции в секторы, не относящиеся к здравоохранению, такие как образование и жилье, могут сделать для спасения жизней больше, чем то, что делают врачи у постели больного [34].

К важнейшему направлению развития «домашнего» здравоохранения можно отнести телемедицину. Используя существующие и новые телекоммуникационные технологии, мир постепенно переходит к Всеобъемлющему Интернету («Интернет всего», Internet of Everything, IoE), подключая к сети все, что еще остается не подключенным, преобразуя в цифровой формат любые виды взаимодействия, включая медицинские [4].

Телемедицина либо уменьшает, либо устраивает фактор расстояния при возникновении у людей потребности в медицинских услугах, позволяет увеличить доступность медицинской помощи не только для населения удаленных территорий, но и для пожилых и малоподвижных пациентов [5]. Однако развитие телемедицины имеет ряд проблем, таких как безопасность персональных данных, отсутствие навыка пользования телемедицинским оборудованием у пациентов старшего возраста [11].

ОБСУЖДЕНИЕ

XX век окончательно изменил структуру здоровья и болезни, во-первых, в силу победы над теми заболеваниями, от которых раньше человек умирал, во-вторых, в силу стратегиче-

ского приоритета по лечению следствий, а не причин патологии, господствующего в медицинских практиках.

В XXI веке человеческая жизнь стала рассматриваться преимущественно как медицинская проблема, то есть как проблема соотношения здоровья и болезни. Сам человек стал смотреть на себя как на пациента, а человеческое тело и сознание от рождения до смерти превратилось в объект пристального медицинского контроля и воздействия. На фоне увеличения доли пожилого населения в обществе и роста мультиморбидной хронической патологии, началось формирование принципиально нового подхода к организации медицинской помощи, обеспечивающего взаимодействие систем здравоохранения и социального обеспечения в вопросах поддержки и восстановления здоровья людей.

Вместе с тем, процесс разграничения здоровья и болезни, нормы и патологии по-прежнему остается одним из самых сложных и спорных вопросов в практической работе врача

В 1946 году ВОЗ определила здоровье как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или других дефектов», а в 1977 году расширила определение здоровья, дополнив его понятием «социальная и экономическая продуктивность индивида».

В 1997 году Frank даже ввел термин «общество ремиссии» (remission society), в котором границы между болезнью и здоровьем фактически разрушены, так что обычная дихотомическая формулировка здоровья как нормы и болезни как отклонения от нормы поставлена под вопрос [25].

Однако для практического врача такое определение ВОЗ является абстрактным. Медицинское образование предусматривает обучение методам и навыкам распознавания болезней, методам их лечения, но не предусматривает обучения методам оценки социальной и экономической продуктивности человека. Получается, что сделать вывод о наличии здоровья у человека может только мультидисциплинарная команда, включающая врачей нескольких специальностей, психологов (личностных и социальных), социологов, экономистов, и, возможно, ряда других специалистов [9].

При этом необходимо учитывать, что реализация профилактического, «здоровьесберегающего» направления медицины сложнее, чем организация клинических видов деятельности и требует от координаторов этих процессов определенных знаний и навыков, касающихся не только биостатистики, но и науки об управлении в здравоохранении [12].

Таким образом, можно выделить два относительно новых направления развития здравоохранения, основанных на интеграционных процессах: 1) ориентация на хронического больного; 2) ориентация на семью. При этом организаторы здравоохранения должны помогать клиницистам связывать пациентов с такими ресурсами, как их собственное жилье, семья, а также использовать возможности Интернета.

ВЫВОДЫ

Зарубежный и отечественный опыт показывает, что координация ведомственных действий по оказанию помощи людям, имеющим как медицинские, так и социальные проблемы, довольно сложна. Как профессиональная деятельность медико-социальная работа формируется на стыке двух самостоятельных отраслей — социальной защиты населения и здравоохранения. Поэтому наиболее оптимальные результаты могут возникнуть в том случае, когда усилия представителей разных специальностей будут объединены в лице одного специалиста. В связи с чем возникает необходимость подготовки таких специалистов, выполняющих интегративные, медико-социальные функции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойцов С.А., Самородская И.В., Семенов В.Ю. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: социальные факторы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017; 25(6): 336–9.
2. Бойцов С.А., Самородская И.В., Семенов В.Ю. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: роль алкоголя. Социальная и клиническая психиатрия. 2016; 2: 97–105.
3. Дернер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача. М.: Алетейя; 2006.
4. Куатбеков Б.Н., Койшиева Т.К., Абдикадым Б.К. Основные понятия, проблемы и тенденции развития IoT и IoT. Молодой ученый. 2018; 2: 1–5. Доступен по: <https://moluch.ru/archive/188/47801/> (дата обращения: 20.10.2019).
5. Лемешко В.А., Тепцова Т.С. Телемедицина: здравоохранение делает шаг в будущее. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2017; 4(30): 30–8. Доступен по: <https://cyberleninka.ru/article/n/telemeditsina-zdravooхранение-delaet-shag-v-buduschee> (дата обращения: 09.12.2019).
6. Лехциер В.Л. Большое место: эпистемологические импликации современных медицинских практик. Вестник Самарской гуманитарной академии. Се-

- рия: Философия. Филология. 2008; 2: 66–76. Доступен по: <https://cyberleninka.ru/article/n/bolnoemesto-epistemologicheskie-implikatsii-sovremennoy-meditsinskikh-praktik> (дата обращения 16.11.2019).
7. Медведева Л.М. *Homo Medicus* как возможный результат медиакализации. ИСОМ. 2012; 1: 210–4. Доступен по: <https://cyberleninka.ru/article/n/homomedicus-kak-vozmozhnyy-rezulstat-medikalizatsii> (дата обращения 03.09.2019).
 8. Руцик Ю.О. Реализация инновационных решений и проблемы модернизации здравоохранения (на примере стран Европы). Проблемы современной экономики. 2011; 4: 389–91. Доступен по: <https://cyberleninka.ru/article/n/realizatsiya-innovatsionnyh-resheniy-i-problemy-modernizatsii-zdravoohraneniya-na-primere-stran-evropy> (дата обращения 08.11.2019).
 9. Самородская И.В. Может ли врач определить, болен человек или здоров? Врач. 2016; 11: 80–3.
 10. Самородская И.В., Семенов В.Ю., Бойцов С.А. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: факторы окружающей среды. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017; 25(5): 260–5.
 11. Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю., Артемова П.В. Зарубежный опыт государственного регулирования здравоохранения в сфере применения технологий телемедицины. Проблемы экономики и юридической практики. 2018; 4: 207–11. Доступен по: <https://cyberleninka.ru/article/n/zarubezhnyy-opryt-gosudarstvennogo-regulirovaniya-zdravoohraneniya-v-sfere-primeneniya-tehnologiy-telemeditsiny> (дата обращения: 09.12.2019).
 12. Стародубов В.И., Перхов В.И. О рисках «медиакализации» научной специальности «Общественное здоровье и здравоохранение». Экономика науки. 2019; 5(3): 197–202. DOI: 10.22394/2410-132X-2019-5-3-197-202.
 13. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Доступен по: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027> (дата обращения 03.09.2019).
 14. Arai H., Ouchi Y., Toba K., Endo T., Shimokado K., Tsubota K., Matsuo S., Mori H., Yumura W., Yokode M., Rakugi H., Ohshima S. Japan as the front-runner of super-aged societies: Perspectives from medicine and medical care in Japan. Geriatr Gerontol Int. 2015 Jun; 15 (6): 673–87. DOI: 10.1111/ggi.12450.
 15. Arbaje A.I., Wolff J.L., Yu Q., Powe N.R., Anderson G.F., Boult C. Postdischarge environmental and socioeconomic factors and the likelihood of early hospital readmission among community-dwelling Medicare beneficiaries. Gerontologist. 2008; 48(4):495–504.
 16. Benatar S.R., Gill S., Bakker I. Global Health and the Global Economic Crisis. Am J Public Health. 2011; 101(4): 646–53. DOI: 10.2105/AJPH.2009.188458.
 17. Boutwell A.E., Johnson M.B., Watkins R. Analysis of a social work-based model of transitional care to reduce hospital readmissions: preliminary data. J Am Geriatr Soc. 2016; 64(5): 1104–7.
 18. Bradley E.H., Canavan M., Rogan E., et al. Variation in health outcomes: the role of spending on social services, public health, and health care, 2000–09. Health Aff (Millwood). 2016; 35: 760–8.
 19. Centers for Medicare & Medicaid Services. National Health Expenditure Historical Data 1960–2012. Centers for Medicare & Medicaid Services. Available at: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports>. (accessed 01.01.2019).
 20. Centers for Medicare & Medicaid Services. National Health Expenditure Projections 2911–2021. Available at: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/NationalHealthExpendData/Downloads/Proj2011PDF.pdf>. (accessed 12.11.2019).
 21. Cortès-Franch I., González López-Valcárcel B. The economic-financial crisis and health in Spain. Evidence and viewpoints. SESPAS report 2014. Gac Sanit. 2014; 28 (1): 1–6. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.03.011.
 22. Crimmins E.M., Zhang Y., Saito Y. Trends Over 4 Decades in Disability-Free Life Expectancy in the United States American. Journal of Public Health. 2016; 106(7): 1287–93. DOI: 10.2105/AJPH.2016.303120.
 23. Diedrich L. Treatments: Language, Politics, and the Culture of Illness. Minnesota: University Of Minnesota Press; 2007.
 24. Feinglass J. et al. Integrating social services and home-based primary Care for High-Risk Patients. Population health management. 2018; 21(2): 96–101.
 25. Frank A.W. Wounded Storyteller: body, illness, and ethics. Chicago: University Of Chicago Press; 1997.
 26. Henning C., Ahnby U., Osterstrom S. Senior Housing in Sweden: a New Concept for Aging in Place. Social Work in Public Health. 2009; 24(3): 235–54. DOI: 10.1080/19371910802595307.
 27. Kaplan G.A. Economic crises: some thoughts on why, when and where they (might) matter for health — a tale of three countries. Soc Sci Med. 2012; 74(5): 643–6. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.12.013.
 28. Labonté R., Stuckler D. The rise of neoliberalism: how bad economics imperils health and what to do about it. J Epidemiol Community Health. 2015; (pii): jech-2015-206295. DOI: 10.1136/jech-2015-206295.
 29. Lantz P.M. The medicalization of population health: who will stay upstream? Milbank Q. 2019; 97(1): 36–9.
 30. Leutz W., Nonnenkamp L., Dickinson L., Brody K. Utilization and costs of home-based and community-based care within a social HMO: trends over an 18-year period. Int J Integr Care. 2005; 5: 1–14.
 31. Medicare Payment Advisory Committee (MedPAC). A Data Book — Health Care Spending and the Medicare Program June 2014. Available at: <http://www.medpac.gov>.

- gov/documents/publications/jun14databookentirereport.pdf?sfvrsn=1. (accessed 12.11. 2019).
32. Naylor M.D., Hirschman K.B., Hanlon A.L., et al. Factors associated with changes in perceived quality of life among elderly recipients of long-term services and supports. *J Am Med Dir Assoc.* 2016; 17: 44–52.
 33. Reuben D.B. Physicians in supporting roles in chronic disease care: the Care More model. *J Am Geriatr Soc.* 2011; 59: 158–60.
 34. Woolf S.H. Progress in achieving health equity requires attention to root causes. *Health Aff (Millwood).* 2017; 36(6): 984–91.
 35. Woolf S.H., Schoomaker H. Life Expectancy and Mortality Rates in the United States, 1959–2017. *JAMA.* 2019; 322(20): 1996–2016. DOI: 10.1001/jama.2019.16932.
 36. Zola I. Medicine as an Institute of Social Control. *Sociological Review. New Series.* 1972; 20(4): 487–504.

REFERENCES

1. Bojcov S.A., Samorodskaya I.V., Semenov V. Yu. Vliyanie meditsinskikh i nemeditsinskikh faktorov na smertnost' naseleniya: sotsial'nye faktory. [Impact of medical and non-medical factors on population mortality: social factors]. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny.* 2017; 25(6): 336–9. (in Russian).
2. Bojcov S.A., Samorodskaya I.V., Semenov V. Yu. Vliyanie meditsinskikh i nemeditsinskikh faktorov na smertnost' naseleniya: rol' alkogolya. Sotsial'naya i klinicheskaya psichiatriya. [Influence of medical and non-medical factors on population mortality: the role of alcohol. Social and clinical psychiatry]. 2016; 2: 97–105. (in Russian).
3. Derner K. Horoshij vrach. Uchebnik osnovnoj pozicii vracha. [Good doctor]. M.: Aletejja; 2006. (in Russian).
4. Kuatbekov B.N., Kojshieva T.K., Abdikadyr B.K. Osnovnye ponyatiya, problemy i tendencii razvitiya IoE i Io T. [Osnovnye ponyatiya, problemy i tendentsii razvitiya IoE i IoT]. *Molodoj uchenyj.* 2018; 2: 1–5. Available at: <https://moluch.ru/archive/188/47801/> (accessed 20.10.2019). (in Russian).
5. Lemeshko V.A., Tepcova T.S. Telemedicina: zdravookhranenie delaet shag v budushchee. Medicinskie tekhnologii. Ocenka i vybor. [Telemeditsina: zdravookhranenie delaet shag v budushchee. Meditsinskie tekhnologii]. Otsenka i vybor 2017; 4(30): 30–8. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/telemeditsina-zdravookhranenie-delaet-shag-v-buduschee> (accessed 09.12.2019). (in Russian).
6. Lekhcier V.L. Bol'noe mesto: epistemologicheskie implikacii sovremennoy medicinskikh praktik. [Sore spot: epistemological implications of modern medical practices]. *Vestnik Samarskoj gumanitarnoj akademii. Seriya: Filosofiya. Filologiya.* 2008; 2: 66–7. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/bolnoe-mesto-epistemologicheskie-implikacii-sovremennoy-medicinskikh-praktik> (accessed 16.11.2019). (in Russian).
7. Medvedeva L.M. Homo Medicus kak vozmozhnyj rezul'tat medikalizacii. [Homo Medicus as a possible result of medicalization]. *ISOM.* 2012; 1: 210–4. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/homo-medicus-kak-vozmozhnyj-rezul-tat-medikalizacii> (accessed 03.09.2019). (in Russian).
8. Rucik Yu.O. Realizaciya innovacionnyh reshenij i problemy modernizacii zdravoohraneniya (na primere stran Evropy). [Implementation of innovative solutions and problems of healthcare modernization (on the example of European countries)]. *PSE.* 2011; 4: 389–91. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/realizatsiya-innovatsionnyh-reshenij-i-problemy-modernizatsii-zdravoohraneniya-na-primere-stran-evropy> (accessed 08.11.2019). (in Russian).
9. Samorodskaya I.V. Mozhet li vrach opredelit', bolen chelovek ili zdorov? [Can a doctor determine whether a person is sick or healthy]. *Vrach.* 2016; 11: 80–3. (in Russian).
10. Samorodskaya I.V., Semenov V. Yu., Boytsov S.A. Vliyanie meditsinskikh i nemeditsinskikh faktorov na smertnost' naseleniya: faktory okrughayushchey sredy. [Impact of medical and non-medical factors on population mortality: environmental]. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny.* 2017; 25(5): 260–5. (in Russian).
11. Smyshlyayev A.V., Mel'nikov Y.Y., Artemova P.V. Zarubezhnyj opyt gosudarstvennogo regulirovaniya zdravoohraneniya v sfere primeneniya tekhnologij telemediciny. [Foreign experience of state regulation of health care in the field of telemedicine technologies]. *Problemy ekonomiki i yuridicheskoy praktiki.* 2018; 4: 207–11. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/zarubezhnyj-opyt-gosudarstvennogo-regulirovaniya-zdravoohraneniya-v-sfere-primeneniya-tehnologij-telemeditsiny> (accessed 09.12.2019). (in Russian).
12. Starodubov V.I., Perhov V.I. O riskah «medikalizacii» nauchnoj special'nosti «Obshchestvennoe zdorov'e i zdravoohranenie» [On the risks of «medicalization» of the scientific specialty «Public health and healthcare»]. *Ekonomika nauki.* 2019; 5(3): 197–202. Available at: 10.22394/2410-132X-2019-5-3-197-202. (in Russian).
13. Uказ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». [The Decree of the President of the Russian Federation No. 204 dated 07.05.2018 «On national goals and strategic objectives for the development of the Russian Federation for the period up to 2024»]. Available at: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027> (accessed 03.09.2019). (in Russian).
14. Arai H., Ouchi Y., Toba K., Endo T., Shimokado K., Tsubota K., Matsuo S., Mori H., Yumura W., Yokode

- M., Rakugi H., Ohshima S. Japan as the front-runner of super-aged societies: Perspectives from medicine and medical care in Japan. *Geriatr Gerontol Int.* 2015; 15(6): 673–87. DOI: 10.1111/ggi.12450.
15. Arbaje A.I., Wolff J.L., Yu Q., Powe N.R., Anderson G.F., Boult C. Postdischarge environmental and socioeconomic factors and the likelihood of early hospital readmission among community-dwelling Medicare beneficiaries. *Gerontologist.* 2008; 48(4): 495–504.
16. Benatar S.R., Gill S., Bakker I. Global Health and the Global Economic Crisis. *Am J Public Health.* 2011; 101(4): 646–53. DOI: 10.2105/AJPH.2009.188458.
17. Boutwell A.E., Johnson M.B., Watkins R. Analysis of a social work-based model of transitional care to reduce hospital readmissions: preliminary data. *J Am Geriatr Soc.* 2016; 64: 1104–7.
18. Bradley E.H., Canavan M., Rogan E., et al. Variation in health outcomes: the role of spending on social services, public health, and health care, 2000–09. *Health Aff (Millwood).* 2016; 35: 760–8.
19. Centers for Medicare & Medicaid Services. National Health Expenditure Historical Data 1960–2012. Centers for Medicare & Medicaid Services. Available at: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports>. (accessed 01.11.2019).
20. Centers for Medicare & Medicaid Services. National Health Expenditure Projections 2011–2021. Available at: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/NationalHealthExpendData/Downloads/Proj2011PDF.pdf> (accessed 12.11. 2019).
21. Cortès-Franch I., González López-Valcárcel B. The economic-financial crisis and health in Spain. Evidence and viewpoints. SESPAS report 2014. *Gac Sanit.* 2014; 28 (1): 1–6. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.03.011.
22. Crimmins E.M., Zhang Y., Saito Y. Trends Over 4 Decades in Disability-Free Life Expectancy in the United States. *American Journal of Public Health.* 2016; 106(7): 1287–93. DOI: 10.2105/AJPH.2016.303120.
23. Diedrich L. Treatments: Language, Politics, and the Culture of Illness. Minnesota: University Of Minnesota Press; 2007.
24. Feinglass J. et al. Integrating social services and home-based primary Care for High-Risk Patients. *Population health management.* 2018; 21(2): 96–101.
25. Frank A.W. *Wounded Storyteller: body, illness, and ethics.* Chicago: University Of Chicago Press; 1997.
26. Henning C., Ahnby U., Osterstrom S. Senior Housing in Sweden: a New Concept for Aging in Place. *Social Work in Public Health.* 2009; 24(3): 235–54. DOI: 10.1080/19371910802595307.
27. Kaplan G.A. Economic crises: some thoughts on why, when and where they (might) matter for health — a tale of three countries. *Soc Sci Med.* 2012; 74(5): 643–6. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.12.013.
28. Labonté R., Stuckler D. The rise of neoliberalism: how bad economics imperils health and what to do about it. *J Epidemiol Community Health.* 2015; (pii): jech-2015-206295. DOI: 10.1136/jech-2015-206295.
29. Lantz P.M. The medicalization of population health: who will stay upstream? *Milbank Q.* 2019; 97(1): 36–9.
30. Leutz W., Nonnenkamp L., Dickinson L., Brody K. Utilization and costs of home-based and community-based care within a social HMO: trends over an 18-year period. *Int J Integr Care.* 2005; 5: 1–14.
31. Medicare Payment Advisory Committee (MedPAC). A Data Book — Health Care Spending and the Medicare Program June 2014. Available at: <http://www.medpac.gov/documents/publications/jun14databookentirereport.pdf?sfvrsn=1>. (accessed 12.11. 2019).
32. Naylor M.D., Hirschman K.B., Hanlon A.L., et al. Factors associated with changes in perceived quality of life among elderly recipients of long-term services and supports. *J Am Med Dir Assoc.* 2016; 17: 44–52.
33. Reuben DB. Physicians in supporting roles in chronic disease care: the Care More model. *J Am Geriatr Soc.* 2011; 59: 158–60.
34. Woolf S.H. Progress in achieving health equity requires attention to root causes. *Health Aff (Millwood).* 2017; 36(6): 984–91.
35. Woolf S.H., Schoomaker H. Life Expectancy and Mortality Rates in the United States, 1959–2017. *JAMA.* 2019; 322(20): 1996–2016. DOI: 10.1001/jama.2019.16932
36. Zola I. Medicine as an Institute of Social Control. *Sociological Review. New Series.* 1972; 20(4): 487–504.

ДИАГНОСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ЭТАПЕ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

© Елена Владимировна Эсауленко^{1,2}, Ксения Егоровна Новак¹, Тьерри Ингабире^{1,2}

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

² Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера». 197101, Санкт-Петербург, ул. Мира, д. 14

Контактная информация: Елена Владимировна Эсауленко — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии. E-mail: infection-gpmu@mail.ru

РЕЗЮМЕ: В статье продемонстрированы трудности и несвоевременность диагностики ВИЧ-инфекции на этапе медико-санитарной помощи. При оценке маршрутизации 81 пациента, с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией, установлено, что на этапе медико-санитарной помощи диагноз ВИЧ-инфекции установлен лишь в 11% случаев. В инфекционный стационар 91,4% (n=74) пациентов госпитализированы по направлению терапевта (n=60) и инфекциониста (n=14) поликлиники, 8,6% (n=7) доставлены бригадой скорой медицинской помощи. У пациентов, обследованных врачом терапевтом поликлиники (n=60), ВИЧ-инфекция не заподозрена ни в одном случае. Диагнозами направления были: менингоэнцефалит неуточнённой этиологии (n=6), вирусные гепатиты (n = 13), ОРВИ, внебольничная пневмония (n=26), острый менингит (n=5), острый гастроэнтероколит (n = 8), ранний нейросифилис (n=1), хронический пиелонефрит (n=1). Инфекционистом поликлиники на основании клинико-эпидемиологических данных диагноз ВИЧ-инфекции был установлен у 64% обратившихся (n=9), остальные 36% (n=5) были направлены в стационар с диагнозами: острый менингит, менингоэнцефалит (n=2) внебольничная пневмония (n=1), ОРВИ (n=1), вирусные гепатиты (n=1). Пациенты, госпитализированные бригадой скорой помощи (n=7), поступили с диагнозами: острый менингит (n=2), ОРВИ, внебольничная пневмония (n=3), острый гастроэнтероколит (n=2). Таким образом, на этапе медико-санитарной помощи существует потребность в расширении показаний к обследованию на наличие ВИЧ-инфекции с улучшением доступности добровольного тестирования, в том числе с использованием экспресс-тестов и тесном взаимодействии врачей разных специальностей для своевременной диагностики и успешного ведения пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ВИЧ-инфекция; синдром приобретенного иммунного дефицита (СПИД); впервые выявленная ВИЧ-инфекции; ранняя диагностика.

DIAGNOSIS OF HIV INFECTION IN A PRIMARY HEALTH CARE SETTING

© Elena V. Esaulenko^{1,2}, Ksenia Y. Novak¹, Thierry Ingabire^{1,2}

¹ Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Saint Petersburg, Litovskaya str., 2

² Saint Petersburg Pasteur Research Institute of Epidemiology and Microbiology.
197101, Saint Petersburg, Mira str., 14

Contact Information: Elena V. Esaulenko — MD, Professor, Head of the Department of Infectious Diseases of Adults and Epidemiology

ABSTRACT: In clause difficulties and untimeliness of HIV diagnosis in primary healthcare setting. When evaluating the route of 81 patients with a newly diagnosed HIV infection it turned out that only 11% of cases were diagnosed with HIV in primary care facilities. Among all cases,

91.4% (n=74) were admitted to the infectious disease hospital by a polyclinic therapist (n=60) and an infectious disease specialist (n=14) referral, and 8.6% (n=7) patients were transported by the emergency medical service. In patients examined by therapist of the clinic (n=60), HIV infection was not suspected in any case. Referral diagnoses were meningoencephalitis of unknown etiology (n=6), viral hepatitis (n=13), SARS, community-acquired pneumonia (n=26), acute meningitis (n=5), acute gastroenteritis (n=8), early neurosyphilis (n=1), chronic pyelonephritis (n=1). Based on clinical and epidemiological data, the diagnosis of HIV infection was established in 64% of patients (n=9) by the clinic infectious disease specialist, the remaining 36% (n=5) were sent to the hospital with diagnoses: acute meningitis, meningoencephalitis (n=2) community-acquired pneumonia (n=1), SARS (n=1), viral hepatitis (n=1). Patients transported by the emergency medical service (n=7) were admitted with acute meningitis (n=2), SARS, community- acquired pneumonia (n=3), acute gastroenteritis (n=2). Thus, at the stage of primary health care, there is a need to expand the indications for testing for HIV infection with improved availability of voluntary testing, including the use of rapid tests and close collaboration of doctors of different specialties for timely diagnosis and successful care of patients.

KEY WORDS: HIV infection; acquired immune deficiency syndrome (AIDS); newly diagnosed HIV infection; early diagnosis.

ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной организации здравоохранения и глобальной программы UNAIDS количество ВИЧ-инфицированных в мире в 2018 г. достигло 37,9 миллионов человек и всего 75% из них знают о своем положительном статусе [5, 8]. В России показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией по итогам 2018 г. составил 59,74 на 100 тыс. населения, и около 25% инфицированных ВИЧ, как и в предыдущие годы, не знают о своем статусе [1, 9]. В Европе около 50% всех людей, живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ), выявляются на поздней стадии заболевания [13, 15]. Обнаружение ВИЧ инфекции на ранних стадиях заболевания является достаточно сложной задачей и не всегда распознается сотрудниками этапа медико-санитарной помощи, так как клинические признаки в ряде случаев не специфичны и могут значительно отличаться от типичного течения как по спектру симптомов, так и по тяжести клинических проявлений или маскироваться дебютом других заболеваний [3]. Диагностическим и лечебным ошибкам способствует недостаточная настороженность врачей, чья профессиональная деятельность прямо не связана с инфекционной патологией и ВИЧ-медициной. К тому же пациенты могут скрывать анамнестические данные о наличии ВИЧ-инфекции. Ранняя диагностика позволяет своевременно назначить антиретровирусную терапию (АРВТ), что способствует достижению вирусной супрессии, минимизирует дальнейшую передачу вируса и приводит к улучшению качества и продолжительности жизни и снижению

показателей смертности среди людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) [4, 11]. В результате введения комбинированных антиретровирусных препаратов показатели смертности от причин, связанных с ВИЧ, снизились на 50% [10, 14]. По данным литературы эффективная АРВТ приводит к быстрому снижению и стойкому сохранению вирусной нагрузки ВИЧ на минимальном (неопределяемом) уровне и, как следствие, к значительному уменьшению риска передачи ВИЧ половому партнеру в дискордантных семейных парах, среди мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами (МСМ), и от матери ребенку [2, 16].

Учитывая, что около половины всех случаев заражения ВИЧ обусловлены контактом с недавно инфицированным человеком, который наиболее заразен, стратегии улучшения ранней диагностики ВИЧ должны быть одним из ключевых приоритетов здравоохранения [13].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Продемонстрировать трудности и несвоевременность диагностики ВИЧ-инфекции на этапе медико-санитарной помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведена оценка маршрутизации 81 пациента с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией от первичного обращения к врачам этапа медико-санитарной помощи до постановки окончательного диагноза в СПБ ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина» в период с ноября 2018 г. по октябрь 2019 г. Для

лабораторного подтверждения ВИЧ-инфекции использовался метод иммуноферментного анализа — ИФА и иммунного blotинга.

Стадии ВИЧ-инфекции пациентам были установлены согласно Российской классификации [9]. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2016.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди наблюдавшихся пациентов было 74% женщин, 26% мужчин. Средний возраст составил $38,7 \pm 2$ лет. Пациенты направлялись и поступали в стационар с различными клиническими диагнозами: 91,4% (n=74) госпитализированы по направлению терапевта (n=60) и инфекциониста (n=14) поликлиники, 8,6% (n=7) доставлены бригадой скорой медицинской помощи в связи с экстренным обращением. У пациентов, обследованных врачом терапевтом поликлиники, ВИЧ-инфекция не заподозрена ни в одном случае. Диагнозами направления были: менингоэнцефалит неуточнённой этиологии (n=6), вирусные гепатиты (n=13), ОРВИ, внебольничная пневмония (n=26), острый менингит (n=5), острый гастроэнтероколит (n=8), ранний нейросифилис

(n=1), хронический пиелонефрит (n=1). Инфекционистом поликлиники на основании клинико-эпидемиологических данных, диагноз ВИЧ-инфекции был установлен у 64% (n=9) обратившихся пациентов. Остальные 36% (n=5) были направлены в стационар с диагнозами: острый менингит, менингоэнцефалит (n=2) внебольничная пневмония (n=1), ОРВИ (n=1), вирусные гепатиты (n=1).

Пациенты, госпитализированные бригадой скорой помощи (n=7), поступили в приемный покой СПБ ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина» с диагнозами: острый менингит (n=2), ОРВИ, внебольничная пневмония (n=3), острый гастроэнтероколит (n=2). Схема маршрутизации пациентов с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией от первичного обращения к врачам этапа медико-санитарной помощи до постановки окончательного диагноза в стационаре представлена на рисунке 1.

В специализированном стационаре у наблюдавшихся пациентов впервые в жизни установленный диагноз ВИЧ-инфекции соответствовал как ранним, так и поздним стадиям заболевания. На стадии первичных проявлений (I-II стадия) ВИЧ-инфекция была диагностирована у 9,8% (n=8) пациентов, латентная (субклиническая) стадия (III стадия) — у 6,2%

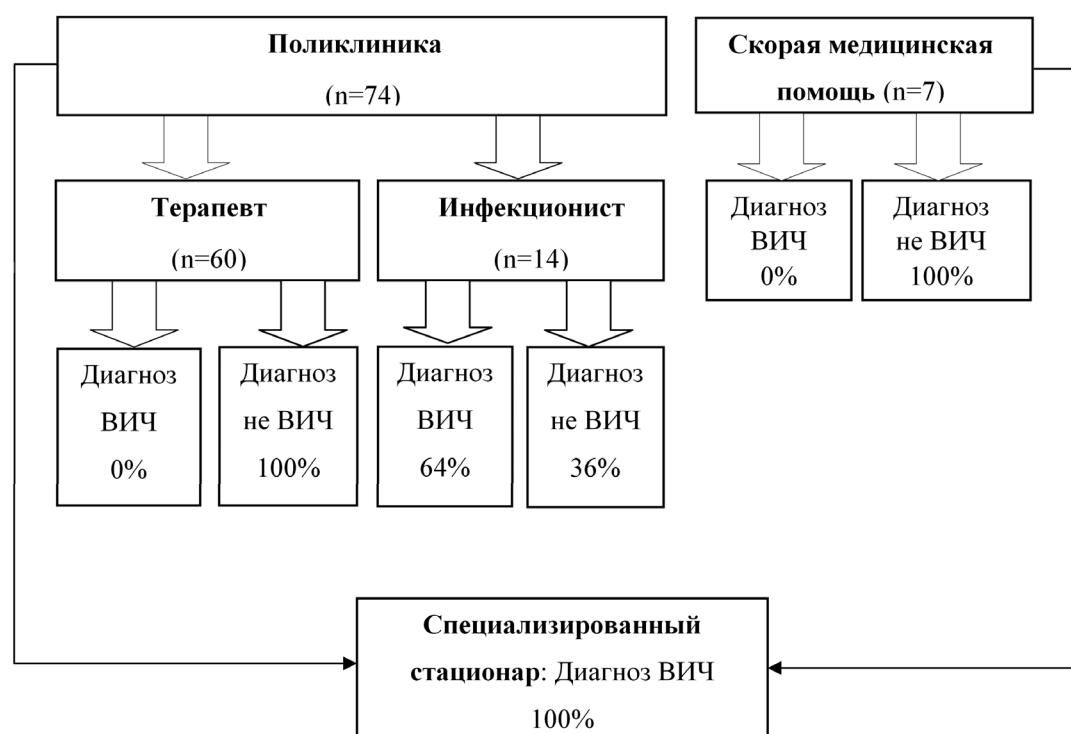


Рис. 1. Схема маршрутизации пациентов с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией от первичного обращения к врачам этапа медико-санитарной помощи до постановки окончательного диагноза в стационаре

(n=5) и стадия вторичных заболеваний (IV, V стадия) — у 84% (n=68). Распределение впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди госпитализированных пациентов по стадиям заболевания представлено на рисунке 2.

Широкий спектр направительных диагнозов у ВИЧ-инфицированных пациентов отражает не только многообразие клинических проявлений самого заболевания, но и недостаточную информированность врачей этапа медико-санитарной помощи о проявлениях как ранних, так и поздних стадий данной инфекции.

Клинические проявления острой стадии ВИЧ-инфекции могут отличаться от классических представлений о течении острого ретровирусного синдрома. Пациенты получают лечение тех заболеваний, которые ошибочно им были установлены различными специалистами, на данном этапе организм справляется с клиническими проявлениями острой стадии ВИЧ-инфекции, назначенное лечение может быть эффективным и наступает клиническое выздоровление. Обследование на антитела к ВИЧ у большинства не проводят, а в случае, если исследование проведено, результат может быть отрицательным. Таким образом, не диагностируемое вовремя заболевание прогрессирует и распространяется.

В нашем исследовании, на стадии первичных проявлений (II стадия) ВИЧ-инфекция в стационаре была диагностирована у 8 пациентов. Из них лишь один поступил в приемный покой с диагнозом ВИЧ-инфекция, установленным инфекционистом поликлиники. В остальных случаях диагнозами были: менингит, ОРВИ, пневмония, ранний нейросифилис, острый гепатит, острый гастроэнтерит.

В латентной (субклинической) стадии (III стадия) ВИЧ-инфекция выявлена у 5 (6,2%) пациентов, поступивших с диагнозами: ОРВИ, пневмония (n=3), острый гастроэнтерит (n=2). ВИЧ-инфекция в данных случаях была сопутствующей патологией.

У пациентов, поступивших с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией на стадии вторичных заболеваний (IV, V стадия) (84%, n=68), клинические проявления были обусловлены различными оппортунистическими инфекциями, такими как: легочный туберкулоз, пневмоцистная пневмония, токсоплазмоз головного мозга, орофарингеальный кандидоз, кахексия, криптококковая инфекция, прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия, герпетическая инфекция (herpeszoster), микоз пищевода с иммунологическими нарушениями. Несмотря на наличие этих СПИД-индикаторных заболеваний, каждое из которых является основанием



Рис. 2. Распределение впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди пациентов по стадиям заболевания на госпитальном этапе

для соответствующего обследования, на этапе медико-санитарной помощи диагноз ВИЧ-инфекции был установлен только у 8 пациентов [9]. У остальных эти клинические проявления были расценены как ОРВИ, внебольничная пневмония (n=26), острый менингит, менингоэнцефалит неуточненной этиологии (n=13), вирусные гепатиты (n=13), острый гастроэнтероколит (n=7), острый пиелонефрит (n=1).

Общность путей передачи при ВИЧ-инфекции и вирусных парентеральных гепатитов приводит к развитию сочетанной инфекции — хронический гепатит С и/или В и ВИЧ-инфекция. В большинстве случаев в первую очередь диагностируются хронические гепатиты, особенно при декомпенсации функций печени, прогрессирующие на фоне ко-инфицирования и употребления инъекционных наркотиков [7, 12]. Именно субкомпенсация и декомпенсация цирроза печени является причиной госпитализации пациентов в соматический или инфекционный стационар, а затем диагностируется ВИЧ-инфекция [3, 6].

ВЫВОДЫ

Таким образом, на этапе медико-санитарной помощи диагностика ВИЧ-инфекции несвоевременна и представляет определенные трудности. В нашем исследовании диагноз ВИЧ-инфекции врачами первичного звена здравоохранения установлен лишь в 11% случаев.

В условиях эпидемии ВИЧ/СПИДа, врач любой специальности встречается с этой инфекцией, которая может существовать под «ма-

ской» других патологий. Существует потребность в расширении показаний к обследованию на наличие ВИЧ-инфекции во врачебной практике, а также тесного междисциплинарного взаимодействия (терапевтов, инфекционистов и т.п.) для своевременной диагностики и успешного ведения пациентов. В учреждениях первичной медико-санитарной помощи необходимо усилить работу по просвещению по ВИЧ среди населения, улучшить доступность добровольного ВИЧ тестирования для людей с риском заражения, в том числе с использованием экспресс-тестов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляков Н.А., Рассохин В.В., Семенов А.В., Коновалова Н.В., Огурцова С.В., Светличная Ю.С., Боева Е.В., Бобрешова А.С., Эсауленко Е.В., Сухорук А.А. ВИЧ-инфекция и коморбидные состояния в Северо-Западном федеральном округе РФ в 2016 году. Аналитический обзор. СПб.: НИИЭМ им. Пастера; 2017.
2. Беляков Н.А., Рахманова А.Г., ред. Вирус иммунодефицита человека — медицина: Руководство для врачей. 2-е изд. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр; 2011.
3. Ермак Т.Н., Самитова Э.Р., Токмалаев А.К., Кравченко А.В. Современное течение пневмоцистной пневмонии у больных с ВИЧ-инфекцией. Терапевтический архив. 2011; 11: 19–24.
4. Иванов Д.О., Орел В.И., Александрович Ю.С., Прометной Д.В. Младенческая смертность в Российской Федерации и факторы, влияющие на ее динамику. Педиатр. 2017; 8(3): 5–14.
5. Иванов Д.О., Орел В.И., ред. Служба охраны матери и ребенка Санкт-Петербурга в 2017 году. Учебно-методическое пособие. СПб.: СПбГПМУ; 2018.
6. Леванович В.В., Тимченко В.Н., Архипова Ю.А., Баннова С.Л., Булина О.В., Васильева Е.Б., Галицина Л.Е., Гречаный С.В., Гузева В.И., Додонов К.Н., Иванова Р.А., Калинина Н.М., Каплина Т.А., Капустина А.С., Кетлинский С.А., Лозовская М.Э., Лушникова И.В., Павлова Е.Б., Петрова А.Г. ВИЧ-инфекция на рубеже веков: Руководство для врачей всех специальностей. СПб.: Изд-во Н-Л.; 2012.
7. Новак К.Е. Клинико-морфологическая характеристика субкомпенсированного и декомпенсированного цирроза печени вирусной этиологии. Педиатр. 2011; 2(2): 47–52.
8. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году. Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; 2019. Доступен по: https://rosпотребnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=12053 (дата обращения 03.06.2019).
9. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство. Краткое издание. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014.
10. Проект глобальной стратегии для сектора здравоохранения по ВИЧ на 2016–2021 годы. Доступен по: <https://www.who.int/hiv/strategy2016–2021/ghss-hiv/ru/> (дата обращения 01.12.2019)
11. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. 2-е изд. Copenhagen: Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро; 2016.
12. Цыкин Д.Б., Ланцова Н.А., Щерба Ю.В., Величко А.Г., Эсауленко Е.В., Цыкина Г.А., Тихомиров С.М. Изменения внутренних органов при наркотикосикоманиях. Советская медицина. 1991; 54(3): 78–80
13. Ahlström M.G., Ronit A., Omland L.H. et al. Algorithmic prediction of HIV status using nation-wide electronic registry data. E Clinical Medicine. 2019; 17: 100203.
14. HIV Causal Collaboration. The effect of combined antiretroviral therapy on the overall mortality of HIV-infected individuals. AIDS (London, England). 2010; 24(1): 123.
15. Mocroft A., Lundgren J., Antinori A., et al. Late presentation for HIV care across Europe: update from the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) study, 2010 to 2013. Euro Surveillance. 2015; 20(47): 30070. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/15607917.ES.2015.20.47.30070> (accessed 26.11.2015).
16. Rodger A., Cambiano V., Bruun T., et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in MSM couples with suppressive ART: the PARTNER2 Study extended results in gay men [abstract]. Presented at AIDS 2018: 22nd International AIDS Conference, Amsterdam, Netherlands, July 23–27, 2018. Available at: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6811e1.htm> (accessed 01.12.2019).

REFERENCES

1. Belyakov N.A., Rassokhin V.V., Semenov A.V., Konovalova N.V., Ogurtsova S.V., Svetlichnaya Yu.S., Boeva E.V., Bobreshova A.S., Esaulenko E.V., Sukhoruk A.A. VICH-infektsiya i komorbidnye sostoyaniya v Severo-Zapadnom federal'nom okruse RF v 2016 godu. [HIV infection and comorbid conditions in the North-Western Federal district of the Russian Federation in 2016]. Analiticheskiy obzor. SPb.: NIEM im. Pastera; 2017. (In Russian).
2. Belyakov N.A., Rakhmanova A.G., ed. Virus immunodeficienci cheloveka — meditsina: Rukovodstvo dlya vrachey. [The human immunodeficiency virus — medicine: a guide for doctors]. 2-e izd. SPb.: Baltiyskiy meditsinskiy obrazovatel'nyy tsentr; 2011. (In Russian).

3. Ermak T.N., Samitova E.R., Tokmalaev A.K., Kravchenko A.V. Sovremennoe techenie pnevmotsistnoy pnevmonii u bol'nykh s VICH-infektsiey. [Pneumocystis pneumonia in patients with HIV infection]. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2011; 11: 19–24. (In Russian).
4. Ivanov D.O., Orel V.I., Alexandrovich Yu.S., Prometnoy D.V. Mladencheskaya smertnost' v Rossiyskoy Federatsii i faktory, vliyayushchie na ee dinamiku. [Infant mortality in the Russian Federation and the factors affecting its dynamics]. *Pediatrician*. 2017; 8(3): 5–14. (In Russian).
5. Ivanov D.O., Orel V.I., ed. Sluzhba okhrany materi i rebenka Sankt-Peterburga v 2017 godu. Uchebno-metodicheskoe posobie. [Security for mother and child Saint-Petersburg in 2017: textbook]. SPb.; SPbGPMU; 2018. (In Russian).
6. Levanovich V.V., Timchenko V.N., Arkhipova Yu.A., Bannova S.L., Bulina O.V., Vasil'eva E.B., Galitsina L.E., Grechanyy S.V., Guzeva V.I., Dodonov K.N., Ivanova R.A., Kalinina N.M., Kaplina T.A., Kapustina A.S., Ketlinskiy S.A., Lozovskaya M.E., Lushnikova I.V., Pavlova E.B., Petrova A.G. VICH-infektsiya na rubezhe vekov: Rukovodstvo dlya vrachey vsekh spetsial'nostey. [HIV infection at the turn of the century: The guide for physicians]. SPb.: Izd-vo N-L.; 2012. (In Russian).
7. Novak K.E. Kliniko-morfologicheskaya kharakteristika subkompensirovannogo i dekompensirovannogo tsirroza pecheni virusnoy etiologii. [Clinical and morphological characteristics of subcompensated and decompensated liver cirrhosis of viral etiology]. *Pediatrician*. 2011; 2(2): 47–52. (In Russian).
8. O sostoyanii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Rossiyskoy Federatsii v 2018 godu: Gosudarstvennyy doklad. [On the state of the sanitary-epidemiological well-being of the population in the Russian Federation in 2018: State report]. M.: Federal'naya sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebitelye i blagopoluchiya cheloveka, 2019. Available at: https://rosпотребнадзор.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=12053 (accessed 03.06.2019) (In Russian).
9. Pokrovskiy V.V. VICH-infektsiya i SPID [HIV infection and AIDS]. Natsional'noe rukovodstvo. M: GEOTAR-Media, 2014. (In Russian).
10. Proekt global'noy strategii dlya sektora zdravookhraneniya po VICH na 2016–2021 gody. [Global health sector strategy on HIV, 2016–2021]. Available at: https://www.who.int/reproductivehealth/GHSS_HIV_RU_11012016.pdf?ua=1 (accessed 01.12.2015). (In Russian).
11. Svodnoe rukovodstvo po ispol'zovaniyu antiretrovirusnykh preparatov dlya lecheniya i profilaktiki VICH-infektsii. [Consolidated guidance on the use of antiretroviral drugs for the treatment and prevention of HIV infection]. 2-e izd. Copenhagen: Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya, Evropeyskoe regional'noe byuro; 2016. (In Russian).
12. Tsykin D.B., Lantsova N.A., Shcherba Yu.V., Velichko A.G., Esaulenko E.V., Tsykina G.A., Tikhomirov S.M. Izmeneniya vnutrennikh organov pri narco- i toksikomaniyakh. [Changes of internal organs after drug and substance abuse]. Sovetskaya meditsina. 1991; 54(3): 78–80.
13. Ahlström M.G., Ronit A., Omland L.H. et al. Algorithmic prediction of HIV status using nation-wide electronic registry data. *E Clinical Medicine*. 2019; 17: 100203.
14. HIV Causal Collaboration. The effect of combined antiretroviral therapy on the overall mortality of HIV-infected individuals. *AIDS* (London, England). 2010; 24(1): 123.
15. Mocroft A., Lundgren J., Antinori A., et al. Late presentation for HIV care across Europe: update from the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) study, 2010 to 2013. *Euro Surveillance*. 2015; 20(47): 30070. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/15607917.ES.2015.20.47.30070> (accessed 26.11.2015).
16. Rodger A., Cambiano V., Bruun T., et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in MSM couples with suppressive ART: the PARTNER2 Study extended results in gay men [abstract]. Presented at AIDS 2018: 22nd International AIDS Conference, Amsterdam, Netherlands, July 23–27, 2018. Available at: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6811e1.htm> (accessed 01.12.2019).

ДИНАМИКА И ПРОГНОЗ ОТДЕЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

© Карина Евгеньевна Моисеева

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

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

РЕЗЮМЕ: Охрана материнства и детства в условиях современной демографической ситуации в Российской Федерации — одно из важнейших направлений государственной политики. Обеспечение доступности медицинской помощи новорожденным является обязательным условием улучшения и сохранения здоровья детского населения. С целью оценки динамики и прогнозирования обеспеченности врачами-неонатологами и койками патологии новорожденных и недоношенных детей в Северо-Западном федеральном округе были проанализированы официальные статистические отчеты и публикации Федеральной службы государственной статистики, а также статистические сборники ЦНИИОИЗ Минздрава России за 2014–2019 годы. Установлено, что за последние шесть лет обеспеченность врачами неонатологами Северо-Западного федерального округа выросла на 6,7%, а койками патологии новорожденных и недоношенных детей — на 2,6%. Наиболее высокая обеспеченность врачами неонатологами и койками патологии новорожденных и недоношенных детей характерна для Архангельской области и Ненецкого автономного округа, а самая низкая — в Калининградской области. В Северо-Западном федеральном округе прогнозируется повышение обеспеченности врачами неонатологами и снижение обеспеченности койками патологии новорожденных и недоношенных детей. Можно предполагать дальнейшее снижение обеспеченности врачами неонатологами в Ненецком автономном округе и Санкт-Петербурге, а обеспеченности койками — в Ленинградской, Мурманской, Новгородской, Псковской областях и в Ненецком автономном округе.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: новорожденные; рождаемость; обеспеченность врачами-неонатологами; обеспеченность койками патологии новорожденных и недоношенных детей; прогноз.

DYNAMICS AND FORECAST OF SEPARATE INDICATORS OF ACCESSIBILITY OF MEDICAL CARE TO NEWBORNS IN THE NORTH-WESTERN FEDERAL DISTRICT

© Karina E. Moiseeva

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

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

ABSTRACT: The protection of motherhood and childhood in concern of the current demographic situation in the Russian Federation is one of the most important areas of state policy. Ensuring

access to medical care for newborns is a prerequisite for improving and maintaining the health of the population of children. In order to assess the dynamics and prognosis of the provision of neonatal and prematurity beds by neonatologists in the Northwestern Federal District, the official statistical reports and publications of the Federal State Statistics Service, as well as the statistical collections of the Central Scientific Research Institute of Health and Health of the Ministry of Health of Russia for 2014–2019 were analyzed. It has been established that over the past six years, the provision of neonatologists with doctors in the Northwestern Federal District has grown by 6.7%, and by 2.6% for beds of pathology of newborns and premature babies. The highest supply of neonatologists and beds in the field of pathology of newborns and premature babies is characteristic of the Arkhangelsk region and the Nenets Autonomous District, and the lowest — in the Kaliningrad region. In the Northwestern Federal District, an increase in the supply of doctors neonatologists and a decrease in the supply of pathology beds for newborns and premature infants are predicted. One can assume a further decrease in the provision of doctors neonatologists in the Nenets Autonomous Okrug and St. Petersburg, and the provision of beds in Leningrad, Murmansk, Novgorod, Pskov Regions and in the Nenets Autonomous Okrug.

KEY WORDS: newborns; birth rate; provision with doctors neonatologists; provision with beds of pathology of newborns and premature babies; forecast.

ВВЕДЕНИЕ

Современная демографическая ситуация в Российской Федерации в значительной степени обусловлена социально-экономическими процессами, которые происходили в XX веке. На сегодняшний день в России наблюдается естественная убыль населения [9]. На уровень рождаемости в РФ отрицательно влияют множество факторов, среди которых наиболее значимыми являются: низкая материальная обеспеченность многих семей, современная структура семьи

(ориентация на малодетность, увеличение числа неполных семей), тяжелый физический труд значительной части работающих женщин, низкий уровень репродуктивного здоровья, высокое число прерываний беременности (абортов) и региональные особенности [10].

Северо-Западный федеральный округ — регион, включающий в себя значительную долю северных территорий, имеющих традиционно низкий уровень рождаемости. Установлено, что за последние шесть лет показатель рождаемости в России в целом снизился на 18,2%, а в



Рис. 1. Динамика рождаемости в Российской Федерации, Северо-Западном федеральном округе и Санкт-Петербурге в 2013–2018 годы (на 1000 населения)

Таблица 1

Динамика рождаемости в отдельных субъектах, входящих в состав Северо-Западного региона РФ, в 2013–2018 годы (на 1000 населения)

Субъект Российской Федерации	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Республика Карелия	11,9 –	12,3 (+3,3%)	12,2 (-0,8%)	12,0 (-1,6%)	10,3 (-14,2%)	9,7 (-5,8%)
Республика Коми	14,2 –	14,2 (0,0)	13,7 (-3,5%)	13,1 (-4,4%)	11,5 (-12,2%)	10,4 (-9,6%)
Архангельская область без автономного округа	12,8 –	12,6 (-1,6%)	12,4 (-1,7%)	11,8 (-4,8%)	10,7 (-9,3%)	9,7 (-9,3%)
Ненецкий автономный округ	16,4 –	16,8 (+2,4%)	17,6 (+4,5%)	18,5 (+4,9%)	15,2 (-17,8%)	13,0 (14,5%)
Вологодская область	13,8 –	13,6 (-1,5%)	13,7 (+0,7%)	13,3 (-3,0%)	10,5 (-21,0%)	10,5 (0,0)
Калининградская область	12,4 –	12,6 (+1,6%)	12,7 (+0,8)	12,4 (-2,4%)	11,0 (-13,4%)	10,2 (-7,4%)
Ленинградская область	8,8 –	9,1 (+3,3%)	9,0 (-1,1%)	9,2 (+2,2%)	8,3 (-9,8%)	6,7 (19,3%)
Мурманская область	11,9 –	11,7 (-1,7%)	11,9 (+1,7%)	11,2 (-5,9%)	10,3 (-8,8%)	9,4 (-8,7%)
Новгородская область	11,8 –	12,0 (+1,7%)	11,9 (-0,8%)	11,7 (-1,7%)	10,3 (-13,4%)	9,7 (-5,8%)
Псковская область	11,0 –	10,9 (-0,9%)	11,0 (+0,9%)	11,1 (+0,9%)	9,5 (-14,4%)	9,1 (-4,2%)

Северо-Западном федеральном округе — на 17,2%. Изучение динамики рождаемости в Санкт-Петербурге, входящем в состав Северо-Западного региона, показало, что она снизилась только на 8,7%. Рождаемость на 1000 населения в Российской Федерации, Северо-Западном федеральном округе и Санкт-Петербурге в 2013–2018 годы представлена на рис. 1.

За последние годы значительное снижение рождаемости наблюдалось во всех субъектах Северо-Западного региона. Наиболее значительно уровень рождаемости упал в Республике Коми (26,7%), Архангельской (24,4%), Вологодской (23,9%), Ленинградской (23,9%), Мурманской (21,0%) областях и Ненецком автономном округе (20,7%). Менее выраженное снижение рождаемости было характерно для Калининградской (17,7%), Новгородской (17,8%) и Псковской (17,3%) областей. Рождаемость в регионах Северо-Западного Федерального округа представлена в табл. 1.

Для стабилизации численности населения России была разработана Концепция демографической политики РФ до 2025 года, одной из основных задач которой является повышение уровня рождаемости за счет рождения в семьях второго ребенка и последующих детей. Однако, вынашивание ребенка, роды и первые месяцы после них требуют обеспечения качественной и доступной медицинской помощью [1].

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» доступность и качество медицинской помощи являются одним из основополагающих принципов отечественного здравоохранения, которые обеспечиваются: организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, работы или обучения; наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации; возможностью выбора медицинской организации и врача; предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; установлением исходя из потребностей населения требований к размещению государственных и муниципальных медицинских организаций в соответствии с законодательством РФ; транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения и др. [12].

С целью повышения доступности и качества медицинской помощи матерям и детям в последние годы происходит совершенствование службы родовспоможения путем формирования признанной и используемой во всех развитых странах мира трехуровневой системы оказания медицинской помощи [2, 14]. Создание в

большинстве субъектов Российской Федерации перинатальных центров позволило значительно повлиять на результативность оказания медицинской помощи новорожденным. Кроме того, повышение доступности и качества медицинской помощи детям в неонатальном периоде достигается утвержденными на региональных уровнях четкими схемами маршрутизации новорожденных детей в отделения реанимации и интенсивной терапии (за исключением новорожденных с врожденной патологией), в отделения патологии новорожденных и недоношенных детей, маршрутизацией новорожденных, имеющих врожденную патологию, и новорожденных с инфекционно-воспалительными заболеваниями [11]. Используемые новые инновационные технологии, применение современных диагностических и реанимационных возможностей позволили не только существенно повысить выживаемость глубоко недоношенных детей, но и в целом ощутимо снизить младенческую смертность. Однако, несмотря на достижение столь значительных результатов, необходимо дальнейшее повышение эффективности медицинской помощи новорожденным, которое может быть достигнуто только с помощью своевременного выявления и устранения проблем в работе неонатологической службы.

Комплексная оценка оказания медицинской помощи детскому населению осуществляется с учетом субъективных и объективных показателей. Субъективную оценку доступности и качества медицинской помощи новорожденным можно провести при помощи социологических опросов, которые позволят изучить удовлетворенность родителей и выявить основные дефекты оказания медицинской помощи данной категории детей. Объективно качество медицинской помощи новорожденным можно оценить только по соответствию стандартам (протоколам лечения), а доступность путем анализа показателей деятельности медицинских организаций, наиболее значимыми из которых являются обеспеченность врачами и койками [13].

Таким образом, принимая во внимание демографические проблемы в Российской Федерации, необходимо дальнейшее совершенствование медицинской помощи новорожденным, которое должно строиться на улучшении качества и доступности медицинской помощи. Анализ показателей обеспеченности врачами-неонатологами и койками патологии новорожденных и недоношенных детей, а также прогнозирование дальнейшего изменения этих

показателей, являются необходимыми элементами для разработки мероприятий по повышению эффективности работы неонатологической службы, что и обуславливает актуальность выбранной темы для исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании анализа обеспеченности врачами-неонатологами и койками патологии новорожденных и недоношенных детей составить отдаленный прогноз динамики данных показателей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В процессе исследования проанализированы официальные статистические отчеты и публикации Федеральной службы государственной статистики, сборники «Основных показателей здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации» федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2014–2019 годы [3–6]. В состав Северо-Западного федерального округа входит Санкт-Петербург — мегаполис, являющийся городом федерального значения и имеющий специфические особенности в организации медицинской помощи населению. Поэтому показатели доступности медицинской помощи новорожденным в Санкт-Петербурге будут рассматриваться отдельно от других регионов Северо-Западного федерального округа.

Прогноз обеспеченности врачами неонатологами и койками патологии новорожденных и недоношенных детей в Российской Федерации на 2019–2024 годы был составлен с помощью метода экстраполяции трендов, который основан на статистическом наблюдении динамики данных показателей за предыдущие шесть лет (2013–2018 годы). Статистическая обработка результатов и анализ данных проведены с использованием компьютерной программы Microsoft Office Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В 2012 году Российская Федерация перешла на критерии живорождения и мертворождения, принятые ВОЗ (Всемирной Организацией Здравоохранения), что дало возможность сопоставлять российскую статистику в области



Рис. 2. Динамика и прогноз обеспеченности врачами-неонатологами в Российской Федерации, Северо-Западном федеральном округе и г. Санкт-Петербурге в 2013–2024 годы (на 10 000 детского населения до 1 года)

перинатологии с международными данными. С этого времени в России стала осуществляться регистрация всех новорожденных, родившихся после 22 недели гестации с массой тела от 500 г. Соответственно, показатели, позволяющие оценить медицинскую помощь новорожденным целесообразно рассматривать в динамике за последние шесть лет, начиная с 2013 года, в соответствии с новыми стандартами учета новорожденных.

Ведущая роль в оказании медицинской помощи детям до 28 дней жизни принадлежит неонатологам. При рождении здорового доношенного ребенка неонатологом организации родовспоможения проводятся процедуры по уходу за новорожденным. Далее врач осматривает ребенка ежедневно, а при ухудшении его состояния с такой частотой, которая определяется медицинскими показаниями [7]. Так как одним из показателей, характеризующих доступность медицинской помощи, является обеспеченность населения медицинскими кадрами (врачами и средним медицинским персоналом), то доступность медицинской помощи новорожденным определяется обеспеченностью детского населения врачами-неонатологами.

Обеспеченность врачами неонатологами в Российской Федерации за последние 6 лет изменилась волнобразно. В 2013 году она была 31,0 врачей на 10 тыс. детского населения до 1 года, далее в 2014–2016 годы обеспеченность находилась на уровне 30,5 на 10 тыс., в 2017 году поднялась до 35,5, а в 2018 году снизилась до 35,0. Таким образом, обеспеченность

неонатологами за шесть анализируемых лет выросла на 11,4%. Проведенная оценка динамики обеспеченности неонатологами Северо-Западного федерального округа и Санкт-Петербурга выявила сходную картину с Российской Федерацией — снижение показателей наблюдалось до 2016 года, затем в 2017 году — рост. Однако, в Северо-Западном федеральном округе обеспеченность в 2018 году снизилась на 1,1%, а в Санкт-Петербурге — выросла на 2,4%. В целом за 2013–2018 годы обеспеченность врачами неонатологами Северо-Западного федерального округа выросла на 6,7%, а в Санкт-Петербурге — снизилась на 5,6%. Обеспеченность врачами-неонатологами в РФ, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2013–2018 годы представлена на рис. 2.

На основании полученных данных был составлен прогноз обеспеченности врачами неонатологами, который представлен на рис. 2. Согласно прогнозу, учитывая тенденцию в 2013–2018 годы, обеспеченность неонатологами в России в 2024 г. по сравнению с 2018 г. возрастет на 14,2% до уровня 40,8 врачей на 10 тыс. детского населения до 1 года. В СЗФО на 8,2% до 40,4 неонатологов на 10 тыс. детского населения до 1 года. В Санкт-Петербурге обеспеченность снизится на 9,0% (до 33,5).

Оценка обеспеченности врачами неонатологами отдельных субъектов Северо-Западного региона показала, что наиболее низкая обеспеченность в 2013–2018 годы была в Калининградской и Псковской областях, а наиболее высокая — в Архангельской области и Ненецком

автономном округе. Анализ динамики обеспеченности врачами выявил, что более всего значение показателя за шесть лет выросло в Архангельской и Ленинградской областях (на 27,1% и 26,4% соответственно). Рост обеспеченности также был отмечен в Вологодской (16,1%), Калининградской (14,6%), Псковской (10,6%) и Мурманской (2,0%) областях и Республике Коми (13,1%). В Ненецком автономном округе, Новгородской области и в Республике Карелия обеспеченность неонатологами за шесть изучаемых лет снизилась на 21,2%, 12,5% и 10,6% соответственно. Динамика обеспеченности врачами неонатологами детей Северо-Западного региона в 2013–2018 годы продемонстрирована в табл. 2.

Исходя из тенденции обеспеченности неонатологами в СЗФО в 2013–2018 годы, представленными в табл. 2, был составлен прогноз, который позволил предположить дальнейший рост обеспеченности детского населения неонатологами в 2024 году в Республике Коми на 19,1% (к уровню 2018 года), в Республике Карелия — на 13,5%. В Архангельской области прогнозируется увеличение числа врачей на 27,8%, в Ленинградской — на 18,9%, в Вологодской — на 18,0%, в Калининградской — на 11,6%, в Псковской — на 9,6% и в Мурманской области — на 2,8%. В Ненецком автономном округе обеспеченность врачами уменьшится на

36,0%. В Новгородской области обеспеченность неонатологами в 2024 году по сравнению с показателями 2018 года не изменится (табл. 3).

Соответственно, наблюдающееся в Северо-Западном федеральном округе увеличение обеспеченности врачами неонатологами, которое прогнозируется и в последующие годы, свидетельствует о снижении кадрового дефицита в неонатологической службе и о повышении доступности медицинской помощи новорожденным.

При наличии медицинских показаний новорожденный, не нуждающийся в проведении реанимационных мероприятий, из медицинской организации акушерского профиля переводится в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей медицинской организации педиатрического профиля или в детское отделение по профилю заболевания [8]. Оценка обеспеченности детского населения койками патологии новорожденных и недоношенных детей показала, что положительная динамика показателя в Российской Федерации составила в 2013–2018 годы 5,1%, в Северо-Западном федеральном округе — 2,6% и Санкт-Петербурге — 5,0%. Согласно прогнозу, учитывающему значения показателей обеспеченности койками за последние шесть лет, было установлено, что в Российской Федерации и в Санкт-Петербурге

Таблица 2

Динамика обеспеченности врачами неонатологами в отдельных субъектах, входящих в состав Северо-Западного региона РФ, в 2013–2018 годы (на 10 тыс. детского населения до 1 года)

Субъект Российской Федерации	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Республика Карелия	33,1 —	29,3 (-11,5%)	28,4 (-3,1%)	32,3 (+12,1%)	37,3 (13,4%)	29,6 (-20,6%)
Республика Коми	33,2 —	35,2 (+5,7%)	35,8 (+1,7%)	34,1 (-4,7%)	42,3 (+19,4%)	38,2 (-9,7%)
Архангельская область без автономного округа	40,7 —	41,6 (+2,2%)	44,2 (+5,9%)	44,2 (0,0)	57,5 (+23,1%)	55,8 (-3,0%)
Ненецкий автономный округ	56,1 —	55,0 (-2,0%)	52,1 (-5,3%)	52,1 (0,0)	44,2 (15,2%)	44,2 (0,0)
Вологодская область	28,2 —	29,9 (+5,7%)	30,2 (+1,0%)	28,9 (4,3%)	35,1 (+17,6%)	33,6 (-4,3%)
Калининградская область	22,8 —	25,6 (+11,0%)	25,9 (+1,6%)	23,5 (-9,3%)	26,7 (+12,0%)	26,7 (0,0)
Ленинградская область	32,3 —	36,3 (+11,0%)	37,3 (+2,7%)	35,6 (-4,6%)	40,2 (+11,4%)	43,9 (+8,4%)
Мурманская область	33,5 —	36,3 (+7,7%)	35,9 (-1,1%)	32,7 (-8,9%)	36,7 (+10,9%)	34,2 (-6,8%)
Новгородская область	36,8 —	29,7 (-19,3%)	32,8 (+9,5%)	30,1 (8,2%)	37,0 (+18,6%)	32,2 (-13,0%)
Псковская область	23,6 —	25,3 (+6,7%)	22,5 (-11,1%)	23,9 (+5,9%)	26,4 (+9,5%)	26,4 (0,0)

Таблица 3

Прогноз обеспеченности врачами неонатологами в отдельных субъектах, входящих в Северо-Западный федеральный округ РФ на 2022–2024 годы (на 10 000 детского населения до 1 года)

Субъект Российской Федерации	2018	2022	2023	2024
Республика Карелия	29,6	33,6	33,9	34,2
Республика Коми	38,2	44,7	46,0	47,3
Архангельская область без автономного округа	55,8	70,2	73,7	77,3
Ненецкий автономный округ	44,2	33,5	30,9	28,3
Вологодская область	33,6	38,7	39,8	41,0
Калининградская область	26,7	29,0	29,6	30,2
Ленинградская область	43,9	50,2	52,2	54,1
Мурманская область	34,2	35,2	35,2	35,2
Новгородская область	32,2	32,4	32,3	32,2
Псковская область	26,4	28,2	28,7	29,2

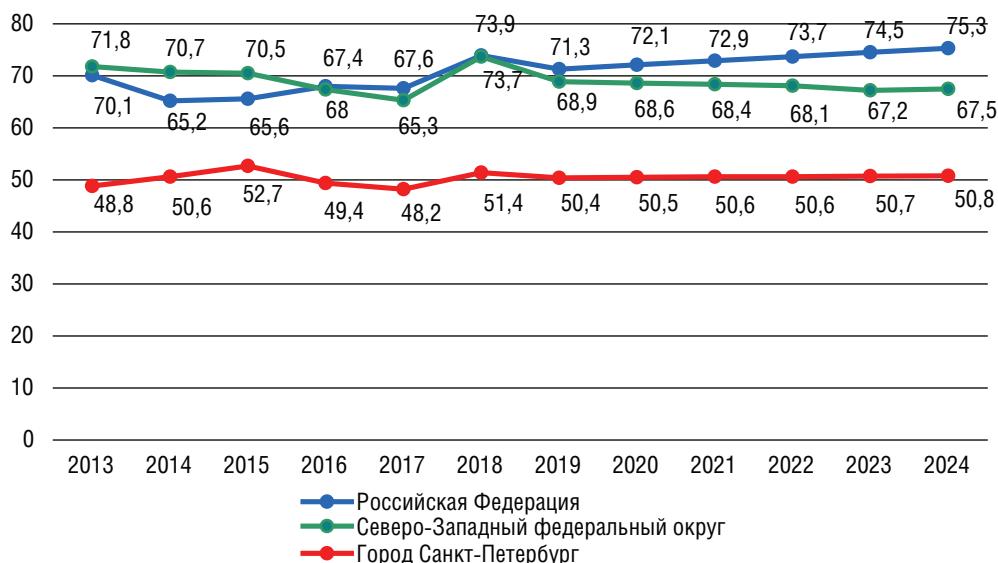


Рис. 3. Динамика и прогноз обеспеченности койками патологии новорожденных и недоношенных детей в Российской Федерации, Северо-Западном федеральном округе и Санкт-Петербурге в 2013–2024 годы (на 10 000 детского населения до 1 года)

обеспеченность койками данного профиля к 2024 году вырастет на 6,9 и 3,9% соответственно. Однако в целом в Северо-Западном федеральном округе обеспеченность койками патологии новорожденных и недоношенных детей снизится на 6,0%. Динамика и прогноз обеспеченности койками патологии новорожденных и недоношенных детей в 2013–2024 годы представлены на рисунке 3.

Изучение показателей обеспеченности койками патологии новорожденных и недоношенных детей регионов СЗФО, в 2013–2018 годы показало, что самые низкие значения показателей были характерны для Калининградской и Мурманской областей, а самые высокие — для Архангельской области и Ненецкого автоном-

ного округа. Оценка динамики обеспеченности койками данного профиля выявила, что наибольший рост показателей за изучаемый период наблюдался в Республике Карелия (35,6%), Вологодской (17,9%), Архангельской (11,0%) и Калининградской (10,0%) областях. Незначительная положительная динамика за последние шесть лет была отмечена в Республике Коми (0,7%) и Псковской области (1,6%). Максимальная отрицательная динамика за исследуемые годы прослеживалась в Ленинградской области (18,6%), а в Мурманской и Новгородской областях она была слабо отрицательная (1,3% и 1,9% соответственно). Динамика обеспеченности койками отделений патологии новорожденных и недоношенных детей Северо-

Таблица 4

Динамика обеспеченности койками отделений патологии новорожденных и недоношенных детей в субъектах Северо-Западного федерального округа РФ в 2013–2018 годы (на 10 000 детского населения до 1 года)

Субъект Российской Федерации	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Республика Карелия	66,1 –	63,7 (–3,6%)	63,7 (0,0)	66,5 (+4,2%)	66,5 (0,0)	102,7 (+35,2%)
Республика Коми	119,9 –	121,2 (+1,1%)	112,2 (0,0)	128,1 (+12,4%)	120,1 (–6,2%)	120,8 (+0,6)
Архангельская область без автономного округа	119,3 –	116,3 (–2,5%)	124,7 (+6,7%)	109,2 (–12,4%)	108,4 (–0,7%)	134,0 (+19,1%)
Ненецкий автономный округ	140,3 –	137,6 (–1,9%)	137,6 (0,0)	122,5 (+10,9%)	122,5 (0,0)	147,5 (+16,9%)
Вологодская область	73,5 –	74,7 (+1,6%)	74,7 (0,0)	76,8 (+2,7%)	76,8 (0,0)	89,5 (+14,2%)
Калининградская область	42,2 –	49,6 (+14,9%)	46,3 (–6,6%)	49,4 (+6,3%)	45,3 (–8,3%)	46,9 (+2,8%)
Ленинградская область	76,4 –	64,3 (+15,8%)	58,3 (–9,3%)	53,8 (–0,8%)	48,1 (–10,6%)	62,2 (+22,7%)
Мурманская область	47,5 –	48,4 (+1,8%)	40,7 (–15,9%)	42,7 (+4,7%)	42,7 (0,0)	46,9 (+8,9%)
Новгородская область	113,1 –	112,1 (–0,8%)	112,1 (0,0)	96,0 (–14,4%)	96,0 (0,0)	111,0 (+13,5%)
Псковская область	119,9 –	108,1 (–9,8%)	110,9 (+2,5%)	115,0 (+3,6%)	109,4 (–4,9%)	121,9 (+10,3%)

Таблица 5

Прогноз обеспеченности койками отделений патологии новорожденных и недоношенных детей в регионах Северо-Западного Федерального округа РФ, на 2022–2024 годы (на 10 000 детского населения до 1 года)

Субъект Российской Федерации	2018	2022	2023	2024
Республика Карелия	102,7	107,6	113,1	118,7
Республика Коми	120,8	123,6	124,0	124,5
Архангельская область без автономного округа	134,0	125,02	126	126,9
Ненецкий автономный округ	147,5	130,1	129,4	128,7
Вологодская область	89,5	94,1	96,6	99,1
Калининградская область	46,9	49,2	49,6	49,9
Ленинградская область	62,2	37,5	33,9	30,4
Мурманская область	46,9	41,5	40,9	40,4
Новгородская область	111,0	92,8	90,7	88,5
Псковская область	121,9	117,5	118,1	118,6

Западного региона в 2013–2018 годы отображена в табл. 4.

Полученные данные позволили составить прогноз обеспеченности койками отделений патологии новорожденных и недоношенных детей Северо-Западного региона России. Установлено, что к 2024 году обеспеченность койками данного профиля в Республике Карелия вырастет на 13,5%, в Республике Коми на 3,0%, в Вологодской области на 9,7%, и в Калининградской области на 6,0%.

В остальных регионах СЗФО прогнозируется снижение, которое наиболее весомым будет в Ленинградской и Новгородской областях (51,1% и 20,3% соответственно). Кроме того, в 2024 г. ожидается уменьшение рассматриваемого показателя в Мурманской области (на 13,9%), Ненецком автономном округе (на 12,7%), в Архангельской (на 5,3%) и Псковской (на 2,5%) областях. Прогноз обеспеченности койками отделений патологии новорожденных и недоношенных детей в Северо-Западном

федеральном регионе на 2022–2024 годы представлен в табл. 5.

Таким образом, выявлено снижение обеспеченности койками отделений патологии новорожденных и недоношенных детей в большинстве субъектов, входящих в Северо-Западный федеральный округ. С одной стороны, уменьшение обеспеченности койками может быть связано с сокращением в них потребности на фоне снижения рождаемости. С другой стороны, маршрутизация беременных высокой степени риска и новорожденных в перинатальные центры позволяет концентрировать в одном месте ресурсы, необходимые для оказания высококвалифицированной и высокотехнологичной медицинской помощи. Соответственно, организация работы неонатологической службы, как и в целом современное российское здравоохранение, идет по пути рационального ресурсосбережения при сохранении должного уровня доступности медицинской помощи новорожденным, что и подтверждается результатами настоящего исследования.

ВЫВОДЫ

1. Обеспеченность врачами неонатологами в Северо-Западном федеральном округе 2013–2018 годы была выше, чем в Российской Федерации в соответствующие годы (в 2018 году на 5,6%). Обеспеченность койками патологии новорожденных и недоношенных детей в Северо-Западном регионе, была ниже средних по РФ показателей в 2016–2017 годы, а в 2018 году превысила среднероссийский уровень на 0,2%.

2. В Санкт-Петербурге отмечается более высокий уровень обеспеченности врачами-неонатологами и более низкий уровень обеспеченности койками патологии новорожденных и недоношенных детей, чем в Российской Федерации и Северо-Западном федеральном округе, что в значительной мере связано со спецификой организации медицинской помощи новорожденным в городе-субъекте РФ.

3. Среди отдельных субъектов, входящих в состав Северо-Западного региона России, наиболее высокая обеспеченность врачами неонатологами и койками патологии новорожденных и недоношенных детей наблюдается в Архангельской области и в Ненецком автономном округе, а наиболее низкая — в Калининградской области.

4. В Российской Федерации прогнозируется повышение обеспеченности врачами-неонатологами и койками патологии новоро-

жденных и недоношенных детей, а в Северо-Западном федеральном округе обеспеченность врачами будет расти, а обеспеченность койками падать.

5. К 2024 г. ожидается рост обеспеченности врачами-неонатологами во всех субъектах РФ, входящих в состав Северо-Западного региона России, кроме Ненецкого автономного округа и Санкт-Петербурга.

6. Неблагоприятный прогноз обеспеченности койками патологии новорожденных и недоношенных детей в Северо-Западном федеральном округе связан с отрицательной динамикой данных показателей в Ленинградской, Мурманской, Новгородской и Псковской областях и в Ненецком автономном округе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов Д.О. Руководство по перинатологии. СПб.: Информ-Навигатор; 2015.
2. Методическое письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации. Совершенствование трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде. 20 ноября 2014 года N 15-4/10/2-8757. Доступен по: <http://docs.cntd.ru/document/420264566> (дата обращения 7.11.2019).
3. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ»; 2018. Доступен по: <https://mednet.ru/ru/statistika/materinstvo-i-detstvo.html> (дата обращения 7.11.2019).
4. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ»; 2016. Доступен по: http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/materinstvo_i_detstvo/mat_ernity.doc (дата обращения 7.11.2019).
5. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ»; 2014. Доступен по: http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/zabolevayemost_vsego_naseleniya/2010/materinstvo_2014.pdf (дата обращения 7.11.2019).
6. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ»; 2019. Доступен по: https://xn--p1ai/images/materials/statistika/13!_osnovnye_pokazateli_zdorovyya_materi_i_rebenkadeyatelnostj_sluzhby_ohrany_detstva_i_rodovspomozheniya_2018.doc (дата обращения 7.11.2019).
7. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской

- помощи по профилю «неонатология». Доступен по <https://base.garant.ru/70293290/> (дата обращения 7.11.2019).
8. Приказ Министерства труда и социального развития РФ от 14.03.2018 г. № 136н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-неонатолог». Доступен по <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71813372/> (дата обращения 7.11.2019).
 9. Указ Президента РФ «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» от 9 октября 2007 г. N 1351. Доступен по: <https://base.garant.ru/191961/> (дата обращения 7.11.2019).
 10. Харбедия Ш.Д. Стандартизация и статистический учет в здравоохранении. СПб.: Сотис-Мед; 2018.
 11. Харбедия Ш.Д., Алексеева А.В., Родин И.Н., Родина Д.Н. Оценка социальной эффективности деятельности перинатального центра в условиях мегаполиса. В сб. науч. тр.: Проблемы городского здравоохранения. СПб; 2017: 184–7.
 12. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Доступен по: <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения 7.11.2019).
 13. Юрьев В.К., Пузырев В.Г., Глущенко В.А., Моисеева К.Е., Здоровцева Н.В., Харбедия Ш.Д. Экономика здравоохранения. Часть 1. Учебно-методическое пособие. СПбГПМУ; 2015.
 14. Moiseeva K.E., Yuryev V.K., Alekseeva A.V., Glushchenko V.A., Kharbediya Sh.D. Some assessment results of medical care for newborns. Archivos Venezolanos de Farmacologia y Terapeutica. 2019; 39(3): 192–5.

REFERENCES

1. Ivanov D.O. Rukovodstvo po perinatologii. [Guide to Perinatology]. SPb.: Inform-Navigator; 2015. (in Russia).
2. Metodicheskoye pis'mo Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii. Sovershenstvovaniye trekhurovnevoy sistemy okazaniya meditsinskoy pomoshchi zhenschinam v period beremennosti, rodov i v poslerodovom periode. [Improving the three-tier system of medical care for women during pregnancy, childbirth and the postpartum period] dated November 20, 2014 N 15–4 / 10 / 2–8757. Available at: <http://docs.cntd.ru/document/420264566> (accessed 07.11.2019) (in Russia).
3. Osnovnyye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatel'nost' sluzhby okhrany detstva i rodo-vspomozheniya v Rossiyskoy Federatsii. [The main indicators of maternal and child health, the activities of the service of protection of children and obstetric aid in the Russian Federation]. M.: FGBU «TSNIIIOIZ»; 2018. Available at: <http://mednet.ru/ru/statistika/materinstvo-i-detstvo.html> (accessed 07.11.2019). (In Russian).
4. Osnovnyye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatel'nost' sluzhby okhrany detstva i rodo-vspomozheniya v Rossiyskoy Federatsii. [The main indicators of maternal and child health, the activities of the service of protection of children and obstetric aid in the Russian Federation]. M.: FGBU «TSNIIIOIZ»; 2016. Available at: http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/materinstvo_i_detstvo/maternity.doc (accessed 07.11.2019). (In Russian).
5. Osnovnyye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatel'nost' sluzhby okhrany detstva i rodo-vspomozheniya v Rossiyskoy Federatsii. [The main indicators of maternal and child health, the activities of the service of protection of children and obstetric aid in the Russian Federation]. M.: FGBU «TSNIIIOIZ»; 2014. Available at: http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/zabolevaemost_vsego_naseleniya/2010/materinstvo_2014.pdf (accessed 07.11.2019). (In Russian).
6. Osnovnyye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatel'nost' sluzhby okhrany detstva i rodo-vspomozheniya v Rossiyskoy Federatsii. [The main indicators of maternal and child health, the activities of the service of protection of children and obstetric aid in the Russian Federation]. M.: FGBU «TSNIIIOIZ»; 2019. Available at: http://xn--glabaawi6c.xn--p1ai/images/materials/statistika/131_Osnovnyye_pokazateli_zdorovnya_materi_i_rebenkadeyateljnostj_sluzhby_ohrany_detstva_i_oc_201_dov_oc_11_201_ov_oc_11_201_ov_oc_01.jpg (accessed 07.11.2019). (In Russian).
7. Prikaz Minzdrava Rossii ot 15.11.2012 N 921n «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoy pomoshchi po profilyu «neonatologiya». [On Approving the Procedure of November 15, 2012 N 921n for the Provision of Medical Assistance in the Profile of «Neonatology】. Available at <https://base.garant.ru/70293290/> (accessed 07.11.2019). (In Russian).
8. Prikaz Ministerstva truda i sotsial'nogo razvitiya RF ot 14.03.2018 g. № 136n «Ob utverzhdenii professional'nogo standarta «Vrach-neonatolog». [Order of the Ministry of Labor and Social Development of the Russian Federation dated March 14, 2018 No. 136n “On approval of the professional standard «Neonatologist»]. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71813372/> (accessed 07.11.2019). (In Russian).
9. Ukaz Prezidenta RF «Ob utverzhdenii Kontseptsii demograficheskoy politiki Rossiyskoy Federatsii na period do 2025. [On approval of the Concept of demographic policy of the Russian Federation for the period until 2025]. Of October 9, 2007 N 1351 Available at: <https://base.garant.ru/191961/> (accessed 07.11.2019) (in Russia).
10. Harbedija Sh.D. Statisticheskij uchet i standartizacija v zdravooхранении. [Statistical accounting and standardization in health care]. SPb.: Sotis-Med; 2018. (In Russia)
11. Kharbedija Sh.D., Alekseyeva A.V., Rodin I.N., Rodina D.N. Otsenka sotsial'noy effektivnosti deyatel'nosti perinatal'nogo tsentra v usloviyakh megapolisa. [Evaluation

- ation of the social efficiency of the activity of the perinatal center in a megacity]. In: Problemy gorodskogo zdravookhraneniya. SPb.; 2017: 184–7. (in Russian).
12. Federal'nyy zakon ot 21 noyabrya 2011 g. N 323-FZ «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii». [Federal Law of November 21, 2011 N 323-ФЗ «On the Basics of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation»]. Available at: <https://base.garant.ru/12191967/> (accessed 07.11.2019) (in Russia).
13. Yur'yev V.K., Puzyrev V.G., Glushchenko V.A., Moiseyeva K. Ye., Zdorovtseva N.V., Kharbediya Sh.D. Ekonomika zdravookhraneniya. [Ekonomika Health]. Chast' 1: uchebno-metodicheskoye posobiye. SPb.: GPMU; 2015. (in Russian).
14. Moiseeva K.E., Yuryev V.K., Alekseeva A.V., Glushchenko V.A., Kharbediya Sh.D. Some assessment results of medical care for newborns. Archivos Venezolanos de Farmacologia y Terapeutica. 2019; 39 (3): 192–5.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

© Мээрим Муратбековна Орозбекова¹, Ильшат Мухиддинович Юлдашев²,
Наталья Алексеевна Гурьева³

¹ Ошский государственный университет. 723500, Кыргызская Республика, г. Ош, ул. Ленина, д. 331

² Международная высшая школа медицины. 720054, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Интергельпо, 1

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

Контактная информация: Мээрим Муратбековна Орозбекова — преподаватель кафедры стоматологии.
E-mail: oosp@rambler.ru

РЕЗЮМЕ: В стоматологии, так же как и в других отраслях медицины, большинство заболеваний легче предупредить, чем заниматься их лечением, реабилитацией. Несмотря на предпринимаемые усилия в Кыргызской Республике по организации лечения и профилактики кариеса зубов и его осложнений, происходит снижение качества стоматологической помощи, ее доступности, сокращается объем профилактической работы, прежде всего, из-за роста объема лечебной работы и закрытия школьных стоматологических кабинетов. Увеличивается количество осложнений и удаленных постоянных зубов, а также одонтогенных воспалительных заболеваний. В статье представлены данные о проведении и результатах плановых профилактических стоматологических осмотров среди населения Кыргызской Республики и отдельных ее территорий. Стандартные показатели охвата плановыми стоматологическими осмотрами декретированного населения в Республике в целом за период с 2008 по 2018 гг. довольно низкие (в среднем 13,0%), только каждый восьмой житель осматривается стоматологами в рамках планового профилактического осмотра. В разных регионах Республики показатель может отличаться в 1,5–2 раза. Так, в столице, г. Бишкек (12,0%), он практически совпадает с общереспубликанским, а в г. Ош (25%) и Ошской области (20%) выше его. Этот факт объясняется происходящими реформами в национальной системе здравоохранения и отношением населения к государственным медицинским организациям. В ходе профилактических осмотров выявляются лица, нуждающиеся в санации полости рта. В среднем по стране 59,0% населения имеют заболевания, требующие оказания стоматологической помощи. Из них получают эту помощь своевременно 67,0%. При этом показатели нуждающихся в санации и получивших ее имеют отличия в различных территориях Республики.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Кыргызская Республика; стоматологическая помощь; плановые профилактические осмотры.

RESULTS OF PREVENTIVE DENTAL EXAMINATIONS OF THE POPULATION OF THE KYRGYZ REPUBLIC

© Meerim M. Orozbekova¹, Ilshat M. Yuldashev², Natalya A. Gurieva³

¹ Osh State University. 723500, Kyrgyz Republic, Osh, Lenin str., 331

² International Higher School of Medicine. 720054, Kyrgyz Republic, Bishkek, Intergelopo str., 1

³ Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint Petersburg, Russia, 194100

Contact Information: Meerim M. Orozbekova — teacher of the Department of Dentistry. E-mail: oosp@rambler.ru

ABSTRACT: In dentistry, as well as in other branches of medicine, most diseases are easier to prevent than to deal with their treatment and rehabilitation. Despite the ongoing efforts in the

Kyrgyz Republic to organize the treatment and prevention of dental caries and its complications, there is a decrease in the quality of dental care, its availability, and the volume of preventive work, primarily due to the increase in the volume of medical work and the closure of school dental offices. The number of complications and permanent teeth extraction, as well as odontogenic inflammatory diseases increases. The article presents data on the conduct and results of planned preventive dental examinations among the population of the Kyrgyz Republic and its districts. Standard indicators of planned dental examinations coverage of the decreed population in the Republic as a whole for the period from 2008 to 2018 are quite low (on average, 13.0%), only one in eight residents is examined by dentists as part of a planned preventive examination. In different regions of the Republic, the indicator may differ by 1.5–2 times, so in the capital, the city of Bishkek (12.0%), it is almost the same as the national one, and in Osh (25%) and Osh region (20%) it is higher. This fact is explained by the ongoing reforms in the national health system and the attitude of the population to state medical organizations. In the course of routine inspections to identify the individuals in need of sanitation of oral cavity, on average, 59.0% of the population has diseases that require dental care. Of them, 67.0% receive this assistance in a timely manner. At the same time, the indicators of those in need of rehabilitation and those who received it differ in different territories of the Republic.

KEY WORDS: Kyrgyz Republic; dental care; scheduled preventive examinations.

ВВЕДЕНИЕ

Высокая пораженность детского населения кариесом и его осложнениями в большинстве стран обусловлена климатогеографическими особенностями территории проживания, предрасположенностью к его развитию, не соблюдением регулярной гигиены полости рта, а также отсутствием государственных программ профилактики основных стоматологических заболеваний [1, 2, 7]. Организации профилактики стоматологических заболеваний среди детского населения посвящены многочисленные работы [8, 10, 11]. Недостаточная эффективность «традиционных» методов лечения и профилактики кариеса у детей свидетельствует о пробелах в проведении общих и местных лечебно-профилактических мероприятий [3, 6, 13]. Как известно, кариес зубов относится к наиболее распространенным неинфекционным заболеваниям человека. Поражение зубов кариесом начинается в период их прорезывания и характеризуется быстрым прогрессированием [3, 14]. В последние годы отмечается тенденция увеличения в 2,5–3 раза распространенности и интенсивности кариеса зубов у детей младшего возраста (до 3-х лет). Уже в три года у детей поражены в среднем 3–4 зуба и, как следствие, возрастает число тяжелых осложнений [4, 5, 8]. Преждевременное удаление временных зубов является причиной раннего разрушения постоянных зубов, что, в свою очередь, приводит к развитию аномалий и деформаций зубочелюстной системы у детей школьного возраста [1, 7, 13]. Также за-

метно растет число детей с декомпенсированными формами кариеса [5].

Стоматологические заболевания, в свою очередь, приводят к формированию очагов одонтогенной инфекции, которые являются одним из важных факторов в появлении и усугублении течения ряда общесоматических заболеваний [1, 2, 6]. Стоматологический статус является одним из основных показателей общего состояния организма ребенка, и разработка системы мероприятий, направленных на снижение показателей стоматологической заболеваемости, должна быть неотъемлемой частью программ по оздоровлению нации.

Стоматологическая служба Кыргызстана при слабом обеспечении врачебными стоматологическими кадрами, материально-техническими ресурсами и современными технологиями, в ходе проведения реформирования столкнулась со значительными проблемами переходного периода [12]. Эпидемиологическая обстановка в Кыргызской Республике характеризуется высокими уровнями распространенности и интенсивности кариеса зубов, других стоматологических заболеваний, так распространенность кариеса молочных зубов у детей достигала 90,0% и выше. Среди 12-ти летних школьников распространенность кариеса постоянных зубов колеблется от 72,0% до 77,0% [9, 12]. Исследования по изучению распространенности и интенсивности кариеса зубов в Кыргызской Республике показали, что распространенность кариеса в целом по Республике — 77,7%, в г. Бишкек — 80%, в Ошской области — 93%. КПУ у 12-ти летних — 1,75, в г. Бишкек — 2,43, в Ошской области

3,44 [12]. В 2014 г. распространенность кариеса у детей составила 92%, интенсивность кариеса — $5,15 \pm 0,28$ (К — 78,1%; П — 17,5%; У — 4,8%;); кп — 2,3 (к — 2,3; п — 0,01). Распространенность кариеса зубов среди 12-ти летних детей составила 78,7%, индекс нуждаемости в лечении болезней пародонта — 94,0% [9]. Проведение регулярного, основанного на последних достижениях и разработках, медико-эпидемиологического контроля распространенности заболеваний лечебно-профилактических мер позволит эффективно решать вопросы повышения качества проводимых мероприятий по улучшению здоровья населения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать в динамике данные, полученные в ходе проведения плановых профилактических стоматологических осмотров населения Кыргызской Республики в целом и отдельных ее территорий за период 2008–2018 гг.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучены статистические данные Республиканского медико-информационного центра Кыргызской Республики (РМИЦ КР) по проведению профилактических осмотров населения стоматологами, числу нуждающихся в санации полости рта и получивших ее в Кыргызской Республике в целом, в г. Ош и Ошской области. Проведено также сравнение изучаемых показа-

телей с данными г. Бишкек, столицей Кыргызской Республики, расположенной в северной части страны, имеющей климатогеографические отличия от условий г. Ош и Ошской области, расположенных в южном регионе страны. Исследование охватывает 11-летний период с 2008 по 2018 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Плановые профилактические осмотры, выявление нуждающихся в стоматологической помощи, плановая санация зубов и полости рта являются основой профилактической работы в стоматологии и проводятся по методикам, разработанным и соблюдавшимся в обязательном порядке в бывшем союзном государстве.

Статистические данные по охвату плановыми профилактическими осмотрами, выявлению нуждающихся в санации и проведению плановой санации полости рта детей, подростков и взрослого декретированного населения по Кыргызской Республике в 2008–2018 годы представлены в таблице 1.

Анализ результатов исследования показывал, что удельный вес осмотренных детей, подростков и взрослых в Кыргызской Республике в целом за период с 2008 по 2018 гг. колеблется от 11,1% в 2008 г. до 15,5% в 2018 г. Таким образом, показатель охвата плановыми профилактическими осмотрами населения оставался стабильно низким, в среднем 13%. На всем протяжении исследования больше половины осмотренных нуждались в санации полости

Таблица 1

Охват плановыми профилактическими осмотрами, количество нуждавшихся в санации, проведение плановой санации среди населения декретированных возрастов в Кыргызской Республике в 2008–2018 гг.

Годы	Всего осмотрено		Из них нуждались в санации		Проведена плановая санация от числа нуждавшихся	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2008	1922081	11,1	1107119	57,6	839196	75,8
2009	1910101	11,7	1098308	57,5	746849	68,0
2010	2013135	13,5	1223986	60,8	1121171	91,6
2011	2200701	13,6	1346829	61,2	896988	66,6
2012	2204783	12,2	1294208	58,7	812762	62,8
2013	2042083	14,7	1194619	58,5	732301	61,3
2014	1919890	13,6	1153854	60,1	778851	67,5
2015	1988362	12,2	1159215	58,3	737261	63,6
2016	2022846	13,0	1112565	55,0	624149	56,1
2017	2057091	11,9	1236312	60,1	745496	60,3
2018	2063386	15,5	1186447	57,5	812716	68,5

рта, самый низкий процент нуждавшихся в санации отмечался в 2016 г. (55,0%), самый высокий в 2011 г.— 61,2%. Плановая санация была проведена в среднем 67,0% от числа нуждающихся, с наименьшим показателем в 2016 г.— 56,1% и наибольшим в 2010 г.— 91,6%.

При сравнении показателей охвата плановыми профилактическими осмотрами жителей Кыргызской Республики в целом, г. Бишкек, г. Ош и Ошской области, можно отметить тенденцию к росту процента осмотренных в двух последних территориях. Так в г. Ош удельный вес осмотренных в плановом порядке вырос в 1,7 раза с 17,4% в 2008 г. до 28,8% в 2018 г., в Ошской области — в 1,6 раза с 16,6% до 26,5% соответственно. В столице Республики, г. Бишкек, наблюдается волнообразное течение показателя от 8,9% в 2012 г. до 14,6% в 2010 г., однако в 2018 г. по сравнению с 2010 г. охват населения плановыми профилактическими мероприятиями снизился с 12,5% до 10,6%, что в 1,5 раза ниже общереспубликанского показателя (15,5%) (рис. 1). Основными причинами выявленного снижения изучаемого показателя в г. Бишкек, на наш взгляд, являются результаты проводимых реформ в столичных медицинских организациях, более широкое внедрение, по сравнению с другими территориями Республики, частно-государственного партнерства, отказ многих родителей школьников и детей дошкольного возраста от прохождения лечебно-профилактических мероприятий стоматологических заболеваний по государственным программам и включение детей в ведомственные, частные профилактические программы. Также в г. Бишкек большее число стоматологических медицинских организаций и поликлиник переведены на хозрасчетные программы, тогда как в г. Ош и Ошской области (сельской местно-

сти) программа реформирования стоматологической службы еще не получила большого распространения, охват населения, особенно детей и подростков, мероприятиями, предусмотренными государственными страховыми программами, здесь шире.

Одной из основных задач плановых профилактических стоматологических осмотров населения является раннее выявление заболеваний и оценка необходимости в проведении санации полости рта. Статистическая отчетность предусматривает сбор информации о заболеваемости населения кариесом по удельному весу лиц, нуждающихся в санации от общего числа обратившихся. На рисунке 2 представлены данные о доли осмотренных лиц, нуждающихся в санации полости рта, в изучаемых территориях. В среднем за период исследования удельный вес нуждающихся в санации полости рта в г. Бишкек составил 57,0%, что не превышает республиканский и общемировой показатели — 59,0%. Это говорит о том, что распространенность и интенсивность кариеса зубов среди населения г. Бишкек соответствуют общереспубликанским тенденциям.

Несколько иные данные в необходимости санации полости рта получены по Ошской области (68%) и г. Ош (66%), что на 15% и 12% соответственно выше республиканского показателя (59%). Практически на всем протяжении исследования показатели в данных территориях превышали аналогичные в г. Бишкек и Кыргызской Республике в целом. Это, по нашему мнению, связано с климатогеографическими особенностями юга Республики, сочетанием экстремального высокогорья с равнинными местностями, наличием эндемических зон дефицита фтора, йода, других микроэлементов, особенностями питания и др. Также эти отно-

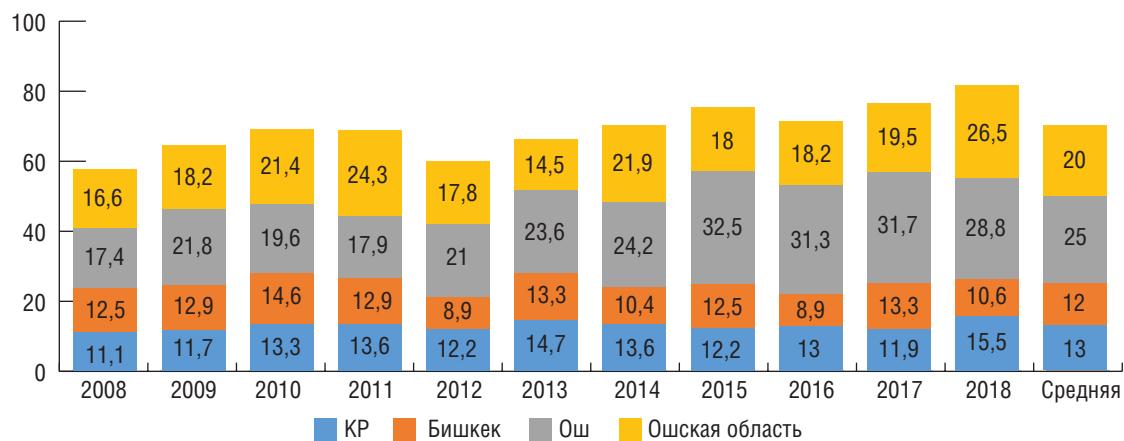


Рис. 1. Удельный вес осмотренных в порядке плановых профилактических осмотров (%)

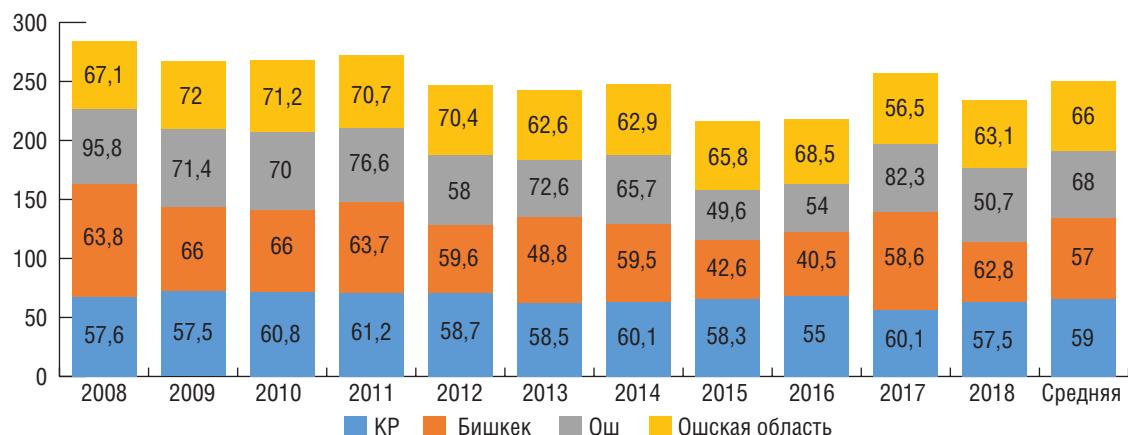


Рис. 2. Удельный вес лиц, нуждавшихся в санации полости рта, в исследуемых территориях в 2008–2018 гг. (%)

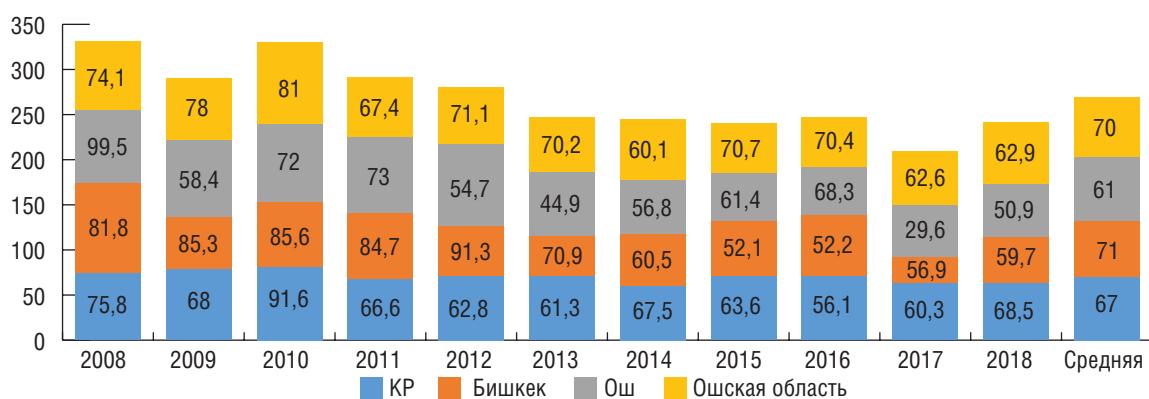


Рис. 3. Удельный вес санированных от числа нуждавшихся в санации полости рта в исследуемых территориях в 2008–2018 гг. (%)

сительные данные согласуются с результатами, ранее проведенных кыргызстанскими учеными эпидемиологических исследований [9, 12].

При изучении качества стоматологической помощи, оказываемой медицинскими организациями стоматологического профиля, анализируется количество санированных от числа нуждавшихся в санации полости рта. Данные в сравниваемых регионах представлены на рисунке 3.

За период исследования как в целом по Кыргызской Республике, так и в отдельных изучаемых территориях отмечается тенденция снижения доли лиц, которым была проведена санация полости рта от числа нуждающихся: в Республике почти на 10,0%, в г. Бишкек на 27,0%, в г. Ош почти на 50,0%, в Ошской области на 15,0%. Если рассматривать усредненные показатели за 11 лет, то общереспубликанский показатель составил 67%, в г. Бишкек он оказался выше — 71%. Это может говорить о том, что стоматологическая помощь населению столицы организована в соответствии с требова-

ниями Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), обеспечивающего финансирование государственных программ в сфере здравоохранения, пусть проводимого и на минимальном от необходимого уровне. Стоматологическая служба в г. Бишкек несколько лучше, чем в других изучаемых территориях, обеспечена кадровыми и материально-техническими ресурсами, имеет отработанные принципы в проведении плановой профилактической работы среди населения. Удельный вес санированных от общего числа нуждающихся, превышающий общереспубликанский, получен и по Ошской области (70%). Но здесь это объясняется финансированием со стороны ФОМС по подушевому принципу приписанного населения. В сельской местности принцип проведения плановой профилактики отработан удовлетворительно и, прежде всего, на данный раздел работы направлены основные потоки финансирования.

Полученные данные о проведенной санации полости рта нуждающимся по результатам про-

филактических осмотров в г. Ош (61%) разнятся с показателями по Республике, по г. Бишкек и по Ошской области. Объясняется это тем, что при распределении финансирования по подушевому принципу значительная его доля поступает в регионы — сельскую местность; городское население получает такой же тип финансирования, однако не отработан механизм финансирования основной медицинской стоматологической организации областного уровня — Ошской областной стоматологической поликлиники (в организации областного уровня ФОМС не предусмотрен подушевой принцип финансирования приписанного населения).

Исследование показало, что в силу организационных, финансовых проблем, низкого доверия родителей государственным медицинским организациям и прочего имеются недостатки в проведении стоматологических лечебно-профилактических мероприятий в Кыргызской Республике.

ВЫВОДЫ:

1. За время исследования показатель охвата плановыми профилактическими осмотрами населения оставался стабильно низким. Удельный вес осмотренных детей, подростков и взрослых в среднем в исследуемых территориях различался в 1,6–2 раза. Так в г. Бишкек за период с 2008 по 2018 гг. он соответствовал общереспубликанскому 12–13%. Показатели по г. Ош (25%) и Ошской области (20%) были выше общенационального и столичного, поскольку в этих регионах шире охват государственными страховыми программами.

2. Доля нуждающихся в санации полости рта по результатам плановых профилактических осмотров превышала общереспубликанский показатель (59%) в Ошской области (68%) и г. Ош (66%). Это, связано с климатогеографическими особенностями юга Республики, сочетанием экстремального высокогорья с равнинными местностями, наличием эндемических зон дефицита фтора, йода, других микроэлементов, особенностями питания и др.

3. Доля санированных от числа нуждающихся в среднем по Республике составила 67,0%. Показатели в Ошской области (70,0%) и в г. Бишкек (71,0%) несколько выше, чем республиканский. Данные о проведении санации полости рта нуждающимся в г. Ош (61%) ниже показателей по Республике и другим исследуемым территориям, что объясняется проблемами реформирования здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бильщук Л.Н. Распространенность и интенсивность кариеса у детей, проживающих в зоне гипофтороза. Вестник стоматологии. 2015; 3(92): 74–7.
2. Гуленко О.В. Генетическая детерминация кариеса зубов у детей с врожденными пороками развития ЦНС. Успехи современной науки и образования. 2016; 3(6): 51–63.
3. Леонтьев В.К. Эмаль зубов как биокибернетическая система. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
4. Леус П.А., Матвеев А.М. Использование Европейских индикаторов стоматологического здоровья для мониторинга системы стоматологической помощи населению. Dental Forum. 2014; 1: 21–6.
5. Маслак, Е.Е., Онищенко Л.Ф., Хмызова Т.Г., Огонян Е.А., Гоменюк Е.В. Кариес зубов и уровень стоматологической помощи у двенадцатилетних детей Волгограда (1981–2015 гг.). Волгоградский научно-медицинский журнал. 2016; 3: 5–7.
6. Скрипкина Г.И., Митяева Т.С. Микробиологические аспекты прогнозирования кариеса зубов у детей. Стоматология детского возраста и профилактика. 2015; 4(55): 11–6.
7. Супиев Т.К., Мамедов А.А., Негаметзянов Н.Г. Врожденная расщелина верхней губы и неба. Алматы; 2013.
8. Уолш, Л.Д. Современное состояние средств реминерализации эмали. Стоматология детского возраста и профилактика. 2016; 1: 23–4.
9. Чолокова Г.С. Клинико-эпидемиологическое обоснование Национальной программы профилактики стоматологических заболеваний у детей и школьников в Кыргызской Республике. Дис. ... докт. мед. наук. Бишкек; 2014.
10. Чолокова Г.С., Юлдашев И.М., Калбаев А.А., Эснаманова Р.А., Масаева Р.А. Определение фтора в питьевой воде в Кыргызской Республике. Актуальные проблемы современной науки. 2019; 2: 218–21.
11. Шеловских М.В. Обоснование системы гигиенических мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний у различных групп населения. Дис... канд. мед. наук. М.; 2009.
12. Юлдашев И.М. Парадигмы оптимизации стоматологической помощи жителям сельских регионов в контексте формирования системы общественного здравоохранения в Кыргызской республике. Дис...докт. мед. наук. Бишкек; 2007.
13. Kozhabekov Y.M., Supiyev T.K. Dental status of children with cleft lip and palate of preschool age. Life Science J. 2014; 11(4s): 282–5. Доступен по: <https://www.researchgate.net/publication/11115307>. (дата обращения 15.01.2020).
14. Wyne A.H. Caries prevalence, severity and pattern in pre-school children. J. Contemporary Dental Practice. 2008; 9 (1): 24–31. Доступен по: <https://pdfs.semanticscholar.org>. (дата обращения 15.01.2020).

REFERENCES

1. Bil'shchuk L.N. Rasprostranennost' i intensivnost' kariesa u detey, prozhivayushchikh v zone gipoftoroza. [The prevalence and intensity of dental caries in children living in the area of hipotenusa]. *Vestnik stomatologii*. 2015; 3(92): 74–7. (in Russia).
2. Gulenko O.V. Geneticheskaya determinatsiya kariesa Zubov u detey s vrozhdennymi porokami razvitiya TsNS. [Genetic determination of dental caries in children with congenital malformations of the Central Nervous System]. *Uspekhi sovremennoy nauki i obrazovaniya*. 2016; 3(6): 51–63. (in Russia).
3. Leont'ev V.K. Emal' Zubov kak biokiberneticheskaya sistema. [Tooth enamel as a bio-cybernetic system]. M.: GEOTAR-Media; 2016. (in Russia).
4. Leus P.A., Matveev A.M. Ispol'zovanie Evropeyskikh indikatorov stomatologicheskogo zdorov'ya dlya monitoringa sistemy stomatologicheskoy pomoshchi nasele-niyu. [Use of European dental health indicators for monitoring the system of dental care for the population Dental Forum]. 2014; 1: 21–6. (in Russia).
5. Maslak E.E., Onishchenko L.F., Khmyzova T.G., Ogonyan E.A., Gomenyuk E.V. Karies Zubov i uroven' stomatologicheskoy pomoshchi u dvenadtsatiletnikh detey Volgograda (1981–2015 gg.) [Dental caries and the level of dental care in twelve-year-old children of Volgograd (1981–2015)]. *Volgogradskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal*. 2016; 3: 5–7. (in Russia).
6. Skripkina G.I., Mityaeva T.S. Mikrobiologicheskie aspekty prognozirovaniya kariesa Zubov u detey. [Microbiological aspects of predicting dental caries in children]. *Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika*. 2015; 4(55): 11–6. (in Russia).
7. Supiev T.K., Mamedov A.A., Negametzyanov N.G. Vrozhdennaya rasschelina verkhney guby i neba. [Congenital cleft of the upper lip and palate]. Almaty; 2013. (in Russia).
8. Uolsh L.D. Sovremennoe sostoyanie sredstv remineralizatsii emali. [The current state of the means of remineralization of enamel]. *Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika*. 2016; 1: 23–4. (in Russia).
9. Cholokova G.S. Kliniko-epidemiologicheskoe obosnovanie Natsional'noy programmy profilaktiki stomatologicheskikh zabolevaniy u detey i shkol'nikov v Kyrgyzskoy Respublike. [Clinical and epidemiological justification of the National program for the prevention of dental diseases in children and schoolchildren in the Kyrgyz Republic]. Dis. ... dokt. med. nauk. Bishkek; 2014. (in Russia).
10. Cholokova G.S., Yuldashev I.M., Kalbaev A.A., Esenamanova R.A., Masaeva R.A. Opredelenie ftora v pit'evoy vode v Kyrgyzskoy Respublike. [Determination of fluoride in drinking water in the Kyrgyz Republic]. *Aktual'nye problemy sovremennoy nauki*. 2019; 2: 218–21. (in Russia).
11. Shelovskikh M.V. Obosnovanie sistemy gigienicheskikh meropriyatiy po profilaktike stomatologicheskikh zabolevaniy u razlichnykh grupp naseleniya. [Justification of the system of hygienic measures for the prevention of dental diseases in various population groups]. Diss... kand. med. nauk. M.; 2009. (in Russia).
12. Yuldashev I.M. Paradigmy optimizatsii stomatologicheskoy pomoshchi zhityam sel'skikh regionov v kontekste formirovaniya sistemy obshchestvennogo zdravookhraneniya v Kyrgyzskoy respublike. [Paradigms for optimizing dental care for rural residents in the context of the formation of the public health system in the Kyrgyz Republic]. Dis... dokt. med. nauk. Bishkek; 2007. (in Russia).
13. Kozhabekov Y.M., Supiyev T.K. Dental status of children with cleft lip and palate of preschool age. *Life Science J.* 2014; 11(4s): 282–5. Available at: <https://www.researchgate.net/publication/11115307>. (accessed 15.01.2020).
14. Wyne A.H. Caries prevalence, severity and pattern in pre-school children. *J. Contemporary Dental Practice*. 2008; 9 (1): 24–31. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org>. (accessed 15.01.2020).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИБРОЛАРИНГОСКОПИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ

© Павел Владимирович Павлов, Надежда Анатольевна Медведева

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

Контактная информация: Надежда Анатольевна Медведева — к.м.н., врач оториноларинголог консультативно-диагностического центра. E-mail: NadezhdaMed@mail.ru

РЕЗЮМЕ: Одним из основных симптомов патологии гортани является стридор. Стридор — наиболее частый симптом патологии верхних дыхательных путей, встречается у 74 до 100% детей с врожденной патологией гортани, при этом, как правило, он встречается с рождения. В эпоху эндоскопического оборудования одним из методов диагностики, которые можно выполнить амбулаторно, без дополнительной госпитализации, является фиброларингоскопия. Данная методика, помимо рентгенологических и лабораторных методов, позволяет быстрее поставить диагноз и сократить сроки обследования, а при необходимости в более короткие сроки отправить на дальнейшее стационарное дообследование и лечение у детей с тяжелыми пороками развития, требующих хирургического лечения и других методов диагностики. Из обследованных больных в консультативно-диагностическом центре (КДЦ) Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ), обследованных с июня по декабрь 2019 года, в возрасте до 2 лет преобладала ларингомаляция (77%), в возрасте от 2 до 12 лет преобладали хронический ларингит (36%) и узелки голосовых складок (36%), старше 12 лет хронический ларингит (25%) и мутационная дисфония (37%).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: врожденные пороки развития гортани; дисфония; фиброларингоскопия; дети.

THE USAGE OF FIBROLARYNGOSCOPY IN THE OUTPATIENT SERVICE FOR DIAGNOSIS OF LARYNGEAL PATHOLOGY IN CHILDREN

© Pavel V. Pavlov, Nadezhda A. Medvedeva

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

Contact information: Nadezhda A. Medvedeva — MD, PhD, otolaryngologist of the consultative and diagnostic center. E-mail: NadezhdaMed@mail.ru

ABSTRACT: One of the main symptoms of laryngeal pathology is stridor. Stridor is the most common symptom of upper respiratory tract pathology, occurring in 74 to 100% of children with congenital laryngeal pathology, and, as a rule, it is diagnosed soon after birth. In the era of endoscopic equipment, one of the diagnostic methods that can be performed on an outpatient basis, without additional hospitalization, is fibrolaryngoscopy. This technique, in addition to x-ray and laboratory methods, allows to quickly make a diagnosis and reduce the time of examination, and if necessary, in a shorter time to send a patient for further inpatient follow-up examination and treatment. This applies to more severe malformations that require surgical treatment and other diagnostic methods

used. From June to December 2019, laryngomalacia (77%) prevailed among the examined patients at the Paediatric University CDC (77%), chronic laryngitis (36%) and vocal fold nodules (36%) prevailed at the age of 2 to 12 years, chronic laryngitis (25%) and mutational dysphonia (37%) prevailed at the age of 2 to 12 years.

KEY WORDS: congenital malformations of the larynx, dysphonia, fibrolaryngoscopy, children.

ВВЕДЕНИЕ

В литературе ряд авторов указывают [10, 11, 13] на такие проблемы, как недостаточно серьезное отношение врачей амбулаторного звена к врожденному стридору, аспирации, дисфонии, недостаточную оснащенность ЛОР-кабинетов, недостаточное количество персонала. Это затрудняет своевременную диагностику патологии гортани, как врожденную, так и приобретенную. Из всего спектра детей, обращающихся за помощью к ЛОР-врачу, у 20% выявляется патология гортани [5, 6, 16]. При этом спектр патологий чрезвычайно различен. Среди врожденных пороков развития гортани преобладают тканевые (83,1%), органные (3,9%), врожденные опухоли (6,5%), нейрогенные пороки (6,5%) [14, 15]. Самым частым пороком гортани является ларингомаляция [3, 8, 9]. Как правило, дети с данной патологией требуют амбулаторного динамического наблюдения, и к возрасту 12–24 месяцев (в среднем 12–18), клинические проявления полностью регressируют [1, 2, 5]. Частота обращений к оториноларингологу пациентов с диагнозом направления «стридор» составляет от 10–20% [4, 7]. Стридор — это грубый различного тона звук, вызванный турбулентным воздушным потоком при прохождении через суженный участок дыхательных путей. Как правило, дети с данным симптомом направляются педиатром для уточнения диагноза.

В эпоху эндоскопического прогресса детям в составе обследования при подозрениях на патологию гортани требуется выполнение фиброларингоскопии. Данный метод позволяет амбулаторно выполнить исследование детям в любой возрастной категории и дать рекомендации родителям после выполнения исследования. Однако амбулаторно выполнить данное исследование возможно не во всех амбулаторных учреждениях, что часто затрудняет своевременную точную амбулаторную диагностику.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить структуру патологии гортани у детей в возрасте от 0 до 18 лет, которые обратились в консультативно-диагностический центр (КДЦ) Санкт-Петербургского государственного

педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ) с июня по декабрь 2019 года, а также оценить в динамике выявленную патологию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С июня 2019 года по декабрь 2019 года в КДЦ Педиатрического университета обратилось 48 пациентов по направлению из поликлиники и 17 пациентов по направлению других специалистов центра с патологией гортани. Всем детям помимо стандартного осмотра выполнялась фиброларингоскопия гибким эндоскопом фирмы Riester с диаметром 32 мм с помощью видеосистемы фирмы Азимут. Процедура выполнялась натощак, без явлений острого респираторного заболевания. По показаниям выполнялось дополнительно исследование КОС (газовый состав) крови, рентгенография органов шеи и грудной клетки. Фиброларингоскопия имеет ряд преимуществ, среди которых выполнение исследования в амбулаторных условиях без предварительной подготовки. Исследование выполняется после предварительной анемизации и аппликационной анестезии раствора Лидокаина 2% через любую половину носа. После проведения эндоскопа через полость носа и глотку эндоскоп устанавливается над входом в гортань. Оцениваются основные ориентиры гортани: цвет слизистой оболочки, подвижность структур гортани, просвет гортани, симметричность движения при фонации, состояние голосовых складок, подголосовой отдел, фонаторная функция.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

В возрастной категории от 1 месяца до 2 лет обследован 31 ребенок. Из них у 22 пациентов выявлены признаки ларингомаляции, не проявляющиеся признаками дыхательной недостаточности и нуждающиеся в амбулаторном динамическом наблюдении. Пациентам рекомендован осмотр в динамике через 3 и 6 месяцев. В ходе наблюдения у 18 детей явления инспираторного стридора уменьшились. 2 пациента направлены сразу после выполнения первого исследования для дообследования в клинику СПбГПМУ с диагнозом ларинготрахеомаляция и

трахеопищеводный свищ. У 2 пациентов явления ларингомаляции сохранялись без ухудшения. У остальных 7 пациентов данной возрастной группы патологии гортани не выявлено.

В возрасте от 2 до 6 лет осмотрено 11 детей, с 6 до 12 лет 16 детей, с 12 до 17 лет 11 мес. 8 детей. Спектр патологии у детей после 2 лет указан в таблице № 1.

Как правило, дети от 2 до 12 лет обращались по поводу охриплости или осиплости, однако около 10% пациентов были направлены смежными специалистами КДЦ в виду затяжного кашля или с диагнозом аллергический трахеобронхит в виду невозможности добиться купирования симптомов заболевания.

В возрастной группе от 2 до 6 лет у 2 пациентов, которые обратились по поводу охриплости, выявлены признаки ларингомаляции, у 4 признаки хронического ларингита, у 4 узелки крикунов, и у одного пациента выраженная пахидермия межчелюстной области. Пациентам были даны рекомендации по лечению в зависимости от находок. Также в зависимости от выявленной патологии пациенты были про-консультированы смежными специалистами КДЦ (аллерголог, гастроэнтеролог, невролог). Все пациенты данной возрастной группы продолжают амбулаторное наблюдение в поликлинике по месту жительства и в КДЦ Педиатрического Университета.

В возрастной группе 6–12 лет осмотрено 16 детей. Из них у 5 пациентов выявлены признаки хронического ларингита, у 1 ребенка в возрасте 11 лет выявлены проявления мутационной дисфонии, у 5 детей узелки крикунов, у 3 детей признаки хронического ларингита с выраженным признаками гастроэзофагальной рефлюксной болезни, и у 2 па-

циентов выявлены признаки дисфонии. Эти дети направлены вокальными педагогами из музыкальных школ для дообследования. Анатомических изменений гортани у этих детей не выявлено.

В возрастной группе от 12 до 18 лет осмотрено 8 детей: Из них диагноз хронического ларингита установлен у 2 детей, узелки истинных голосовых складок у 1 ребенка, мутационная дисфония наблюдалась у 3 детей. Как правило, эти дети также были направлены из музыкальных учреждений в виду ухудшения вокальных данных. У 2 пациентов выявлена психогенная дисфония. При осмотре у этих детей патологии гортани выявлено не было. Даные дети направлены на консультации смежных специалистов — психолога, невролога, эндокринолога.

ВЫВОДЫ

1. Проведение своевременной диагностики пациентам с патологией гортани и лечения позволяет правильно выбрать лечебно-диагностическую тактику и уменьшить сроки диагностики и лечения.

2. У всех детей с подозрениями на патологию гортани на амбулаторном этапе должна выполняться помимо принятых методов обследования фиброларингоскопия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Л.Б., Павлов П.В., Захарова М.Л. Стандартизация обследования новорожденных и детей грудного возраста с кистозной дисплазией гортани. Материалы IV Петербургского форума оториноларингологов России. СПб.; 2015: 35–9.

Таблица 1

Распределение выявленной патологии у детей в разных возрастных группах (количество детей)

Патология гортани	Возрастные группы				
	0–2 года	2–6 лет	6–12 лет	12–18 лет	Итого
Ларингомаляция	22	2	0	0	24
Хронический ларингит	0	4	5	2	11
Узелки крикунов	0	4	5	1	10
Мутационная дисфония	0	0	1	3	4
Патологии гортани не выявлено	7	0	0	0	7
Косвенные признаки гастро-эзофагальной рефлюксной болезни	0	1	3	0	4
Другая патология	2	0	2	2	6
Итого	31	11	16	8	65

2. Алексеева Л.Б., Павлов П.В., Захарова М.Л. Хирургическая тактика при лечении кист гортани у детей. Российская оториноларингология. 2016; 81(2): 9–17.
3. Захарова М.Л., Павлов П.В., Алексеева Л.Б. Врожденная киста гортани у младенца. Российская оториноларингология. 2016; 80(1): 117–20.
4. Захарова М.Л., Павлов П.В. Кисты гортани у детей. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2014; 20(3): 86–7.
5. Захарова М.Л., Павлов П.В. Структура врожденных пороков развития гортани у детей. Материалы V Петербургского форума оториноларингологов России и IV всерос. конгр. по слуховой имплантации с международным участием. СПб.; 2016: 49–50.
6. Захарова М.Л., Павлов П.В. Врожденные пороки развития гортани у детей, опыт Санкт-Петербургского государственного медицинского педиатрического университета. Российская оториноларингология. 2017; 1(86): 31–5.
7. Захарова М.Л. Врожденный стридор: алгоритм диагностики. Учебно-методическое пособие. СПб.: Издание СПбГПМУ; 2017.
8. Захарова М.Л., Павлов П.В., Кузнецова А.А., Рачкова К.К. Клиническое наблюдение тяжелого течения ларингомаляции у грудного ребенка. Педиатр. 2018; 9(2): 91–5.
9. Захарова М.Л., Павлов П.В. Оптимизация лечебно-диагностической тактики при врожденных пороках развития гортани у детей. Детская медицина Северо-Запада. 2018; 7(1): 124.
10. Иванов Д.О., Орел В.И. Современные особенности здоровья детей мегаполиса. Медицина и организация здравоохранения. 2016; 1: 6–11.
11. Кукушкина О.Е., Захарова М.Л., Алексеева Л.Б. Клиническое наблюдение врожденной кисты гортани у младенца. В кн.: Вековые традиции и современные достижения в оториноларингологии детского возраста. Материалы VI Петербургского форума оториноларингологов России. СПб.; 2016: 30–1.
12. Курanova Л.Б., Бреусенко Д.В., Захарова М.Л. Метаанализ пренатальной диагностики врожденных пороков развития верхних дыхательных путей. Педиатр. 2018; 9(2): 36–40.
13. Лапина А.С., Демикова Н.С. Врожденные пороки развития в регионах Российской Федерации. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2012; 2: 91–8. Доступен по: <https://rucont.ru/efd/521598>. (дата обращения 20.01.2020)
14. Марасина А.В., Захарова М.Л., Павлов П.В., Саулина А.В., Мостовой А.В., Карпова А.Л., Алексеева Н.П., Иевков С.А. Левосторонний парез гортани у недоношенных детей после хирургического лечения открытого артериального протока. Педиатр. 2014; 5(1): 26–31.
15. Павлов П.В., Захарова М.Л., Корниевский Л.А. Современные аспекты ларинготрахеальной реконструкции у детей. Педиатр. 2017; 8(S1): 251.
16. Цветков Э.А., Захарова М.Л., Павлов П.В. Щадящая трахеотомия у детей грудного возраста. Российская оториноларингология. 2003; 7(4): 195–7.

REFERENCES

1. Alekseeva L.B., Pavlov P.V., Zakharova M.L. Standartizatsiya obsledovaniya novorozhdennykh i detey grudnogo vozrasta s kistoznoy displaziey gortani. [Standardization of examination of newborns and infants with cystic laryngeal dysplasia]. Materialy IV Peterburgskogo foruma otorinolaringologov Rossii. SPb.; 2015: 35–9. (in Russian).
2. Alekseyeva L.B., Pavlov P.V., Zakharova M.L. Khirurgicheskaya taktika pri lechenii kist gortani u detey. [Surgical tactics in the treatment of laryngeal cysts in children]. Russian otorhinolaryngology. 2016; 81(2): 9–17. (in Russian).
3. Zakharova M.L., Pavlov P.V., Alekseeva L.B. Vrozhdenaya kista gortani u mladentsa [Congenital laryngeal cyst in an infant]. Russian otorhinolaryngology. SPb.: 2016; 80(1): 117–20. (in Russian).
4. Zakharova M.L., Pavlov P.V. Kisty gortani u detey. [Laryngeal cysts in children]. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2014; 20(3): 86–7. (in Russian).
5. Zakharova M.L., Pavlov P.V. Struktura vrozhdennykh porokov razvitiya gortani u detey. [Structure of congenital malformations of the larynx in children]. Materialy V Peterburgskogo foruma otorinolaringologov Rossii i IV vseros. kongr. po slukhovoy implantatsii s mezhdunarodnym uchastiem. SPb.; 2016: 49–50. (in Russian).
6. Zakharova M.L., Pavlov P.V. Vrozhdenyye poroki razvitiya gortani u detey, opyt Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo meditsinskogo pediatriceskogo universiteta. [Congenital malformations of the larynx in children, experience of the Saint Petersburg state medical pediatric University]. Russian otorhinolaryngology. 2017; 1(86): 31–5. (in Russian).
7. Zakharova, M.L. Vrozhdenyy stridor: algoritm diagnostiki. [Innate stridor: diagnostic algorithm]. Uchebno-metodicheskoye posobiye. SPb.: Izdanie SPbGPMU; 2017.
8. Zakharova M.L., Pavlov P.V., Kuznetsova A.A., Rachkova K.K. Klinicheskoe nablyudenie tyazhelogo techeniya laringomalyatsii u grudnogo rebenka. [Clinical observation of severe laryngomalacia in an infant]. Pediatrician. 2018; 9(2): 91–5. (in Russian).
9. Zakharova M.L., Pavlov P.V. Optimizatsiya lechebno-diagnosticheskoy taktiki pri vrozhdennykh porokakh razvitiya gortani u detey. [Optimization of therapeutic and diagnostic tactics for congenital malformations of the larynx in children]. Children's medicine of the North-West. 2018; 7(1): 124. (in Russian).

10. Ivanov D.O., Orel V.I. Sovremennye osobennosti zdorov'ya detey megapolisa. [The modern features of health of children of the metropolis]. Medicine and health care organization. 2016; 1: 6–11. (in Russian).
11. Kukushkina O.E., Zakharova M.L., Alekseeva L.B. Klinicheskoe nablyudenie vrozhdennoy kisty gortani u mladentsa. [Clinical observation of a congenital laryngeal cyst in an infant]. In: Vekovye traditsii i sovremennye dostizheniya v otorinolaringologii detskogo vozrasta. Materialy VI Peterburgskogo foruma otorinolaringologov Rossii. SPb.: 2016: 30–1. (in Russian).
12. Kuranova L.B., Breusenko D.V., Zakharova M.L. Meta-analiz prenatal'noy diagnostiki vrozhdennykh porokov razvitiya verkhnikh dykhatel'nykh putey. [Meta-analysis of prenatal diagnostics of congenital malformations of the upper respiratory tract]. Pediatrician. 2018; 9(2): 36–40. (in Russian).
13. Lapina A.S. Vrozhdennyye poroki razvitiya v regionakh Rossiyskoy Federatsii. Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii. [Congenital malformations in the regions of the Russian Federation. Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics]. 2012; 2: 91–8. Available at: <https://rucont.ru/efd/521598>. (accessed 20.01.2020) (in Russian).
14. Marasina A.V., Zakharova M.L., Pavlov P.V., Saulina A.V., Mostovoy A.V., Karpova A.L., Alekseeva N.P., Ievkov S.A. Levostoronnii parez gortani u nedonoshennykh detey posle khirurgicheskogo lecheniya otkrytogo arterial'nogo protoka. [Left-sided laryngeal paresis in premature infants after surgical treatment of an open arterial duct]. Pediatrician. 2014; 5(1): 26–31. (in Russian).
15. Pavlov P.V., Zakharova M.L., Kornievsy L.A. Sovremennye aspeky laringotrakheal'noy rekonstruktsii u detey. [Modern aspects of laryngotracheal reconstruction in children]. Pediatrician. 2017; 8(S1): 251. (in Russian).
16. Tsvetkov E.A., Zakharova M.L., Pavlov P.V. Shchadashchaya trakheotomiya u detey grudnogo vozrasta. [Sparing tracheotomy in infants. Russian otorhinolaryngology]. 2003; 7(4): 195–7. (in Russian).

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ — БУДУЩИХ ПЕДИАТРОВ

© Марина Сергеевна Ширшикова

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

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

РЕЗЮМЕ: В статье поднимаются вопросы состояния здоровья студентов — будущих педиатров. Представлены результаты исследования, доказывающие наличие влияния процесса обучения в медицинском вузе на состояние здоровья студентов — будущих педиатров. Для оценки состояния здоровья студентов использовались методы: контент-анализ, анкетирование, экспертная оценка и графико-аналитический методы. Была разработана специальная программа комплексного медико-социального исследования и дана комплексная медико-социальная оценка состояния здоровья студентов — будущих педиатров. Полученные данные свидетельствуют об ухудшении состояния здоровья студентов уже с переходом на старшие курсы: к четвертому курсу наблюдается ухудшение здоровья на 23%, а к шестому курсу — на 43%. Естественно, все это оказывает влияние на медико-социальную характеристику будущих педиатров. Поэтому требуется разработка комплекса мер медико-социального характера, направленных на улучшение их состояния здоровья.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: здоровье студентов; оценка состояния здоровья; лечебно-профилактическая помощь; медико-социальная характеристика; будущие педиатры; образ жизни.

HEALTH OF STUDENTS – FUTURE PEDIATRICIANS

© Marina S. Shirshikova

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

Contact information: Marina S. Shirshikova — senior lecturer chair, the Department of Humanitarian Disciplines and Bioethics. E-mail: vic.shir@mail.ru

ABSTRACT: The article raises questions about the health status of students — future pediatricians and factors that influence this process. The results of the study are presented, which prove the influence of the academic process in a medical university on the health status of students — future pediatricians. To assess students' health status, the following methods were used: content analysis, questionnaires, expert assessment, and graphical and analytical methods. A special program of comprehensive medical and social research was developed and a comprehensive medical and social assessment of the health status of students — future pediatricians was given. The data obtained indicate a deterioration in the health status of students already while the transition to senior courses: by the fourth year, health is worsened by 23%, and by the sixth year — by 43%. Naturally, all this affects the medical and social characteristics of future pediatricians. Therefore, it is necessary to develop a set of measures of a medical and social nature aimed at improving their health status.

KEY WORDS: students' health; health assessment; preventive care; medical and social characteristics; future pediatricians, lifestyle.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования определяется необходимостью решения одной из приоритетных задач Концепции демографической

политики Российской Федерации на период до 2025 года — это укрепление здоровья населения и создания условий для ведения здорового образа жизни [8]. Состояние здоровья студентов, как и населения в целом является важным

индикатором общественного развития, отражающим социально-экономическое благополучие страны.

Здоровью молодежи уделяется особое внимание учеными разных стран. Молодежная стратегия Организации Объединенных Наций «Молодежь 2030» ставит приоритетную задачу: «Заложить основы информированности и здоровья: оказывать молодежи поддержку в получении более широкого доступа к качественному образованию и медицинскому обслуживанию» [13]. В каждой стране охрана здоровья граждан представляет собой комплекс мер, осуществляемых органами государственной власти и местного самоуправления, а также самими гражданами «в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни», предоставления медицинской помощи [9, 14, 17].

В настоящее время многие исследователи отмечают резкое ухудшение состояния здоровья студентов уже с переходом на старшие курсы: к четвертому курсу наблюдается ухудшение здоровья на 23%, а к шестому курсу — на 43% [1, 2, 5, 6, 7, 11, 15]. Такие показатели как: рост заболеваемости, количество студентов, состоящих на диспансерном учете, приводят к уменьшению эффективности учебной, а впоследствии и профессиональной деятельности [5, 6, 7, 11].

Решение данной проблемы возможно только при организации постоянного контроля за здоровьем и усовершенствовании лечебно-профилактической помощи студентам [1, 2, 10]. Однако такие мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья студентов, сталкиваются с рядом трудностей, таких как специфичность и широта данной социальной группы (направленность учебного учреждения, срок, форма обучения и т.д.); зависимость факторов риска от региональных условий; труднодоступность официальной статистики и др. [3, 9, 12, 16, 17].

С одной стороны, это не позволяет своевременно выявлять факторы риска как общие (для всех студентов) так и специфические (например, для студентов медицинского вуза), как и особенности социально-гигиенических, медико-биологических характеристик, непосредственно влияющих на состояние здоровья студентов. С другой стороны, это не позволяет дать научно обоснованную медико-социальную оценку состоянию здоровья, условий и образа жизни студентов, определить состояние и пути совершенствования организации лечебно-профилактической

помощи студентам конкретного высшего учебного заведения. В частности, проведения комплексных исследований, включающих условия, образ жизни, здоровье, организацию лечебно-профилактической помощи студентам Санкт-Петербургского педиатрического университета.

Таким образом, проблема сохранения и укрепления здоровья студентов как будущих педиатров, является актуальной в настоящее время. Однако комплексного исследования, который бы включал здоровье, условия, образ жизни студентов, а также организацию лечебно-профилактической помощи студентам медицинского вуза Северо-Западного региона до настоящего времени не проводилось, чем и обусловлена актуальность и значимость данного исследования.

Цель исследования — дать комплексную медико-социальную оценку состояния здоровья студентов медицинского вуза для разработки рекомендации медико-социального характера, направленных на совершенствование организации лечебно-профилактической помощи студентам — будущим педиатрам.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в 2019 г. на базе Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета и включало три этапа.

На первом этапе для изучения особенностей медико-социальной характеристики студентов была разработана специальная анонимная анкета «Образ жизни и здоровье студентов». Раздел, изучающий состояние здоровья студентов, включал вопросы: как студент оценивает состояние своего здоровья; часто ли болеет респираторными заболеваниями; как часто обращается в медицинские учреждения и куда (студенческий медицинский пункт, студенческую поликлинику, другие медицинские учреждения); отмечает ли студент ухудшение своего здоровья (причины ухудшения); считает ли, что учеба в университете негативно сказывается на его здоровье.

В ходе исследования было проанкетировано 750 студентов I, IV, VI курсов (в среднем по 250 человек на каждом курсе), что составило 19,7% от общего количества студентов университета, обучающихся по дневной форме обучения. Среди обследованных было 18,1% мужчин и 81,9% женщин в возрасте от 16 до 37 лет, средний возраст всех студентов составил 26,5 лет. Распределение обследуемых студентов по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение обследуемых студентов по возрасту и полу (абс.)

Курс	Всего	В том числе:		Возраст
		Мужчины	Женщины	
I	296	57	—	17–25
		—	239	16–24
IV	333	52	—	20–28
		—	281	19–37
VI	121	27	—	23–25
		—	94	21–28
Итого:	750	136	614	26,5

Второй этап исследования включал объективную оценку состояния здоровья студентов. Отчетная форма о проведении медицинского осмотра студентов позволила получить сводную информацию о студентах по курсам: пол, наличие хронических заболеваний, распределение по группам здоровья, диспансерный учет. В итоге было проанализировано 1050 медицинских карт (в среднем по 350 карт студентов I, IV, VI курсов): 30,2% мужчин и 69,8% женщин. Распределение обследуемых студентов по курсу и полу представлено в таблице 2.

На третьем этапе с целью оценки состояния лечебно-профилактической помощи студентам в условиях СПбГПМУ была проанализирована документация студенческого медицинского пункта за 2018 г.

Таблица 2

Распределение обследуемых студентов по курсу и полу (абс.)

Курс	Всего	В том числе:	
		Мужчины	Женщины
I	609	219	390
IV	276	62	214
VI	165	36	129
Итого:	1050	317	733

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Самооценка здоровья студентов показала, что: 56,1% опрошенных студентов оценивают свое здоровье как хорошее; 31,3% — как удовлетворительное; и всего 8,9% студентов оценивают свое здоровье как отличное; 3,7% студентов оценивают свое здоровье как плохое. К VI курсу наблюдается тенденция уменьшения доли студентов, оценивающих свое здоровье как «отличное»: среди мужчин до 7,4%, среди женщин до 5,3%. Соотношение обследуемых студентов по оценке своего здоровья в зависимости от курса и пола (%) представлено на рисунке 1.

Анализ ответов также показал, что: 62,8% студентов редко болеют респираторными заболеваниями; 30,5% студентов болеют респираторными заболеваниями 3–4 раза в год; 6,7% студентов болеют респираторными заболеваниями более 5 раз в год. К IV курсу наблюдается динамика уменьшения доли редко болею-

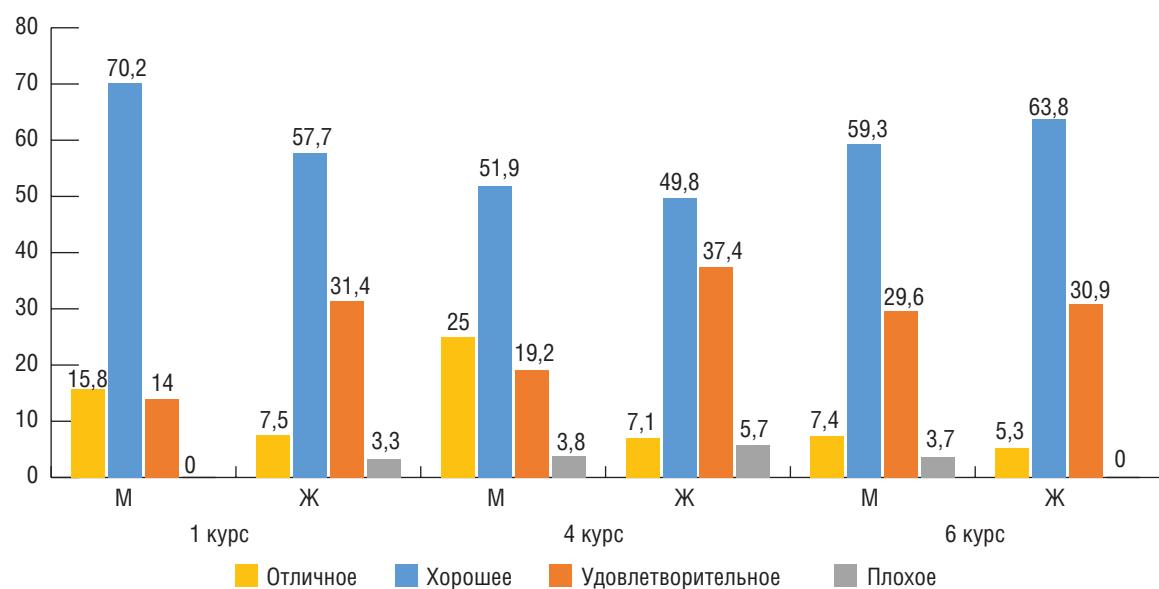


Рис. 1. Соотношение студентов по оценке своего здоровья в зависимости от курса и пола (%)

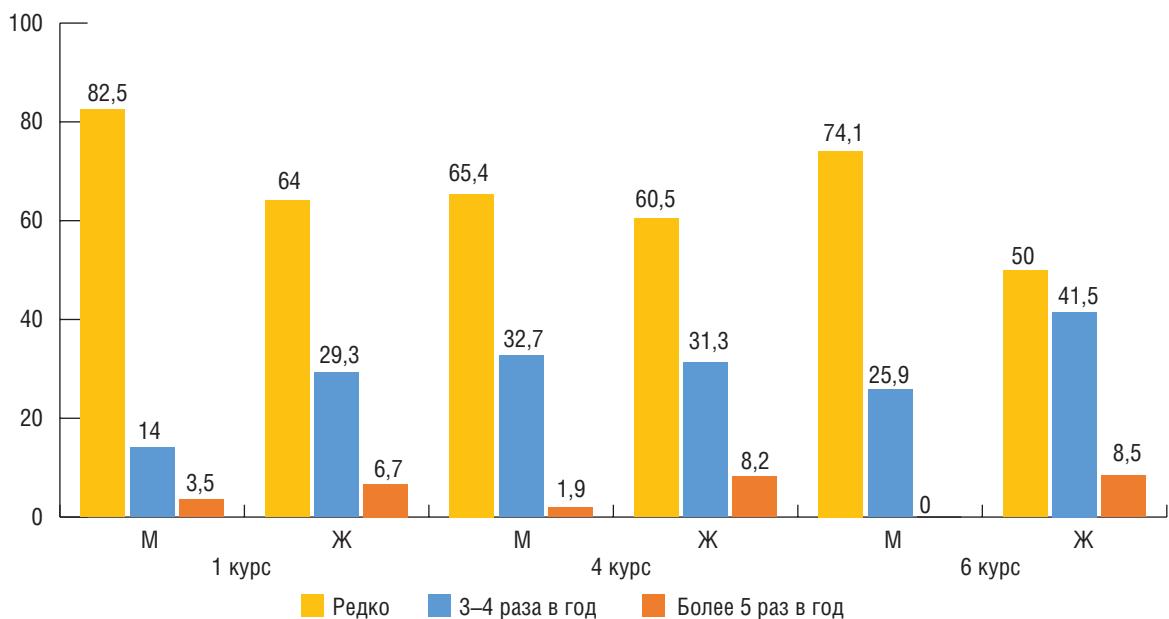


Рис. 2. Соотношение студентов по ответу на вопрос: «Как часто ты болеешь респираторными заболеваниями?» в зависимости от курса и пола (%)

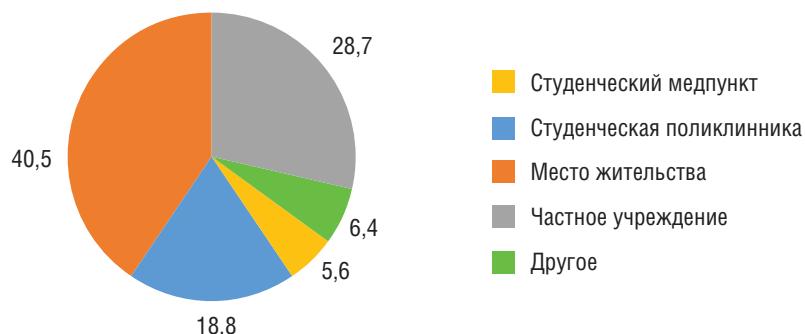


Рис. 3. Распределение студентов по обращаемости в медицинские учреждения за медицинской помощью (%)

щих женщин на 14% и увеличения доли женщин, болеющих 3–4 раза в год на 12,2%; более 5 раз в год на 1,8%. Соотношение обследуемых студентов по ответу на вопрос «Как часто ты болеешь респираторными заболеваниями?» в зависимости от курса и пола (%) представлено на рисунке 2.

77% студентов обращаются в медицинское учреждение по необходимости; 9,9% — регулярно; 5,7% — часто; 6,7% — никогда не обращаются в медицинское учреждение. На вопрос «В какое медицинское учреждение ты обращаешься за медицинской помощью?» были получены следующие ответы: около половины студентов (40,5%) обращаются в медицинское учреждение по месту жительства; около трети студентов (28,7%) обращаются в частное медицинское учреждение; 18,8% студентов обращаются в студенческую поликлинику и только 5,6% обращаются в студенческий медпункт.

6,4% студентов указали другое, где было указано: «самолечение», «народная медицина», «знакомые медработники», «по месту работы». Распределение студентов по обращаемости в медицинские учреждения за медицинской помощью (%) представлено на рисунке 3.

40,3% ответивших студентов отмечают у себя ухудшение здоровья; 42,8% — нет; 16,9% — не знают. Больше всех ухудшение здоровья отмечают женщины — 44,3%. Среди причин, ухудшающих здоровье, 37,2% студентов назвали неправильный режим дня; 28,4% студентов считают, что здоровье ухудшает нерегулярное неправильное питание; 17,5% — высокая умственная нагрузка; 7,7% — плохие условия проживания. 9,2% студентов выбрали ответ «Другое». Причины, названные студентами, ухудшающие их здоровье, можно разделить на четыре категории: климат и погодные условия Санкт-Петербурга, плохие условия обуче-

ния, стресс и напряжение, вредные привычки. Распределение студентов по причинам, ухудшающим здоровье (%) представлено на рисунке 4.

Связь между здоровьем и учебой отмечают 39,2% студентов. Негативное влияние учебы на здоровье особенно отмечает женская половина обучающихся: к IV курсу — 52%, к VI курсу — 51,1%. Соотношение студентов по влиянию обучения в университете на здоровье в зависимости от курса и пола (%) представлено на рисунке 5.

Объективная оценка здоровья студентов Санкт-Петербургского педиатрического университета позволила установить группу здоровья студентов, данные о первичных и хронических заболеваниях, о студентах, находящихся на диспансерном учете.

Из полученных данных были определены доли студентов по группам здоровья. К I группе здоровья относятся 26,1% студентов, пре-

имущественно, 15,7% студентов относятся к III группе здоровья. Студенты с IV группой здоровья в медицинской документации составили наименьшую долю — 0,5% (женщины 1 курса). К VI курсу наблюдается динамика уменьшения доли студентов мужской половины в I группе здоровья до 27,8%. И увеличение доли студентов мужской половины, относящихся ко II группе здоровья до 47,2%. Среди женской половины наблюдается динамика увеличения доли студентов, относящихся к I группе здоровья до 32,6%. Соотношение студентов по группам здоровья в зависимости от курса и пола (%) представлено на рисунке 6.

Анализ также показал, что 25,9% обследуемых студентов имеют хронические заболевания, из них 13,6% мужчин, 86,4% женщин. Наибольшее количество студентов с хроническими заболеваниями обнаружено на IV курсе (58,1%), наименьшее количество — на I курсе (16,9%). Соотношение студентов, имеющих

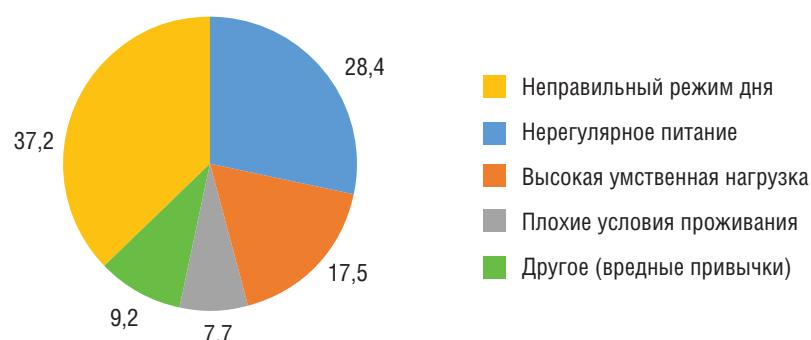


Рис. 4. Распределение студентов по причинам, ухудшающим здоровье (%)

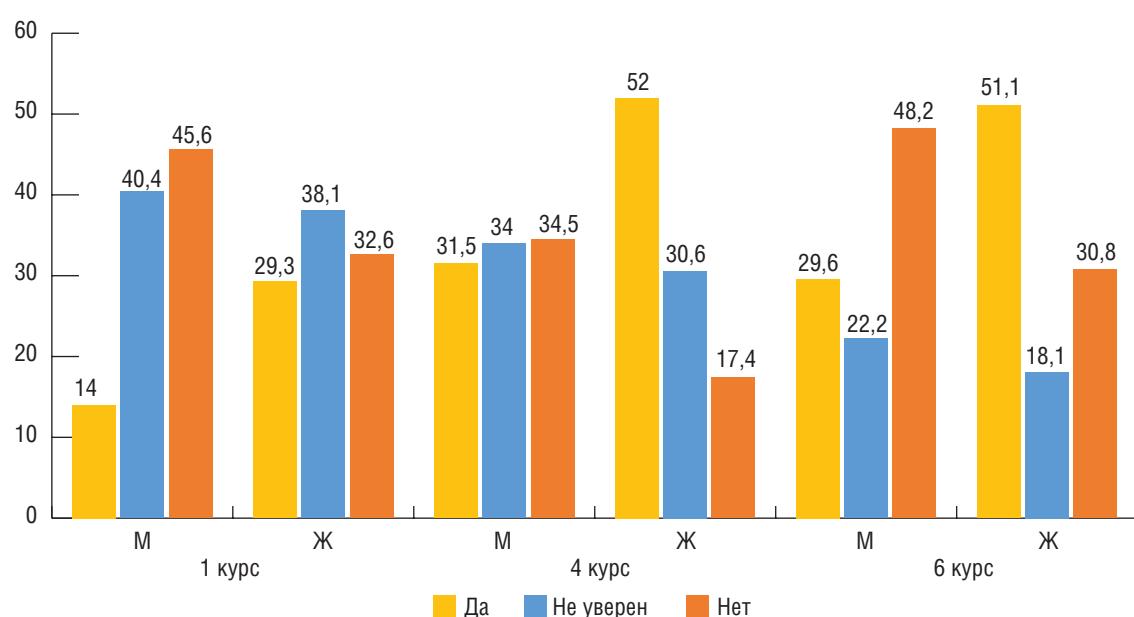


Рис. 5. Соотношение студентов по влиянию обучения в университете на здоровье в зависимости от курса и пола (%)

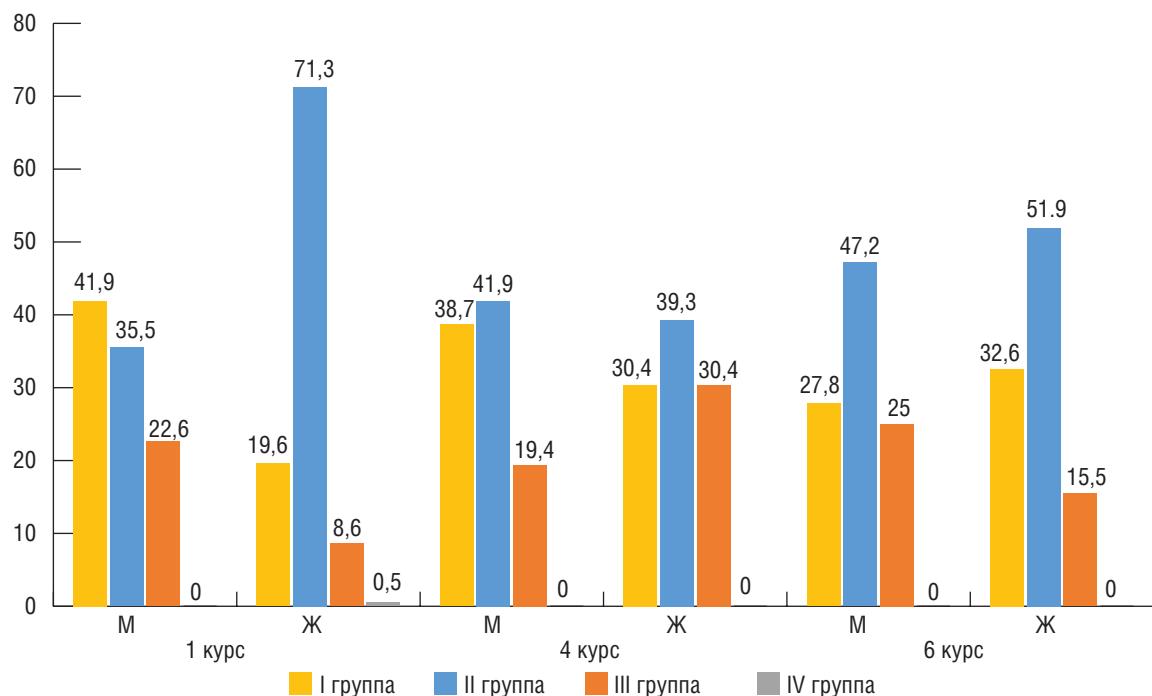


Рис. 6. Соотношение студентов по группам здоровья в зависимости от курса и пола (%)

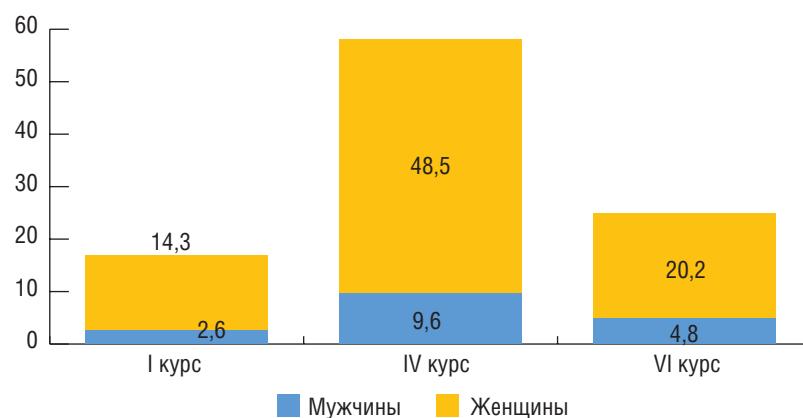


Рис. 7. Соотношение студентов, имеющих хронические заболевания в зависимости от курса и пола (%)

хронические заболевания в зависимости от курса и пола (%) представлено на рисунке 7.

На момент исследования 25,9% обследуемых студентов имеют хронические заболевания. Наибольшую группу в структуре хронических заболеваний составили пациенты с заболеваниями АВСД — 85,6% с преобладанием случаев заболевания у женской половины студентов (53,2%). Как показало исследование, студенты I курса больше подвержены заболеваниям органов дыхания: бронхиальной астме (34,8%), и АВСД (26,1%), особенно мужчины (42,9% и 28,6%). Студенты IV курса в большей степени подвержены заболеванию АВСД (50,6%), как мужчины (50%), так и жен-

чины (50,8%), а также заболеваниям желудочно-кишечного тракта, в частности, гастрит — 25,3%: мужчины — 23,1%, женщины — 25,8%. У студентов VI курса в наибольшей степени наблюдается заболевание АВСД (66,2%), как у мужчин (53,8%), так и у женщин (69,1%). И также желудочно-кишечного тракта (гастрит) — 16,2%, в большей степени у мужчин — 38,5%. Соотношение доли студентов по видам хронических заболеваний в зависимости от пола (%) представлено на рисунке 8.

Также наблюдается динамика увеличения количества студентов, имеющих хронические заболевания как среди мужчин, так и среди женщин.

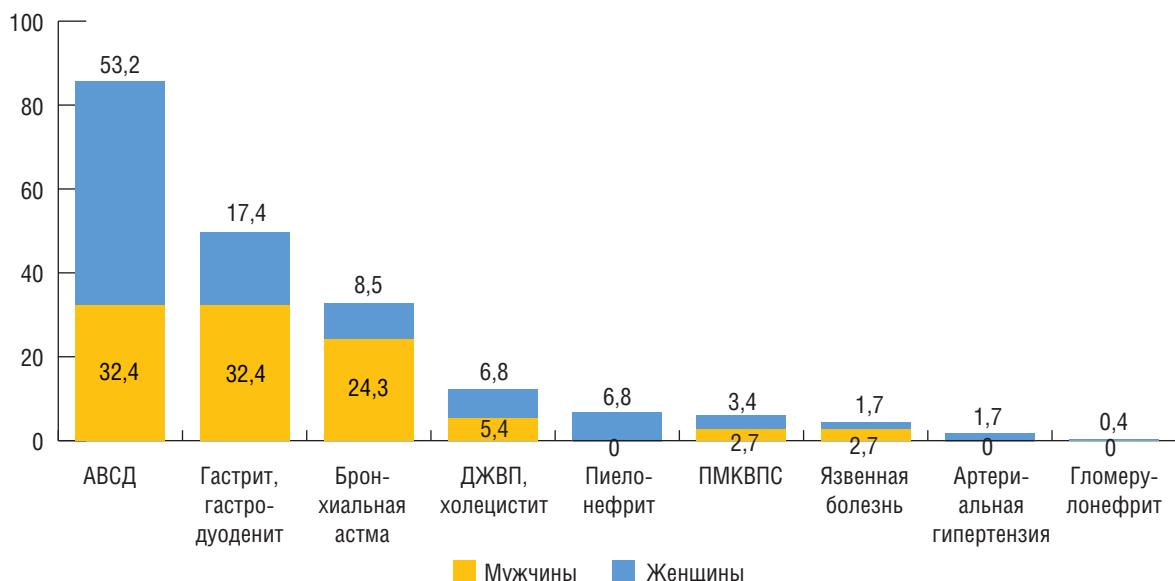


Рис. 8. Соотношение доли студентов по видам хронических заболеваний в зависимости от пола (%)

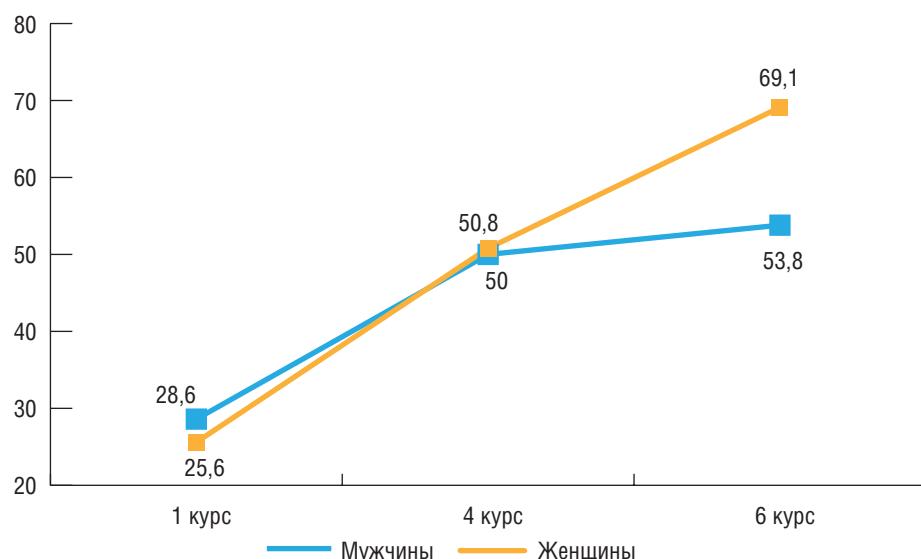


Рис. 9. Динамика увеличения количества студентов, имеющих хронические заболевания в зависимости от пола и курса (%)

Динамика увеличения количества студентов, имеющих хронические заболевания в зависимости от пола и курса представлена на рисунке 9.

По результатам данного исследования было установлено, что общей заболеваемости подвержены 56,7% обследуемых студентов. Из них 21,5% — мужчины, 78,5% — женщины. Самый высокий уровень заболеваемости установлен на IV курсе — 51,4%, самый низкий — на I курсе обучения (20,3%). На VI курсе уровень общей заболеваемости составляет — 28,3%. Соотношение доли студентов по видам общей заболеваемости в зависимости от пола и курса (%) представлено на рисунке 10.

В структуре общей заболеваемости первое место занимают инфекционные заболевания — 56,8% и заболевания органов дыхания — 55,3%. В большей степени риску общей заболеваемости подвержена женская половина студенческой молодежи. Соотношение доли студентов по группам общей заболеваемости в зависимости от пола (%) представлено на рисунке 11.

25,9% обследуемых студентов состоят на диспансерном учете, среди них: 42,9% — мужчины, 57,1% — женщины. Наибольшее количество студентов, состоящих на диспансерном учете, учатся на I курсе (48,6%), наименьшее количество — на IV курсе (20%). Среди уча-

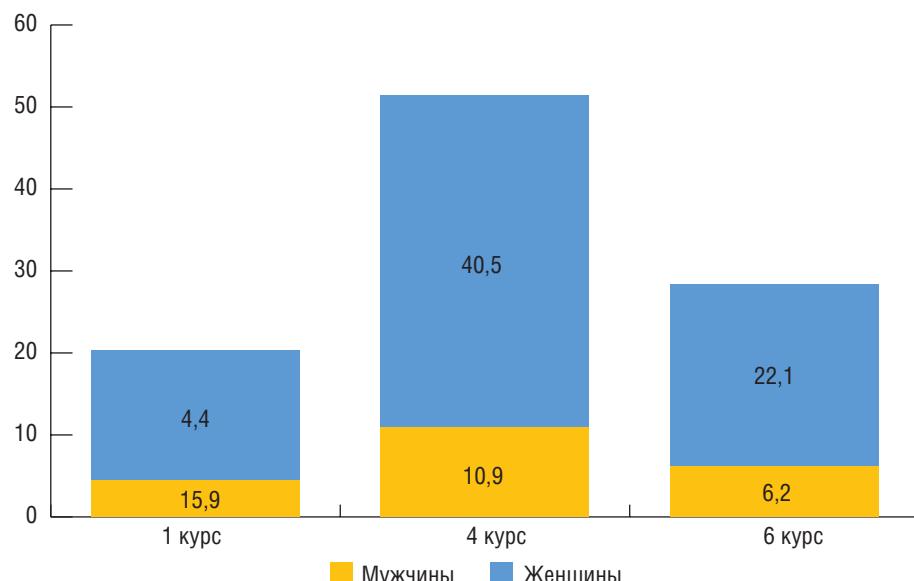


Рис. 10. Соотношение доли студентов по видам общей заболеваемости в зависимости от пола и курса (%)

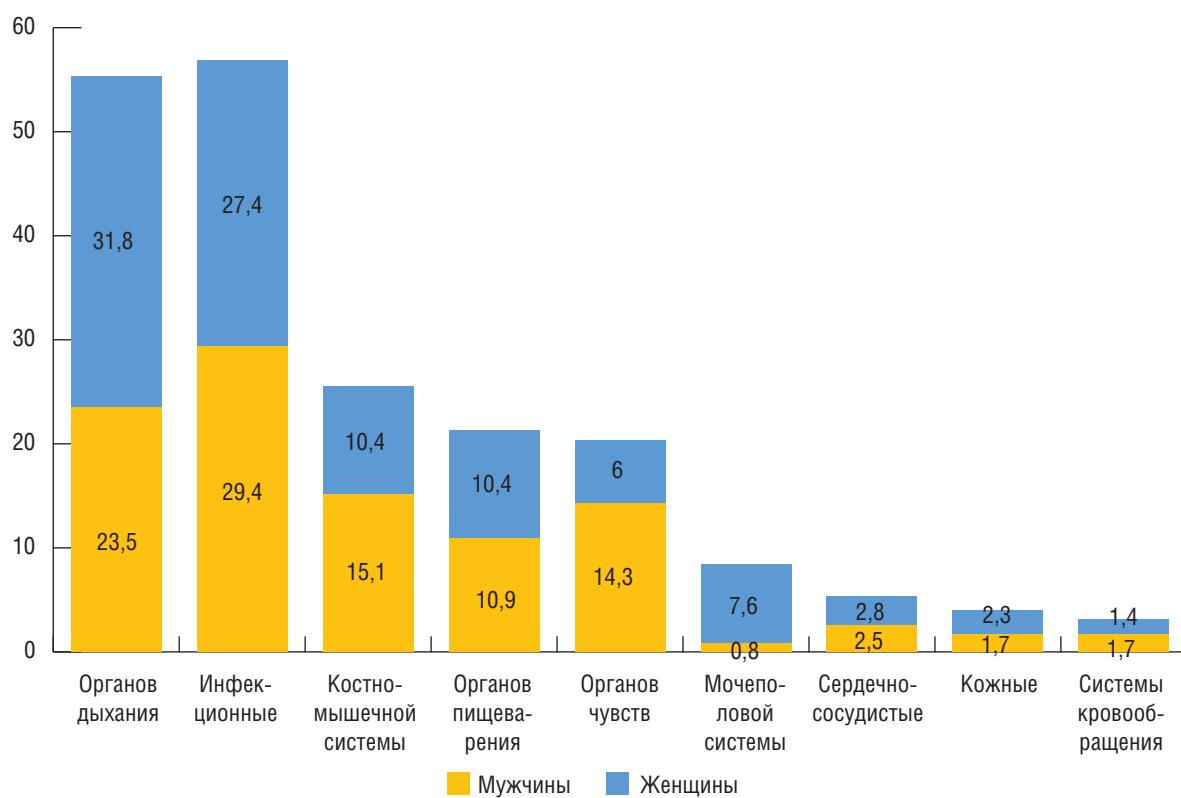


Рис. 11. Соотношение доли студентов по группам общей заболеваемости в зависимости от пола (%)

щихся на VI курсе на учете состоят 31,3% студентов.

25,9% обследуемых студентов состоят на диспансерном учете, среди них: 42,9% — мужчины, 57,1% — женщины. Наибольшее количество студентов, состоящих на диспансерном учете, учатся на I курсе (48,6%), наименьшее

количество — на IV курсе (20%). Среди учащихся на VI курсе на учете состоят 31,3% студентов. Соотношение доли студентов, состоящих на диспансерном учете в зависимости от курса и пола (%) представлено на рисунке 12.

Комплексная медико-социальная оценка состояния здоровья студентов Санкт-Петербург-

ского педиатрического университета показала, что 40,3% ответивших студентов отмечают у себя ухудшение здоровья; особенно женщины всех курсов: I курс — 41,4%, IV курс — 46,6%, VI курс — 44,7%. Уже к IV курсу наблюдается динамика увеличения доли студентов, болеющих 3–4 раза в год на 12,2%; а более 5 раз в год на 1,8%. Динамика увеличения доли студентов, болеющих респираторными заболеваниями в зависимости от курса (%) представлена на рисунке 13.

Объективная оценка здоровья студентов показала, что врачи относят: 26,1% студентов —

к I группе здоровья (37,5% мужчин, 24% женщин); 57,7% — ко II группе здоровья (40,6% мужчин, 60,8% женщин); 15,7% — к III группе здоровья (21,9% мужчин, 14,7% женщин); студентов с IV группой здоровья наблюдается 0,5% (женщины). К VI курсу наблюдается динамика уменьшения доли студентов мужской половины с I группой здоровья до 27,8%.

Хронические заболевания наблюдаются только у 25,9% обследуемых студентов. К тому же из них в большей степени подвержены влиянию хронических заболеваний женщины

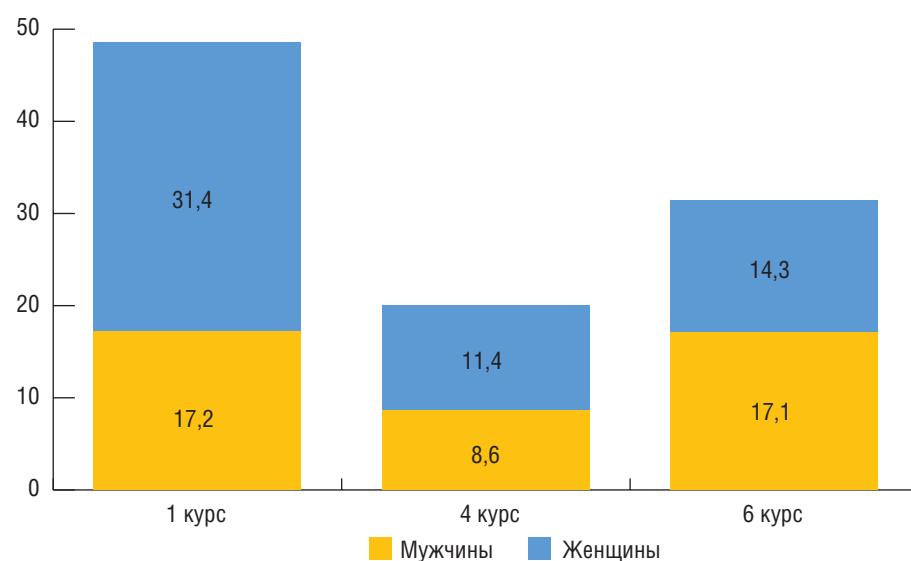


Рис. 12. Соотношение доли студентов, состоящих на диспансерном учете в зависимости от курса и пола (%)

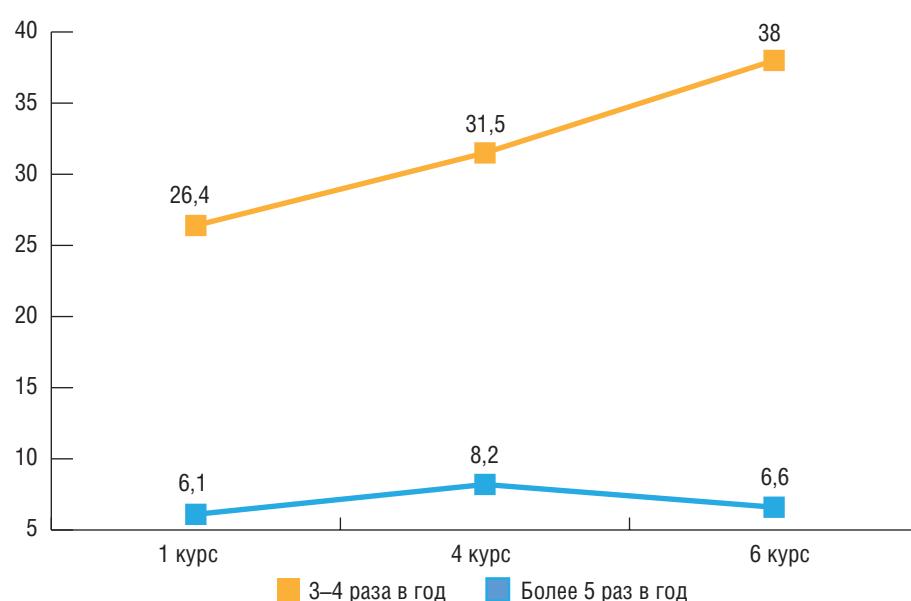


Рис. 13. Динамика увеличения доли студентов, болеющих респираторными заболеваниями в зависимости от курса (%)

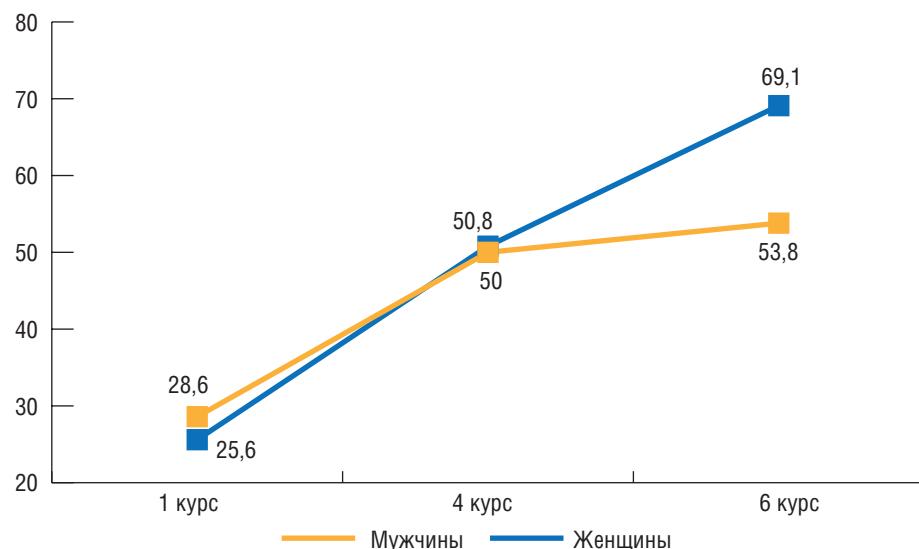


Рис. 14. Динамика увеличения количества студентов, имеющих хронические заболевания в зависимости от курса и пола (%)

(83,1%), чем мужчины (16,9%). В структуре хронических заболеваний наибольшую долю составили: заболевания АВСД (85,6%); заболевания органов пищеварения (49,8%) и бронхиальная астма 32,8%). Динамика увеличения количества студентов, имеющих хронические заболевания в зависимости от курса и пола (%) представлена на рисунке 14.

56,7% обследуемых студентов подвержены влиянию общей заболеваемости. Из них 21,5% — мужчин, 78,5% — женщин. На I курсе обучения наблюдается самый низкий уровень общей заболеваемости — 29,1%. Самый высокий уровень заболеваемости установлен на VI курсе — 38,8%.

На момент исследования среди обследуемых студентов доля состоящих под диспансерным наблюдением составляет — 25,9%: 42,9% — мужчины, 57,1% — женщины. Наибольшее количество студентов, состоящих на диспансерном учете, наблюдается среди первокурсников (48,6%), т.е. вновь поступивших в университет студентов.

Значительная доля студентов (39,2%) отмечают негативное влияние учебы на их здоровье. Наибольшее влияние учебного процесса на здоровье отмечают студенты IV и VI курсов (49,5% и 46,3%), в основном женщины: 52% и 51,1%. Но при этом регулярно в медицинское учреждение обращаются только 9,9% студентов. Женщины (10,9%) обращаются за медицинской помощью в два раза чаще, чем мужчины (5,2%). 6,7% студентов — никогда не обращаются в медицинское учреждение. В студенческий медпункт обращается лишь 5,6%

студентов: 5,9% — мужчины, 5,5% — женщины. В основном это женщины I курса (10%) и мужчины IV курса (11,4%).

Стоит обратить внимание, что оказание лечебно-профилактической помощи со стороны студенческого медпункта носит дополнительный (вспомогательный) характер. В соответствии с этим деятельность студенческого медпункта направлена на оказание первой медицинской помощи; контроль за допуском студентов к обучению по состоянию здоровья; ведение медицинской документации. Основная деятельность сотрудников студенческого медпункта направлена на проведение профилактических осмотров.

Решение проблемы сохранения и укрепления здоровья студентов медицинских вузов — будущих педиатров, возможно только при организации постоянного контроля за здоровьем и усовершенствовании лечебно-профилактической помощи студентам медицинских вузов. В частности, организация лечебно-профилактической помощи студентам Санкт-Петербургского педиатрического университета.

Для усовершенствования существующей системы оказания лечебно-профилактической помощи студентам в условиях Санкт-Петербургского педиатрического университета рекомендуем расширить спектр деятельности студенческого медпункта.

На наш взгляд, деятельность студенческого медпункта должна быть направлена на обеспечение следующих условий для обучающихся:

- пропаганда и обучение навыкам здорового образа жизни;

- организация и создание условий для профилактики заболеваний и оздоровления обучающихся, для занятия ими физической культурой и спортом;
- профилактика несчастных случаев во время пребывания в организации;
- проведение санитарно-гигиенических, профилактических и оздоровительных мероприятий;
- мониторинг состояния здоровья студентов;
- «Здоровый университет».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование показало, что состояние здоровья студентов-педиатров является важным показателем медико-социальной характеристики студентов медицинских вузов и всего общества в целом. К тому же эта категория студентов является наиболее чувствительной к бурно меняющимся социальным и экологическим условиям современного мира.

Также, в ходе исследования была выявлена связь между учебой и здоровьем студентов медицинского вуза — будущих педиатров. Комплексная медико-социальная оценка состояния их здоровья подтвердила необходимость разработки комплекса мероприятий, направленных на совершенствование организации лечебно-профилактической помощи студентам в условиях медицинского вуза. В частности, проведения комплексных исследований, включающих условия, образ жизни, здоровье, организацию лечебно-профилактической помощи студентам Санкт-Петербургского педиатрического университета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабина В.С. Проблема здоровья студенческой молодежи. Молодой ученый. 2015; 11: 572–5.
2. Болотин А.Э. Факторы, негативно влияющие на состояние здоровья студентов вузов. Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2013; 1: 164–5.
3. Еникеева Л.А., Ширшикова М.С. Теоретические и практические аспекты использования индикаторов оценки качества жизни. Медицина и организация здравоохранения. 2017; 2(2): 4–15.
4. Здоровье и благополучие: почему это важно? Доступен по: http://www.un.org/ru/development/devagenda/pdf/Russian_Why_it_matters_Goal_3_Health.pdf (дата обращения 14.03.2020).
5. Зипунникова Т.А., Сизова Н.Н. Исследование физического здоровья студентов дальневосточного фе-дерального университета. Международный научно-исследовательский журнал. 2017; 3–1(57): 27–9.
6. Илюша М.В., Григорьева С.А. Мониторинг состояния здоровья студентов-первокурсников торгово-экономического вуза. В кн.: Научное сообщество студентов ХХI столетия. Гуманитарные науки: сб. ст. по мат. XIX междунар. студ. науч.-практ. конф. Новосибирск: «СибАК». 2014; 4(19): 187–92.
7. Калиничев П.О. Причины ухудшения состояния здоровья студенческой молодежи. Молодежный научный форум: Гуманитарные науки: электр. сб. ст. по мат. XLIV междунар. студ. науч.-практ. конф. 2017; 4(43): 77–83.
8. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_71673/7a46cb13de731db3333fc77a4f7887e468287e3/ (дата обращения 14.02.2020).
9. Кубарь О.И., Микиртичан Г.Л., Никитина А.Е., Владимирова Е.Ю., Пынченко Л.А. Совершенствование нормативной базы по биоэтике и правам человека в сфере систем здравоохранения государств-участников СНГ. Медицина и организация здравоохранения. 2016; 1(1): 38–43.
10. Лихтшангоф А.З., Кузнецова Е.П., Богданов Р.Н., Глубоковский К.С. Оценка деятельности диагностического подразделения лечебно-профилактического учреждения на основе данных социологического опроса. Врач-аспирант. 2015; 73(6): 26–33.
11. Ляпин В.А., Флянку И.П., Любашенко Т.М. Состояние здоровья и особенности образа жизни студентов в период обучения в вузе. Научный медицинский вестник. 2015; 1(1): 29–39.
12. Микиртичан Г.Л., Лихтшангоф А.З. Всемирный день биоэтики в Санкт-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете. Медицина и организация здравоохранения. 2017; 2(1): 62–7.
13. Молодежная стратегия ООН. Молодежь 2030. Доступен по: https://www.un.org/youthenvoy/wp-content/uploads/2014/09/WEB-UN-Youth-Strategy_Booklet_-Russian-for-WEB.pdf (дата обращения 14.02.2020).
14. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/b819c620a8c698de35861ad4c9d9696ee0c3ee7a/ (дата обращения 14.02.2020).
15. Ширшикова М.С. Медико-социальная характеристика студентов — будущих педиатров. Медицина: теория и практика. 2019; 4: 621–2.
16. Юрьев В.К., Глущенко В.А., Моисеева К.Е. Основы общественного здоровья и здравоохранения. СПб.: СпецЛит; 2019.
17. Юрьев В.К., Моисеева К.Е., Глущенко В.А., Харбединия Ш.Д. Руководство к практическим занятиям по

изучению заболеваемости населения. СПб.: Сотис-Мед; 2018.

REFERENCES

1. Babina V.S. Problema zdorov'ya studencheskoy molodezhi. [The problem of student health]. Young scientist. 2015; 11: 572–5.
2. Bolotin A.E. Faktory, negativno vliyayushchie na sostoyanie zdorov'ya studentov vuzov. [Factors adversely affecting the health status of university students]. Health — the basis of human potential: problems and solutions. 2013; 1: 164–5.
3. Enikeeva L.A., Shirshikova M.S. Teoreticheskie i prakticheskie aspekty ispol'zovaniya indikatorov otsenki kachestva zhizni. [Theoretical and practical aspects of using quality of life indicators]. Medicine and health care organization. 2017; 2(2): 4–15.
4. Zdorov'e i blagopoluchie: pochemu eto vazhno? [Health and well-being: why is it important?]. Available at: http://www.un.org/ru/development/devagenda/pdf/Russian_Why_it_matters_Goal_3_Health.pdf (accessed 14.02.2020) (in Russia).
5. Zipunnikova T.A., Sizova N.N. Issledovanie fizicheskogo zdorov'ya studentov dal'nevostochnogo federal'nogo universiteta. [The study of the physical health of students of the Far Eastern Federal University]. International Research Journal. 2017; 3–1(57): 27–9.
6. Ilyusha M.V., Grigorieva S.A. Monitoring sostoyaniya zdorov'ya studentov-pervokursnikov torgovo-ekonomicheskogo vuza. [Monitoring the health status of first-year students of a trade and economic university]. In: Scientific community of students of the XXI century. Humanities: Sat. Art. by mat. XIX international Stud. scientific-practical conf. Novosibirsk: «Sibak». 2014; 4(19): 187–192.
7. Kalinichev P.O. Prichiny ukhudsheniya sostoyaniya zdorov'ya studencheskoy molodezhi. [Reasons for the deterioration of the health status of students]. Youth Scientific Forum: Humanities: electronic. Sat Art. by mat. XLIV Int. Stud. scientific-practical conf. 2017; 4(43): 77–83.
8. Konseptsiya demograficheskoy politiki Rossiyskoy Federatsii na period do 2025 goda. [Concept of demographic policy of the Russian Federation for the period up to 2025]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_71673/7a46cb13de731db3333fc77a4f7887e468287e3/ (accessed 14.02.2020) (in Russia).
9. Kubar' O.I., Mikirtichan G.L., Nikitina A.E., Vladimirova E. Yu., Pynchenkova L.A. Sovershenstvovanie normativnoy bazy po bioetike i pravam cheloveka v sfere sistem zdravookhraneniya gosudarstv-uchastnikov SNG. [Improving the regulatory framework on bioethics and human rights in the field of healthcare systems of the CIS member states]. Medicine and health care organization. 2016; 1(1): 38–43.
10. Likhtshangof A.Z., Kuznetsova E.P., Bogdanov R.N., Glubokovskiy K.S. Otsenka deyatel'nosti diagnosticheskogo podrazdeleniya lechebno-profilakticheskogo uchrezhdeniya na osnove dannykh sotsiologicheskogo oprosa. [Evaluation of the activities of the diagnostic unit of a medical institution based on data from a sociological survey]. Postgraduate doctor. 2015; 73(6): 26–33.
11. Lyapin V.A., Flyanku I.P., Lyuboshenko T.M. Sostoyanie zdorov'ya i osobennosti obraza zhizni studentov v period obucheniya v vuze. [The state of health and lifestyle features of students during their studies at the university]. Scientific Medical Bulletin. 2015; 1(1).
12. Mikirtichan G.L., Likhtshangof A.Z. Vsemirnyy den' bioetiki v sankt-peterburgskom gosudarstvennom pediatricheskem meditsinskom universitete. [World Bioethics Day at St. Petersburg State Pediatric Medical University]. Medicine and health care organization. 2017; 2(1): 62–7.
13. Molodezhnaya strategiya OON. Molodezh' 2030. [Youth strategy of the United Nations. Youth 2030]. Available at: https://www.un.org/youthenvoy/wp-content/uploads/2014/09/WEBR-UN-Youth-Strategy_Booklet_-Russian-for-WEB.pdf (accessed 14.02.2020) (in Russia).
14. Federal'nyy zakon ot 21 noyabrya 2011 g. N 323-FZ. Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii. [On the basics of public health protection in the Russian Federation]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/b819c620a8c698de35861ad4c9d9696ee0c3ee7a/ (accessed 14.02.2020) (in Russia).
15. Shirshikova M.S. Mediko-sotsial'naya kharakteristika studentov — budushchikh pediatrov. [Medical and social characteristics of students — future pediatricians]. Medicine: theory and practice. 2019; 4: 621–2.
16. Yur'ev V.K., Glushchenko V.A., Moiseeva K.E. Osnovy obshchestvennogo zdorov'ya i zdravookhraneniya. [Fundamentals of public health and health care]. SPb.: Speclit; 2019.
17. Yur'ev V.K., Moiseeva K.E., Glushchenko V.A., Kharbediya Sh.D. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam po izucheniyu zabolеваemosti naseleniya. [Guide to practical classes on the study of population morbidity]. SPb.: Sotis-Med; 2018.

ОБЩЕКУЛЬТУРНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ СТУДЕНТОВ СПБГПМУ

© Александр Зиновьевич Лихтшангоф, Елена Михайловна Черкасова,
Полина Александровна Печникова

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

Контактная информация: Александр Зиновьевич Лихтшангоф — доцент кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: zinovich@list.ru

РЕЗЮМЕ: В подготовке будущих врачей общекультурные компетенции играют не менее важную роль, чем профессиональные. Проведено исследование базовой осведомленности студентов-медиков в различных областях науки и культуры: анонимный опрос студентов 1 курса СПбГПМУ (196 респондентов) по специально разработанной анкете (20 блоков по 5 вопросов): «Спорт», «Кинематограф», «Изобразительное искусство», «География», «Мода», «Биология», «Химия», «История», «Политика», «Математика», «Физика», «Литература», «Игры», «Санкт-Петербург», «Природа», «Музыка», «Религия», «Языки», «Информатика», «Открытия и изобретения». Уровень знаний студентов в большинстве областей можно оценить как недостаточный. Наиболее низкие результаты респонденты показали по блокам «Открытия и изобретения» (в среднем 0,6 правильного ответа), «Политика» (1,1) и «Музыка» (1,6), наиболее высокие — по блокам «Биология» (3,9) и «Химия» (3,8), что объяснимо. Низкая общая осведомленность студентов-медиков в будущем может осложнить им профессиональную деятельность, снизить в общественном сознании облик врача и престиж врачебной профессии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: подготовка медицинских кадров; общекультурные компетенции; социологический опрос; общая осведомленность.

GENERAL CULTURAL COMPETENCE OF SPBSPMU STUDENTS

© Alexander Z. Likhshangof, Elena M. Cherkasova, Polina A. Pechnikova

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

Contact information: Alexander Z. Likhshangof — MD, PhD, Associate Professor, the Department of Humanitarian Disciplines and Bioethics. E-mail: zinovich@list.ru

ABSTRACT: General cultural competences play a no less important role in training of future doctors than professional ones. The aim of the study was to analyze medical students' basic knowledge in various fields of science and culture. An anonymous survey of students of 1st year SPbGPMU (196 respondents) with a specially designed questionnaire (20 blocks of 5 questions: "Sport", "Cinema", "Visual Arts", "Geography", "Fashion", "Biology", "Chemistry", "History", "Politics", "Mathematics", "Physics", "Literature", "Games", "St. Petersburg", "Nature", "Music", "Religion", "Languages", "Computer Science", "Discoveries and Inventions") was carried out. The level of students' knowledge in most areas can be assessed as insufficient. The respondents showed the lowest results in the "Discoveries and Inventions" blocks (0,6 correct answer in average), "Politics" (1,1) and "Music" (1,6), the highest — in the "Biology" (3,9 points) and "Chemistry" (3,8) blocks (that is explainable). The low general knowledge of medical students in the future may complicate their professional activities, spoil the doctors' public image and the prestige of the medical profession.

KEY WORDS: medical education; general cultural competences; sociological survey; general knowledge.

ВВЕДЕНИЕ

Общеизвестно, что общая осведомленность (общие знания, информированность) является базовой составляющей интеллектуальных способностей человека [6, 7]. Поэтому субтест общей осведомленности включен в состав некоторых широко используемых тестов интеллекта (например, шкалы Векслера) [3]. Однако в этих тестах используется лишь небольшая выборка из гигантского объема знаний, которыми может обладать человек, поэтому зарубежными и отечественными учеными были предприняты попытки создать тесты, обеспечивающие более полный охват знаний человека [2]. Предполагается, что студенты, специалисты с высшим образованием, представляют собой интеллектуальную элиту общества, и в связи с этим они должны обладать достаточно широким кругозором для выполнения присущих эlite социальных функций в условиях все большей интеграции знаний. К врачу (как, скажем, и к учителю) это относится, быть может, в наибольшей степени, ибо его авторитет, который сам по себе представляет собой немаловажное лечебное средство, во многом зиждется не только на профессиональной компетентности (ее пациенту оценить не так легко), но и на общей культуре, эрудции, личности врача.

Федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования по всем врачебным специальностям предусматривают формирование и развитие у обучающихся таких компетенций, как: способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу; способность анализировать основные этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции; готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала; готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий с учетом основных требований информационной безопасности. Выполнение этих задач, очевидно, невозможно в случае низкой общей осведомленности студентов. Анализ жалоб пациентов на врачей показывает, что основное недовольство больных связано не с содержанием оказанной медицинской помощи, а с неумением современных врачей разговаривать с пациентами, рассказать в доступной форме о сути проводимых манипуляций и т.д., т.е. всего того, что касается базисных культур-

ных компетенций [1, 4, 5]. В то же время в отечественной научной литературе нет данных об изучении общей осведомленности медиков, что обусловило актуальность и значимость данного исследования.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Исследование общей осведомленности современных российских студентов-медиков в различных областях науки и культуры.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было проведено по специально разработанной анкете анонимное тестирование студентов 1 курса Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ). Тест предъявлялся в бланковой форме. На его выполнение был отведен 1 час. При этом большое внимание уделялось исключению возможности получения информации от других респондентов и из Интернет-ресурсов. Объем выборки, созданной случайным гнездовым методом, составил 196 респондентов. В целях сравнительного анализа опрошенные были разделены на 4 группы: мужчины (51 чел.) и женщины (145 чел.); студенты из Санкт-Петербурга (77 чел.) и иногородние студенты (119 чел.).

Анкета состояла из 20 блоков по 5 вопросов в каждом: «Спорт», «Кинематограф», «Изобразительное искусство», «География», «Мода», «Биология», «Химия», «История», «Политика», «Математика», «Физика», «Литература», «Игры», «Санкт-Петербург», «Природа», «Музыка», «Религия», «Языки», «Информатика», «Открытия и изобретения». Всего, таким образом, респонденту предлагалось 100 вопросов. Примеры вопросов: Столица Испании? Второй элемент таблицы Менделеева? Любое из 7 древних чудес света? Сколько ребер у куба? Две поэмы Гомера? В какой стране придумали тамагочи? Ближайшая к Солнцу планета? В каком веке было крещение Руси? На каком языке говорят в Бразилии? Сколько бит в 1 байте?

Каждый правильный ответ оценивался в 1 балл; некоторые вопросы допускали более одного правильного ответа, любой из которых оценивался в 1 балл. Как видно из приведенных примеров, уровень сложности не выходил за рамки простейших вопросов школьной программы и распространенных представлений об окружающем мире. Составляя анкету, мы стремились к равновесию разных областей знаний о современном мире, а также отечественной и мировой культуры.

Достоверность различия признаков оценивалась с вычислением t-критерия Стьюдента, F-критерия Фишера. Для определения силы характера связей качественных признаков использовался анализ таблиц сопряженности с вычислением критерия χ^2 .

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Как видно из данных, приведенных в таблице 1, среднее число правильных ответов респондентов по всем блокам составило лишь 2,20 балла. Наиболее низкие результаты респонденты показали по блокам «Открытия и изобретения» (в среднем 0,6 правильного ответа), «Политика» (1,1) и «Музыка» (1,6), наиболее высокие — по блокам «Биология» (3,9) и «Химия» (3,8), что объяснимо, учитывая медицинский профиль образования.

Достоверной разницы между мужчинами и женщинами, а также между студентами из Санкт-Петербурга и иногородними студентами в целом по тесту и по большинству блоков не отмечалось. Мужчины несколько лучше отвечали на вопросы о спорте (в среднем 2,6 против 1,7 балла), кинематографе (2,3 против 1,5), играх (2,3 против 1,2) и изобразительном искусстве (2,3 против 1,7); женщины показали лучшие знания о моде (2,8 против 1,9 у мужчин), истории (2,9 против 2,1) и Санкт-Петербурге (3,4 против 2,3). Петербургские студенты лучше знают литературу и, что естественно, Санкт-Петербург, иногородние показали несколько лучшие знания в области истории (табл. 1).

Приведем для примера результаты тестирования по блокам с высоким, средним и низким уровнями знаний будущих врачей (табл. 2).

Информационные технологии сегодня играют огромную роль в развитии медицины. В целом, уровень знаний студентов в области информатики и математики невысок. Например, что такое простое число знают лишь 31,3% опрошенных, частное от деления длины окружности на ее диаметр — 17,7%, график функции $y = 1/x$ — 36,5% респондентов, сколько ребер у куба — 67,7%. Больше правильных ответов было на вопросы из блока «Информатика». 52,0% опрошенных смогли назвать количество битов в 1 байте. Сказать, как называются программа подготовки презентаций в Microsoft Office смогли 79,2% опрошенных студентов. Создателя сети «Фейсбук» знают 55,2%. Но решить пример в двоичной системе смогли лишь 7,3% респондентов. И всего 2,1% знают, что понятие, происходящее от имени Аль-Хорезми, — это алгоритм.

Естественные науки всегда являлись фундаментом медицинского образования, поэтому представляет интерес сохранность школьных знаний в данной области у студентов-медиков. В блоке «География» студенты показали невысокие знания — 46,0% правильных ответов. Наименьшее количество правильных ответов дано на вопрос о максимальном значении северной широты. Как уже указывалось, в блоках «Биология» и «Химия» были показаны наилучшие результаты, однако блок «Природа» дал лишь 32,0% правильных ответов. В блоке «Физика» отмечены слабые знания, которые позволили лишь половине респондентов вспомнить единицу измерения силы электрического тока в СИ, а формулу, выражющую эквивалентность массы и энергии — 27,1%.

Представления в области истории и обществознания в значительной мере формируют мировоззрение личности. К сожалению, студенты-медики осведомлены в данной сфере в недостаточной степени. Например, имя и отчество первого царя династии Романовых знают 36,5% опрошенных, дату начала II Мировой войны — 57,3%, а последнее крупное сра-

Таблица 1

Среднее число правильных ответов
респондентов по блокам (абс.)

БЛОК	М	Ж	СПб	не СПб	ВСЕ
Спорт	2,6	1,7	2,1	2,0	2,0
Кинематограф	2,3	1,5	2,1	1,7	1,8
Изобразительное искусство	2,3	1,7	2,1	1,8	1,9
География	2,2	2,4	2,2	2,4	2,3
Мода	1,9	2,8	2,5	2,6	2,6
Биология	3,9	4,0	4,0	3,9	3,9
Химия	3,7	3,9	3,8	3,9	3,8
История	2,1	2,9	2,3	2,8	2,6
Политика	0,9	1,3	1,0	1,2	1,1
Математика	2,2	2,6	2,3	2,5	2,5
Физика	2,1	1,9	2,1	1,8	2,0
Литература	2,9	3,0	3,3	2,7	3,0
Игры	2,3	1,2	1,8	1,5	1,6
Санкт-Петербург	2,3	3,4	4,1	2,7	3,1
Природа	1,9	1,6	1,7	1,7	1,7
Музыка	1,8	1,3	2,1	1,4	1,6
Религия	1,6	1,9	1,5	2,2	1,8
Языки	2,3	2,1	2,3	1,9	2,1
Информатика	2,1	1,9	2,2	1,9	2,0
Открытия и изо- бретения	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6
ВСЕ БЛОКИ	2,20	2,19	2,31	2,17	2,20

Таблица 2

Удельный вес респондентов, правильно ответивших на вопросы ряда блоков (%)

БЛОК	ВОПРОСЫ	Правильные ответы	Уд.вес
БИОЛОГИЯ	К какому типу животных принадлежит человек	Хордовые	63,2
	Деление клетки с уменьшением числа хромосом вдвое	Мейоз	92,6
	Примерами чего являются копчик, аппендикс, ушные мышцы	Атавизм	85,3
	Создатель системы классификации растений и животных	Линней	62,1
	Благодаря каким органеллам растения имеют зелёный цвет	Хлоропласти	90,0
ГЕОГРАФИЯ	Столица Испании	Мадрид	70,5
	Высочайшая гора на Земле	Эверест /Джомолунгма	75,8
	Пролив, разделяющий Америку и Евразию	Берингов	20,0
	Крупнейший остров на Земле	Гренландия	37,4
	Максимальное значение северной широты	90 градусов	6,3
ОТКРЫТИЯ И ИЗОБРЕТЕНИЯ	Винт, основной закон гидростатики	Архимед	1,1
	Фонограф и еще 1092 изобретения	Эдисон	6,3
	Закон упругости, клетка	Гук	20,5
	Изменение частоты излучения из-за движения его источника	Доплер	9,5
	Первый взлетевший самолет	Братья Райт	6,8

жение Наполеона I — лишь 12,5% респондентов. Всего 19,8% опрошенных смогли назвать 2 палаты Федерального собрания РФ. Сказать, что называют четвертой властью, смогли 12,5% респондентов. Больше всего правильных ответов было на вопросы из блока «Санкт-Петербург»: год основания города назвали 79,2% респондентов, 65,6% опрошенных знают, сколько длилась блокада Ленинграда, а вот о том, кто создал памятник Медному всаднику, осведомлены только 15,6% заполнивших анкету. Несмотря на религиозное возрождение в современной России, невелик уровень знаний и в области религии. Так, имена детей Адама и Евы смогли назвать только 19,5%, а в каком веке было крещение Руси, знают 39,5% респондентов. Главный священный город мусульман назвали правильно 42,7% опрошенных, и только 3,1% смогли сказать, кто является автором «Апокалипсиса».

Анализ уровня знаний студентов в области литературы и языкоznания показал, что из всех опрошенных на вопросы блока «Литература» правильно ответили в среднем 49,0%. Лишь 56,3% знают, кто убил Моцарта, по версии Пушкина, 53,1% могут назвать поэмы Гомера, 55,2% знают Базарова, 41,7% смогли назвать хотя бы одного из шести русскоязычных писателей-нобелиатов, 57,3% знают автора романа «Три товарища». В блоке «Языки» в среднем лишь 34,0% правильных ответов. Только 43,8% респондентов знают, что такое аббревиа-

тура, 35,4% — на каком языке говорят в Бразилии, 36,5% — значение слова «демократия», 54,2% — русские междометия, 17,7% — на каком языке написаны древнеиндийские веды.

Аналогичные результаты получены по блокам вопросов «Кинематограф», «Изобразительное искусство», «Музыка». В частности, только 21,8% будущих врачей знают изобретателей кинематографа, 18,7% — актера, сыгравшего Индиану Джонса и Хана Соло, 32,3% — режиссера фильма «Ирония судьбы», 52,1% — районом какого города является Голливуд, 72,9% — значение слова «кастинг». Доля правильных ответов на вопросы блока «Изобразительное искусство» была такова: автор скульптур «Мыслитель», «Граждане Кале», «Поцелуй» — 2,1%, русский художник 19 в., известный морскими пейзажами — 69,8%, автор «Сикстинской Мадонны» — 10,4%, доска, на которой художник смешивает краски — 70,8%, крупнейший художественный музей Франции — 62,5%. Блок «Музыка»: знают музыкальные интервалы 16,7%, автора «Лунной сонаты» — 57,3%, знак бекар — 13,5%, американскую певицу Леди Гагу — 51,0%, автора оперы «Пиковая дама» — 10,4%.

В то время, респонденты (особенно мужского пола) проявили неплохой уровень знаний в области спорта. Например, олимпийский девиз знает 50,3% опрошенных, в каком виде спорта прославилась Мария Шарапова — 87,5%. Гораздо хуже обстоит дело с осведомленностью студентов в области «Игр». Только 10,4% смог-

ли ответить на вопрос, разновидностью какой игры является снукер. Знают, что именно для домино требуется 28 костяшек, смогли 20,8% от числа всех опрошенных студентов. В области моды уровень знаний женщин закономерно выше, чем у мужчин. На вопрос о названии юбки средней длины ответило только 37,5%, о создательнице маленького черного платья (Г. Шанель) — 73,9% опрошенных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ результатов анкетирования позволяет говорить о недостаточно высокой базовой информированности студентов-медиков, что в будущем может осложнить им профессиональную деятельность, снизить в общественном сознании облик врача и престиж врачебной профессии. Следует, вероятно, поговорить об учете фактора базовой информированности абитуриентов при наборе студентов в медицинские вузы. Следует отметить необходимость дальнейших исследований надежности и валидности используемого авторского опросника на больших группах, включающих не только студентов-медиков, для определения популяционного уровня базовой информированности и его зависимости от возрастных, гендерных, географических и прочих параметров респондентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимова С.Л., Лихтшангоф А.З. Базовая информированность студентов-медиков. *Российский семейный врач*. 2006; 10(1): 35–6.
2. Григорьев А.А., Журавлев И.В., Журавлева Ю.В., Лаптева Е.М., Носс И.Н. Апробация теста общей осведомленности в России. *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. 2016; 13(4): 667–77.
3. Дружинин В.Н. *Психология общих способностей*. СПб.; 1999.
4. Лихтшангоф А.З. Общая осведомленность студентов-медиков. *Проблемы городского здравоохранения*. СПб., 2000; 5: 354–7.
5. Микиртичан Г.Л., Лихтшангоф А.З., Айрапетян Г.Р., Мотов И.Ю. Этическая оценка эвтаназии современными студентами. *Медицина и организация здравоохранения*. 2018; 3(2): 39–43.
6. Furnham A., Chamorro-Premuzic A. Personality, intelligence and general knowledge. *Learning and Individual Differences*. 2006; 16(1): 79–90.
7. Lynn R., Irwing P. Sex differences in general knowledge, semantic memory and reasoning ability. *British Journal of Psychology*. 2002; 93(4): 545–56.

REFERENCES

1. Akimova S.L. Lihtshangof A.Z. Bazovaya informirovannost' studentov-medikov. [Basic awareness of medical students]. *Rossijskij semejnyj vrach*. 2006; 10(1): 35–6. (in Russian)
2. Grigoriev A.A., Zhuravlev I.V., Zhuravleva Yu.V., Lapteva E.M., Noss I.N. Aprobaciya testa obshchej osvedomlennosti v Rossii. [Approbation of the test of general knowledge in Russia]. *Psichologiya. ZHurnal Vysshej shkoly ekonomiki*. 2016; 13(4): 667–77. (in Russian)
3. Druzhinin V.N. *Psichologiya obshchih sposobnostej*. [Psychology of General Abilities]. SPb.; 1999. (in Russian)
4. Lihtshangof A.Z. Obshchaya osvedomlennost' studentov-medikov. [General Awareness of Medical Students]. *Problemy gorodskogo zdravooohraneniya*. SPb., 2000; 5: 354–7. (in Russian)
5. Mikirtichan G.L., Lihtshangof A.Z., Airapetyan G.R., Motov I.Y. Eticheskaya ocenka ehvtanazii sovremennymi studentami. [Ethical evaluation of euthanasia by modern medical students]. *Medicine and health care organization*. 2018; 3(2): 39–43. (in Russian)
6. Furnham A., Chamorro-PremuzicA. Personality, intelligence and general knowledge. *Learning and Individual Differences*. 2006; 16(1): 79–90.
7. Lynn R., Irwing P. Sex differences in general knowledge, semantic memory and reasoning ability. *British Journal of Psychology*. 2002; 93(4): 545–56.

РЕЛИГИОЗНЫЕ ВОЗРАЖЕНИЯ ДЛЯ ВАКЦИНАЦИИ ИЛИ РЕЛИГИОЗНЫЕ ОПРАВДАНИЯ ДЛЯ УКЛОНЕНИЯ ОТ ВАКЦИНАЦИИ: ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ЛИ ОНИ СУЩЕСТВУЮТ?

© *Gordana Pelčić^{1,2}, Silvana Karačić³, Галина Львовна Микиртичан⁴,
Ольга Иосифовна Кубарь⁵, Frank J Leavitt⁶, Michael Cheng-tek Tai⁷, Naoki Morishita⁸, Suzana
Vuletić⁹, Luka Tomašević¹⁰*

Перевод: Ирина Ивановна Могилева

¹ Health Care Center of Primorsko-Goranska County. 51000, Croatia, Rijeka, Kresimirova 52a

² University of Rijeka School of Medicine. 51000, Croatia, Rijeka, B. Branchetta 20

³ Hotel Sveti Križ. 21224, Croatia, Ciovo Island, Arbanija, Domovinke Zahvalnosti 1

⁴ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

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

⁵ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера.
197101, Санкт-Петербург, ул. Мира, д. 14

⁶ Kushiro International Summer School and Conference in Bioethics. Kushiro, Hokkaido, Japan

⁷ Chungshan Medical University. 40242, Taiwan, Taichung, 110 Chien-kuo North Rd, Sec 1

⁸ Hamamatsu University School of Medicine. 1-20-1 Handayama Higashi-ku, Hamamatsu, Shizuoka, Japan

⁹ University of Osijek. 31000, Croatia, Osijek, Trg Svetog Trojstva 3

¹⁰ University of Split. 21001, Split Croatia, Zrinsko-frankopanska 19

Контактная информация: Галина Львовна Микиртичан — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: glm306@yandex.ru

РЕЗЮМЕ: Эпидемии на протяжении всей истории человечества были решающим фактором в ходе экономической, социальной, военной и политической истории. Только повсеместное внедрение принципов рациональной вакцинопрофилактики при непрерывном эпидемиологическом мониторинге позволило снизить заболеваемость и смертность от инфекционных заболеваний, что можно считать одним из величайших достижений общественного здравоохранения в XX веке. Однако в XXI веке периодически фиксируются вспышки инфекционных заболеваний, в частности, кори, что обусловлено снижением охвата иммунизацией из-за активизации антипрививочного движения. Отказ родителей от вакцинации имеет место во всем мире, независимо от религиозного или политического происхождения или географического положения. В статье рассматривается проблема, связанная с отказами от вакцинации по религиозным причинам. В связи с этим дается краткий исторический экскурс и приводятся взгляды на вакцинацию представителей крупнейших мировых религий: христианство, в том числе католицизм, православие, протестантизм; иудаизм; ислам; буддизм, а также религии Японии. Проведенный анализ показал, что ни в одной из представленных религий нет запрета на прививки, наоборот, они часто считаются обязательными для спасения жизней. Выдвигаемые религиозные причины отказа от иммунизации отражают малую информированность общества об истории появления прививки (вариолияция), начало которой было положено в Индии среди представителей касты браминов, жрецов и духовных наставников, а также об основных богословских аспектах основных религий по вопросам иммунизации.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: вакцинопрофилактика; отказ от вакцинации, причины религиозного характера; ведущие религиозные конфессии о вакцинации.

RELIGIOUS OBJECTIONS TO VACCINATION OR RELIGIOUS JUSTIFICATIONS TO REFUSE VACCINATION: IS IT REALLY TRUE?

© *Gordana Pelčić^{1,2}, Silvana Karačić³, Galina L. Mikirtichan⁴, Olga I. Kubar⁵,
Frank J Leavitt⁶, Michael Cheng-tek Tai⁷, Naoki Morishita⁸, Suzana Vuletić⁹, Luka Tomašević¹⁰*
Translation : Irina I. Mogileva

¹ Health Care Center of Primorsko-Goranska County. 51000, Croatia, Rijeka, Kresimirova 52a

² University of Rijeka School of Medicine. 51000, Croatia, Rijeka, B. Branchetta 20

³ Hotel Sveti Križ. 21224, Croatia, Ciovo Island, Arbanija, Domovinke Zahvalnosti 1

⁴ Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2

⁵ Saint-Petersburg Pasteur Research Institute of Epidemiology and Microbiology. 197101, Saint-Petersburg, Mira str. 14

⁶ Kushiro International Summer School and Conference in Bioethics. Kushiro, Hokkaido, Japan

⁷ Chungshan Medical University. 40242, Taiwan, Taichung, 110 Chien-kuo North Rd, Sec 1

⁸ Hamamatsu University School of Medicine. 1-20-1 Handayama Higashi-ku, Hamamatsu, Shizuoka, Japan

⁹ University of Osijek. 31000, Croatia, Osijek, Trg Svetog Trojstva 3

¹⁰ University of Split. 21001, Split Croatia, Zrinsko-frankopanska 19

Contact Information: Galina L. Mikirtichan — MD, PhD, Professor, Head of the Department of Humanities and Bioethics.
E-mail: glm306@yandex.ru

ABSTRACT: Epidemics have always been crucial factors during economic, social, military and political history throughout the whole history of mankind. Only universal introduction of the principles of rational vaccinal prevention along with continuous epidemiological monitoring have allowed reducing mortality and morbidity rates caused by infectious diseases that is possible to be considered as one of the greatest achievements of public health service of the 20th century. However, those outbreaks of infectious diseases in the 21st century that are periodically registered are caused by decrease in immunization coverage due to activation of anti-vaccinal movements. Vaccination refusals of parents take place all over the world, irrespectively of religious or political origin or geographical localization. The article considers the problem associated with vaccination refusals because of religious reasons. In this connection a short historical excursus is given as well as the opinions about vaccination of representatives of the largest world religions: Christianity including Catholicism, Orthodoxy, Protestantism; Judaism; Islam; Buddhism, and also religions of Japan. The carried out analysis has demonstrated that no one of the submitted for consideration religions has any prohibition for vaccination, on the contrary, they are often considered to be obligatory for life safety. Suggested religious causes of immunization refusal reflect low society information awareness of the history of vaccination introduction (variolation) the beginning of which was in India among the representatives of brahmen caste, priests and spiritual advisers, and also of the main theological aspects of the basic religions concerning immunization.

KEY WORDS: vaccinal prevention; vaccination refusal, the reasons of religious character; main religious confessions about vaccination.

В настоящее время мероприятия в области борьбы с эпидемическими заболеваниями основаны на повсеместном внедрении принципов рациональной вакцинопрофилактики при непрерывном эпидемиологическом мониторинге, учете особенностей клинического течения заболеваний, а так-

Today the activities in the field of struggle against epidemic diseases are based on universal introduction of the principles of rational vaccinal prevention along with continuous epidemiological monitoring, registration of specific features of a disease clinical course, and

же проведении сравнительных клинических исследований современных вакцинальных препаратов.

Вакцинация считается одним из величайших достижений общественного здравоохранения в XX веке, которое помогло построить общество, свободное от болезней, которые можно предотвратить с помощью вакцин, и спасти жизни миллионов детей во всем мире [13].

Эпидемии на протяжении всей истории человечества были решающим фактором в ходе экономической, социальной, военной и политической истории, они уничтожали армии, опустошали города, разрушали империи. Примером является Римская империя. Наряду с территориальными изменениями, внутренними восстаниями, непрерывными войнами с варварами, массовым голоданием, борьбой за власть, и истощением ресурсов, одной из основных причин краха Римской империи были многочисленные эпидемии чумы, оспы, малярии и др. Примерно с 166 по 189 гг. в империи свирепствовала эпидемия чумы — «чума Антонина», а возможно оспы. Ее описание оставил знаменитый Гален (129 или 131 — около 200 или 217) — врач Марка Аврелия Антонина, римского императора (161–180), мыслителя и философа, умершего, заразившись во время эпидемии. Эпидемия не только сократила население Римской империи на 20%, но нанесла удар по ее экономике, культурным связям, законности, обороноспособности армии.

Смертоносные эпидемии, по мнению историков, были одной из причин быстрого завоевания европейцами коренного населения Северной и Южной Америки, которые не имели иммунитета к оспе и численность которого быстро сокращалась [17].

Оспа, вероятно, была первой болезнью, которую человечество пыталось предотвратить путем прививки, и первое заболевание, для профилактики которого была разработана вакцина.

Самым древним специфическим методом профилактики считается прививка натуральной оспы путем вариоляции (лат. «variola» — оспа) или инокуляции (лат. «inoculatio» — прививка), т.е. прививка оспы от больного человека здоровому. Вариоляция в течение многих веков практиковалась в Индии, Китае и в центральной Африке, проникла на Кавказ, Среднюю Азию, Османскую империю и др. В связи с темой статьи необходимо заметить, что по некоторым сведениям эта прививка (*tikah*) против оспы возникла в Индии, где специальная каста браминов, жрецов, служащих духовными наставниками в семьях большинства каст высшего или среднего статуса, практиковала эту манипуляцию [32].

Упоминание о прививке есть в древнеиндийском тексте — Аюрведа [14]. До 17 в. она была

also carrying out comparative clinical studies of modern vaccines.

Vaccination is considered to be one of the greatest public health achievements of the 20th century, which has helped to build a society free of vaccine preventable diseases and save lives of millions children across the globe [13].

Epidemics have always been crucial factors during economic, social, military and political history throughout the whole history of the mankind, they destroyed armies, devastated cities, ruined empires. A good example is the Roman Empire. Along with territorial changes, internal rebellions, continuous wars with barbarians, mass starvation, fight for power, and exhaustion of its resources, numerous epidemics of plague, smallpox, malaria and other diseases became one of the principal causes of the Roman Empire crash. Approximately from 166 to 189 an epidemic of plague: “The Antonine plague”, and probably smallpox raged in the Empire. Its description was given by Galen (129 or 131 — about 200 or 217) — the doctor of Marcus Aurelius Antoninus, the Roman emperor (161–180), called the Philosopher who died after catching the disease during the epidemic. The epidemic not just reduced the population of the Roman Empire to 20%, but hit its economy, cultural contacts, law, defence capability of the army.

According to the historians fatal epidemics were one of the reasons of the Europe fast conquest of indigenous population of the North and South America who had no immunity to smallpox and whose number was quickly reduced [17].

Probably smallpox was the first disease which the mankind tried to prevent by inoculation, and the first disease for which the vaccine prevention was developed.

The most ancient specific method of prevention is considered to be vaccination of natural smallpox by variolation (Latin “variola” — smallpox) or inoculation (Latin “inoculatio” — inoculation), i.e. inoculation of smallpox from a patient to a healthy person. Variolation was widely practised for many centuries in India, China and Central Africa, entered the Caucasus, Central Asia, the Ottoman Empire, etc. It is necessary to notice in connection with the article subject that according to some data this inoculation (*tikah*) against smallpox appeared in India where a special caste of brahmen, priests serving as spiritual advisers in the families of the majority of

очень распространена в Индии, вероятно отсюда она проникла в Китай, где считалось, что варолияция была изобретена даосскими или буддийскими монахами или монахинями, и начиная с 11 века стала обычной практикой как смесь медицины, технологии, магии и заклинаний, которые передавались в устной традиции из поколения в поколение [11]. Она широко применялась в Китае в период правления императора Longqing (1567–1572) во время династии Мин (1368–1644). Таким образом, самые ранние описания варолияции для предотвращения оспы указывают на участие в этом представителей религиозных групп [21].

Открытие английского врача Э. Дженнера в 1796 г. вакцинации против оспы путем прививания человеку коровьей оспы возбудило всеобщее внимание, и проверкой его наблюдений занялись не только в Англии, но и во всем просвещенном мире. Поначалу прививка Дженнера вызвала недоверие и неприятие части населения, ряда священнослужителей и некоторых врачей. В частности, религиозная оппозиция выражала сожаление по поводу вмешательства человека в пути прорицания. Местное духовенство полагало, что вакцину нельзя считать «христианской», потому что материал был получен от животных [38].

Э. Дженнер встретился со всем многообразием человеческого поведения, в том числе с клеветой, злобой, невежеством, унижением, выпуском многочисленных карикатур, его называли обманщиком и самозванцем. Но он все выдержал при поддержке своих сторонников и друзей, и дожил до момента славы. Rowland Hill (1744–1833) популярный английский проповедник (preacher), знакомый с Э. Дженнером, был сторонником вакцинации, пропагандировал ее среди прихожан и сам привил тысячи людей. Ему принадлежит трактат на эту тему «Cow-Pock Inoculation: Vindicated and Recommended From Matters of Fact.», вышедший в 1806 г., в то время, когда многие медицинские работники отказывались признавать прививку [9].

В Россию изобретение Дженнера проникло в октябре 1801 г., первую вакцину прислал в Москву из Бреславля доктор Fries. Как и в других странах, в России вакцинация была встречена немедленной критикой части общества и некоторых религиозных деятелей. Распространению вакцинации способствовала активная пропаганда этого метода отечественными врачами, а также выход официальных инструкций и распоряжений об оспопрививании (прививание не было обязательным). Интересным фактом является указ высшего органа церковно-государственного управления Русской церковью Святейшего Синода 1804 г., предлагающий священникам распространять в народе правильный взгляд на прививание коро-

castes of higher or average status, practised this manipulation [32].

The record of inoculation is in the Old Indian text — the Ayurveda [14]. It was well-known in India up to the 17th century, and probably from there it moved to China, where it was considered that variolation had been developed by Taoist or Buddhist monks or nuns, and from the 11th century became a routine practice being a mixture of medicine, technology, magic and invocations which passed in verbal tradition from generation to generation [11]. It was widely applied in China governed by the emperor Longqing (1567–1572) during the Ming Dynasty (1368–1644). Thus, the earliest descriptions of variolations to prevent smallpox specify the participation of representatives of religious groups [21].

English doctor E. Jenner's discovery of vaccination against smallpox by inoculation of cow smallpox to people in 1796 provoked general attention, and checking of his observation was started not only in England, but everywhere in educated world. At first the inoculation of Jenner caused distrust and disapproval of some part of the population, and some priests and doctors. In particular, the religious opposition expressed a regret concerning human intervention in a foresight way. The local clergy believed that it was impossible to consider the vaccine as something "Christian" because the material was received from animals [38].

E. Jenner faced with different types of human behaviour, including slander, rage, ignorance, humiliation, release of numerous caricatures, he was called the deceiver and imposter. But he overcame this with the support of his followers and friends, and lived until the glory moment. Rowland Hill (1744–1833), a popular English preacher, familiar with E. Jenner, was a supporter of vaccination, propagated it among his parishioners and vaccinated thousands of people himself. He wrote a treatise on this subject "Cow-Pock Inoculation: Vindicated and Recommended From Matters of Fact", published in 1806 when many medical workers refused to admit inoculation [9].

In Russia the invention of Jenner appeared in October of 1801, the first vaccine was sent to Moscow from Wroclaw by doctor Fries. Just as in other countries, in Russia vaccination was met by an immediate criticism from some part of the society and some religious figures. Vaccination distribution was promoted by active propagation of this method by

вьей оспы и развеивать существующие в некоторых местностях против нее предрассудки [3]

Однако, опасения относительно вакцин, в том числе и религиозного характера, сохранялись во многих частях мира на протяжении всей истории вакцинации, несмотря на то, что благодаря глобальным кампаниям по вакцинации была ликвидирована оспа, практически исчез полиомиелит, а в результате национальных программ иммунизации в развитых странах произошло значительное сокращение большинства вирусных и бактериальных инфекций.

Следует отметить, что и в XXI веке педиатрическая практика во многих странах свидетельствует об отказе от вакцинации [25].

Педиатры, специалисты по инфекционным заболеваниям и эксперты в области общественного здравоохранения задаются вопросом, почему и как «самое лучшее достижение общественного здоровья» стало медицинской процедурой, которая пугает родителей во всем мире.

Многие родители ищут законный способ избежать вакцинации своих детей. Правовые системы некоторых стран предусматривают обстоятельства и причины, позволяющие на легальной основе отказаться от прививки. Одной из наиболее распространенных причин освобождения являются медицинские причины, за которыми следуют религиозные, социальные и философские причины (личная вера, возражение против совести) [20, 42, 53, 56, 57].

Действительно, в самом начале жизни ребенка перед родителями встает важный вопрос: будет ли их ребенок защищен от опасных болезней с помощью вакцинации? Сегодня для того, чтобы сделать ребенку прививку, требуется согласие родителей. Но любое согласие или несогласие должно быть информированным. Родители же не всегда имеют достаточную информацию, и поэтому многие из них становятся жертвами «антипрививочной пропаганды», широко развернутой в последние годы. Часто пропаганда против прививок ведется не совсем добросовестными методами, а авторы далеки как от научных исследований, так и от практической медицины. При этом, как правило, умалчивается та огромная роль, которую прививки сыграли в победе над рядом опасных болезней, а также о том, чем грозит обществу массовый отказ от вакцинации. Вызывает тревогу и то, что высказывания при этом делаются якобы от имени того или иного конфессионального сообщества, следствием чего становится отказ верующих родителей от прививания детей, не имеющих каких-либо медицинских показаний к этому.

2013 и 2015 гг. были отмечены вспышки болезней, управляемых с помощью вакцин, таких

Russian doctors, as well as by publication of official instructions and orders about smallpox vaccination (which was not obligatory). An interesting fact was the decree of the higher organ of church-state government of the Russian church of the Holy Synod in 1804 offering the priests to propagate among the population a correct opinion about inoculation of cow smallpox and to discredit some prejudices existing in some district areas [3].

However, the concerns about vaccines including religious character, remained in many parts of the world throughout all history of vaccination in spite of the fact that smallpox was completely eliminated and poliomyelitis was practically eliminated due to global vaccination campaigns, and summary national programs of immunization in the developed countries considerably reduced the majority of viral and bacterial infections.

However, in the 21st century, pediatric practice in many countries witnesses an era of vaccination refusal [25].

Pediatricians, infectious disease experts, and public health professionals ask themselves why and how “the greatest achievement of public health” became a medical procedure that frightens parents across the globe.

Many parents are seeking a legal way to avoid vaccinating their children. The legal systems of some countries predict legal vaccination exemptions and rules against vaccination on legal basis. One of the most usual reasons for exemption are medical reasons, followed by the religious, social, and philosophical reasons (personal belief, conscience objection) [20, 42, 53, 56, 57].

Indeed, at the very beginning of the child's life his parents face an important question, whether their child will be protected from dangerous illnesses by vaccination. Today to vaccinate the child it is required to have his parent consent. But any consent or disagreement should be informed. Parents do not always have sufficient information and consequently many of them become victims of “anti-vaccination propagation”, widely developed lately. Quite often propaganda against vaccination is conducted by dishonest methods, and its leaders are far from both scientific research and practical medicine. At the same time, as a rule, it is ignored to mention the huge role which vaccination has had in the victory over a number of dangerous diseases, and the information in what way mass refusal to vaccinate threatens our society. There is some alarm about the

как корь и коклюш [25, 27, 39, 54, 55]. Эти события вызвали всемирную дискуссию о вакцинации, юридически обоснованном отводе от вакцинации и возможных последствиях данного явления, таких как социальное дистанцирование, исключение из школы во время вспышки заболевания, отсутствие на работе и т.д. [8].

Религия влияет на решения о вакцинации и религиозные возражения часто используются родителями в качестве оправдания, чтобы избежать вакцинации своих детей [36, 43, 44, 45, 48, 57]. Некоторые исследования показывают, что число религиозных исключений увеличивается, что приводит к вспышкам заболеваний, которые можно предотвратить с помощью вакцин, таких как вспышка эпидемического паротита в группе протестантов в Нидерландах [24, 54]. Shrivastwa N. et al. (2015) считают религию прогностическим фактором вакцинации детей из индуистских семей [49], тогда как у мусульманских детей больше шансов быть недостаточно вакцинированными или непривитыми по сравнению с привитыми детьми.

В связи с этим, целью статьи явилось выяснение вопроса, представляют ли различные религиозные убеждения сами по себе реальное исключение для вакцинации, или они служат просто предлогом для родителей, чтобы избежать вакцинации. Для реализации этой цели мы рассмотрели краткое содержание взглядов на вакцинацию основных мировых конфессий.

Христианство имеет три направления: православие, католицизм, протестантизм.

КАТОЛИЦИЗМ

Наиболее морально сомнительным вопросом, касающимся вакцинации в католицизме, является использование клеточных линий, полученных от плода в результате добровольно сделанного абортта.

Моральное размыщление о вакцинах, опубликованное Папской академией жизни, предполагает, что таких способов получения вакцин следует избегать, и предлагает поиск альтернатив [37]. Примерами таких вакцин являются клеточные линии WI-38 (Институт Winstar 38) и MRC-5 (Совет по медицинским исследованиям 5), несколько живых вакцин против краснухи (Meruvax, Rudivax, MR-VAX) и вакцины против гепатита (A-VAQTA) и HAVRIX), ветряная оспа (Varivax), оспа (AC AM 1000) и полиомиелит (Polivax) [37, 47].

Когда нет альтернативной вакцины, применение существующей вакцины, изготовленной с использованием клеточной линии abortированного плода, может быть морально оправданным, только в случае, когда необходимо избежать серьезных

fact that most statements are made on behalf of this or that confessional community, and this becomes a consequence of the refusal of religious parents to vaccinate their children without any medical indications to it.

2013 and 2015 were marked by some outbreaks of vaccine controlled diseases such as measles and pertussis [25, 27, 39, 54, 55]. These events triggered a worldwide debate regarding vaccination, legally relevant challenge to vaccinate and its possible consequences such as social distancing, exclusion from school during a disease outbreak, absence from work, etc. [8].

Religion influences decisions on vaccination, and religious objection is often used by parents as an excuse to avoid the vaccination of their children [36, 43, 44, 45, 48, 57]. Some studies demonstrate that the number of religious exceptions has been increasing that leads to vaccine preventable disease outbreaks such as mumps outbreak in the Netherlands protestant orthodox group [24, 54]. Shrivastwa N. et al. (2015) found religion as a predicative factor of children's vaccination status in Indian families [49], while Muslim children had greater chance of being under-vaccinated or unvaccinated compared with the vaccinated children.

In this article we would like to explore whether different religious beliefs are, in itself, real exception for vaccination or they are just a parents' excuse to avoid vaccination.

In this connection, the article purpose was to clear up the question, whether different religious beliefs present an actual exception for vaccination or they serve just as an excuse for parents to avoid vaccination. To follow this purpose we considered the summary of opinions about vaccination of the basic world confessions.

Christianity has three directions: Orthodoxy, Catholicism, Protestantism.

CATHOLICISM

The most morally questionable issue regarding vaccination in Catholicism is using cell lines derived from a voluntary aborted fetus.

The Moral Reflection on Vaccines published by the Pontifical Academy for Life suggests that these ways to develop vaccines should be avoided and proposes a search for alternatives [37]. The examples of such vaccines are cell lines WI-38 (Winstar Institute 38) and MRC-5 (Medical Research council 5),

рисков для детей и всего населения (особенно беременных женщин).

Моральную приемлемость использования этой вакцины следует понимать как «пассивное материальное сотрудничество» и «активный материал», то есть сотрудничество с аморальным действием без злого умысла, допускается только в случае «согласия экстремумов», а именно в экстремальных ситуациях, таких как спасение жизни детей. В документе также предлагается родителям участвовать в таких медицинских процедурах, следуя призыву «возражать против совести» или искать альтернативные источники эффективных вакцин. Помимо этого документа, Catholic Church's Magisterium обсуждает вопросы биоэтики в отношении запрещенных источников биологических материалов человека в двух других документах. *Dignitas personae*, п.п. 34–35 говорят о незаконном происхождении человеческих источников биологического материала, основанном на ведущем принципе биоэтики уважения достоинства личности. Это прослеживается в документах *Donum vitae* (I, 4) и *Evangelium Vitae* [15, 16, 18].

Когда этически приемлемые источники вакцин отсутствуют, необходимо взвесить жизненную важность и риск отсутствия вакцинации. В этих случаях также разрешается использовать даже «морально неприемлемые» вакцины [47]. Катехизис католической церкви не охватывает непосредственно тему вакцинации [23]. Косвенно, есть несколько канонов, которые могут быть применены к проблеме вакцинации. Церковь признает способность человеческого интеллекта встречаться с Богом (канон 39), который является основой для диалога с другими религиями, философией и наукой. Каноны 1939–1943 подчеркивают добродетель солидарности в мире. Распространяя духовные ценности, Церковь на протяжении веков помогала создавать лучшие социальные и культурные условия для жизни разных народов. Католицизм должен подчеркнуть важность риска побочных эффектов вакцинации для укрепления солидарности с другими людьми. Принимая этот риск, люди участвуют в защите всего общества, включая тех, кто не может быть привит из-за медицинских противопоказаний или был привит, но без адекватного иммуногенного ответа [37].

31 июля 2017 г. Папская академия жизни выпустила документ с комментариями по проблеме итальянской вакцины в сотрудничестве с «Конференцией итальянских епископов» «Ufficio per la Pastorale della Salute» и «Ассоциацией итальянских католических врачей».

В нем еще раз подчеркивается, что если в прошлом вакцины готовили с использованием клеток от абортированных человеческих плодов, то в на-

several live vaccines against rubella (Meruvax, Rudivax, MR-VAX), and vaccines against hepatitis (A-VAQTA and HAVRIX), chicken pox (Varivax), smallpox (AC AM 1000), and poliomyelitis (Polivax) [37, 47].

In case there is no available alternative vaccine, the use of the existing vaccine derived from a cell line of aborted fetus is morally acceptable only if it is necessary to avoid serious risks for children and for the whole population (especially pregnant women).

The moral acceptability of using this vaccine should be comprehended as “passive material cooperation” and “active material cooperation” too, which is cooperation with immoral action without evil intention, permitted only in the case of “extrema ratio,” that is in the case of extreme situations such as saving the lives of children. The document also makes the suggestion that parents take part in the medical procedures to follow “the protest of conscience” or seek alternative sources of effective vaccines. Besides this document, the Catholic Church's Magisterium discusses bioethical issues with respect to forbidden sources of human biological materials in two further documents. *Dignitas personae*, issues 34–35, points the illegal origin of human sources of biological material based on its guiding bioethics principle – personality respect that is emphasized in the documents *Donum vitae* (I, 4) and *Evangelium Vitae* [15, 16, 18].

In the case where ethically acceptable sources of vaccines are not available, it is necessary to weigh the vital importance and the risk of no vaccination. In these cases it becomes also allowed to use, even the, “morally inadvisable” vaccines [47].

The Catechism of the Catholic Church does not cover the topic of vaccination directly. Indirectly, there are a few canons that could be applied to vaccination issue [23]. The Church recognizes the ability of human intellect to meet the God (canon 39), which is the foundation for the dialog with other religions, philosophy, and science. The canons 1939-1943 emphasize the virtue of solidarity in the world. By spreading spiritual values, the Church has throughout the centuries helped to create better social and cultural conditions for living among different nations. Catholicism should emphasize the importance of taking the risk of side effects of vaccination to strengthen solidarity with other humans. By taking this risk, people participate in the protection of the en-

стоящее время используемые клеточные линии очень далеки от первоначальных, полученных путем абортов. При этом следует указать, что «неправильное» в моральном смысле заключается в действиях, а не в вакцинах или самом материале. Упомянутые вакцины, наиболее часто используемые в Италии, это вакцины против краснухи, ветряной оспы, полиомиелита и гепатита А. Важно отметить, что сегодня больше нет необходимости получать клетки на основе новых добровольных абортов и что клеточные линии, на которых сделаны вакцины, получены исключительно от двух плодов, развитие которых было прервано в 1960-х гг. С клинической точки зрения следует также повторить, что вакцинопрофилактика является безопасным и эффективным методом защиты от инфекций, несмотря на очень редкие побочные эффекты (реакции, которые имеют место после вакцинации, чаще всего являются легкими и обусловлены иммунным ответом на саму вакцину). Не существует никакой корреляции между введением вакцины и появлением аутизма [34].

Признается моральным обязательством гарантировать охват вакцинацией, необходимый для безопасности других людей, что является не менее насущным, особенно в плане безопасности более уязвимых субъектов, таких как беременные женщины и лица, страдающие иммунодефицитом, которые не могут быть вакцинированы в силу медицинских противопоказаний.

ПРАВОСЛАВИЕ

Чтобы уточнить взгляд православия на процесс вакцинации, мы выбрали пример России, страны, где православная религия является ведущей религией и где историческая перспектива играет особую роль в общественной, социальной и культурной жизни [4]. Русская Православная Церковь абсолютно признает, что вакцинация является основным способом достижения прогресса. Однако, согласно официальной статистике в России, ежегодно 3–5% населения отказываются от вакцинации.

Отказ от вакцинации и причины этого явления не могут быть понятны без учета мотивов развития и становления антивакцинального лобби. Эта история начинается в 1988 г. со статьи «Ну, подумаешь — укол?», где представлена критика отечественной системы вакцинопрофилактики и делается акцент на вреде прививок. [7]. В настоящее время трибуной движения против вакцинации является Интернет, который может обеспечить доступ к населению в целом, не требуя реальной научной оценки эффективности и рисков отказа от вакцинации. Одним из доводов,

tire society, including those who cannot be vaccinated because of medical contraindications or have been vaccinated but without adequate immunogenic response [37].

The Pontifical Academy for Life issued a document commenting on the Italian vaccine issue, in collaboration with the «Ufficio per la Pastorale della Salute» of Italian Bishops' Conference and the «Association of Italian Catholic Doctors», on July 31, 2017.

It is once more underlined that though the vaccines of previous generations were prepared with the use of cells from human aborted fetus, the currently used cell lines are far from the initial ones derived from abortions. It should be specified that “wrong” in moral sense means the actions, but not the vaccines or the material. The mentioned vaccines, most frequently used in Italy, are the vaccines against rubella, chicken pox (varicella zoster), poliomyelitis and hepatitis A. It is important to notice that today there is no necessity to get cells on the basis of new voluntary abortions and that cell lines used for these vaccines were exclusively received from two fetuses which development was interrupted in 1960th. From the clinical point of view it is also necessary to repeat that vaccinal prevention is a safe and effective method of protection against infections, despite very rare side effects (reactions which occur after vaccination more often are mild and are caused by an immune response to the vaccine). There is no any correlation between introduction of a vaccine and autism onset [34].

The moral obligation to guarantee the vaccination coverage necessary for the safety of other people is no less urgent, especially the safety of more vulnerable subjects such as pregnant women and those affected by immunodeficiency who cannot be vaccinated against these diseases.

ORTHODOXY

To clarify the Orthodox view on the vaccination process, we chose the example of Russia, a country where the orthodox religion is the leading religion and where historical perspective plays a special role in public, social, and cultural life [4]. The Russian Orthodox Church absolutely acknowledges that vaccination is the main way to achieve progress. However, according to official statistics in Russia, annually 3–5% of the population refuse to be vaccinated.

используемых противниками вакцинации, является спекуляция религиозными убеждениями. В последнее время движение против вакцинации стало активно распространяться в монастырях, церквях и посредством видеопродукции. По сути, медицинский вопрос стал «яблоком раздора» среди верующих людей.

Все это побудило официальную Русскую православную церковь опубликовать мнение по теме вакцинации. В сентябре 2008 г. в отделе церковной благотворительности и социального обслуживания Синод организовал круглый стол «Профилактика проблем вакцинации в педиатрической практике и пути принятия решения» [2, 5]. В заключительном документе Синода говорится: «Вакцинация мощный инструмент профилактики инфекционных заболеваний, некоторые из которых чрезвычайно опасны. В некоторых случаях прививки действительно вызывают осложнения, которые чаще всего связаны с нарушением правил вакцинации, например, их применение для ослабленных детей». Русская православная церковь осудила пропаганду антивакцинации и запретила распространение антивакцинальной литературы, аудио- и видеоматериалов в монастырях и храмах [1].

Позиция православных врачей и философов отразилась в заявлении Церковного общественного совета по биомедицинской этике Московского патриархата и в заявлении Департамента церковной благотворительности и социального обслуживания Московского патриархата и Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Это же подтверждено в «Совместном заявлении Совета и Общества православных врачей России о проблемах вакцинации в России» [6]. В этих документах недвусмысленно утверждается, что вакцинация является необходимой современной мерой профилактики инфекционных заболеваний, отказ от которой может привести к серьезным последствиям.

В то же время было отмечено, что некоторые аспекты вакцинации требуют дополнительного внимания. Российская общественность выразила обеспокоенность по поводу вакцин против краснухи, гепатита А и ветряной оспы, которые производятся из диплоидных клеток из abortированных эмбрионов.

По этому поводу в «Совместном заявлении Совета и Общества православных врачей России о проблемах вакцинации в России» отмечается, что «Греховные действия, в результате которых были получены диплоидные клетки человека, использующиеся сейчас для изготовления вакцин, были совершены несколько десятков лет назад и не носят повторяющегося систематического ха-

Refusal of vaccination and the causes of this phenomenon cannot be clear without being familiar with the development motives and the history of anti-vaccination lobby. This story begins in 1988 with the article “Well, I Think — Shot” [7], which gives a critical view on domestic system of vaccinal prevention underlying vaccination harmful effect. At present, the tribune of the anti-vaccination movement is the internet, which can provide access to the general population without demanding a true scientific assessment of efficiency and risks of vaccination.

One of the motives used by opponents of vaccination is speculation in religious beliefs. Recently the anti-vaccination movement began to spread actively in monasteries, churches, and through a video production. An essentially medical question became “a bone of contention” among the believing people.

This all prompted the official Russian Church to issue an opinion about the topic of vaccination. In September 2008, the department of church charity and social service, the Synod organized a round table “Vaccine’s Prevention of Paediatric Problems and Ways of Making the Decision” [2, 5]. The Synod’s final document states: “Vaccination is a powerful tool of prevention of infectious diseases, some of which are extremely dangerous. In some cases inoculations really cause complications that are most often connected with violation of the rules of vaccination, such as its use on weakened children.” The Russian Orthodox Church condemned anti-vaccination promotion and forbade the distribution of anti-vaccination literature and audio-video material in its monasteries and temples [1].

The position of orthodox doctors and philosophers was reflected in the statement of Church Public Council on Biomedical Ethics of the Moscow Patriarchy and in the statement of the Department of Church Charity and social service of the Moscow Patriarchy and the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation. The same opinion is proved by “Joint Declaration of the Council and Society of Russian Orthodox doctors about vaccination problems in Russia” [6]. These documents unambiguously state that vaccination is a necessary modern measure of infectious diseases prevention, the refusal of which can lead to serious consequences.

At the same time it was noted that some aspects of vaccination demand additional attention. The Russian public has shown concern re-

рактера. При этом надо учесть также, что не было совершено преднамеренного умерщвления плода с целью получения диплоидных клеток.

Использование вакцин, изготовленных на основе диплоидных клеток, спасло жизни и предотвратило тяжелые пороки развития (уродства) у многих тысяч людей. Вместе с тем мы считаем необходимым решительно высказаться в пользу применения альтернативных (этических) вакцин при их наличии» [6].

Есть альтернативные (так называемые «этические») вакцины против краснухи, полученные из клеточной линии кролика (Япония) вакцины против гепатита А, изготовленные из клеточной культуры обезьяны (Vero, Япония). Однако применение этих вакцин только начинается, и оно не является широко доступным, поэтому против этих заболеваний в основном используются диплоидные вакцины.

Отношение Русской Православной Церкви к вакцинации еще раз озвучил председатель Синодального отдела по благотворительности, председатель Общества православных врачей России епископ Орехово-Зуевский Пантелеймон. Он подтвердил, что запрета Церкви на прививки нет, более того, неоднократно были выпущены указы архиереям и священникам, чтобы они разъясняли пользу этого метода профилактики пастве.

ПРОТЕСТАНТИЗМ

В протестантизме есть различные церковные союзы и деноминации без высшей ведущей моральной фигуры, такой как папа в католической церкви. Протестантизм подчеркивает индивидуальную свободу и дает родителям право решать, делать прививку своим детям или нет. Согласно статье W.L. Ruijs с соавт. из Нидерландов, ортодоксальные протестантские родители, которые отказываются от вакцинации по религиозным мотивам утверждают, что вакцинация является актом вмешательства в божественное провидение [44, 45]. Те, кто на самом деле прививал своих детей, воспринимают побочные эффекты прививки как Божий знак того, что они приняли неправильное решение. С другой стороны, родители — сторонники вакцинации считают вакцинацию даром Бога [45]. Они также выяснили, что религиозные лидеры одной конфессии имели разные точки зрения на вакцинацию: некоторые не затрагивают тему вакцинации, потому что она является общепринятой, другие сознательно оставляют выбор членам своей общины, а третьи обращают внимание на негативную коннотацию относительно вакцинации в их религиозной деятельности [44].

garding vaccines against rubella, hepatitis A, and chicken pox, which are produced from the diploidic cells from aborted embryos.

Concerning this it is noticed in “Joint Declaration of the Council and Society of Russian Orthodox doctors about vaccination problems in Russia” that “Sinful activities which resulted in getting human diploid cells used for vaccines production now, were made some decades ago and were not characterized by repetitive regular character. Thus, it is necessary to consider the fact that there was not performed any intentional killing of a fetus with the purpose to get diploid cells.

The use of vaccines made on the basis of diploid cells has saved lives and has prevented severe malformations (deformities) in many thousands people. At the same time we consider it necessary to express emphatically the opinion in favour of application of alternative (ethical) vaccines in case of their presence” [6].

There are alternative (so-called “ethical”) rubella vaccines received from the cellular line of a rabbit (Japan), hepatitis A vaccines, made from the cellular culture of the monkey (Vero, Japan). However, application of these vaccines is only beginning and it is not widely available, so the diploidic vaccines against these diseases are mostly used.

The attitude of Russian Orthodox Church to vaccination has been given one more time by the chairman of the Synod department on charity, the chairman of the Russian Society of Orthodox doctors, the bishop Orehovo-Zuevsky Panteleimon. He has confirmed that there is no any prohibition of the Church for vaccination, moreover, it was decreed that archbishops and priests should explain the advantage of this preventive method to the flock.

PROTESTANTISM

In Protestantism, there are various church unions and denominations without a supreme leading moral figure, such as the Pope in the Catholic Church. Protestantism accentuates individual freedom and gives parents the right to decide whether to vaccinate their children or not. According to W.L. Ruijs et al. from the Netherlands [44, 45] Orthodox Protestant parents who refuse the vaccination due to religious reasons claim that vaccination is an act of interfering with divine providence. Those who actually vaccinated their children consider the side-effects of vaccination as a God's sign that

Можно говорить, что протестантизм по своей сути не против прививок. Те протестанты, которые высказываются против прививок, в основном приводят те же аргументы, что и атеисты, выступающие против вакцинации: вакцинация вызывает нежелательные побочные эффекты, такие как аутизм, эта вакцинация ослабляет вид, не позволяя нашему телу бороться с болезнями, что это «продукт» говора фармацевтических компаний и правительства против простых людей. Практически все это не имеет отношения к протестантской вере. Между протестантизмом и прививками нет никакого внутреннего конфликта.

ИУДАИЗМ

Иудаизм — одна из древнейших монотеистических религий человечества и самая древняя из существующих в настоящее время.

На израильское законодательство традиционно влиял религиозный закон в вопросах рождения, брака и смерти. Однако еврейское богословие ничего не говорит нам о современной медицине. Вакцинация была неизвестна в библейские и талмудические времена, но были известны методы сохранения здоровья и жизни, особенно чистоты. Бог создал человека не только по своему физическому образу и подобию, но и по своему ментальному образу и подобию. Когда Бог повелел человечеству «плодиться и размножаться», Он оставил людям решать, как это сделать. Однако ясно, что народ не может плодиться и размножаться, если не будет здоров. Человек должен использовать свой ум и силу мышления, чтобы решить, как сохранить свое здоровье. Это были семена профилактической медицины. Люди используют разум, который им дал Бог, чтобы выйти за пределы первозданной природы, которую сотворил Бог, и сохранить здоровье, необходимое для соблюдения Его заповедей. Вакцинация — одна из тех практик, которая разработана на основе этих семян.

Это следует рассматривать в смысле первостепенной заповеди Пикуах нефеш — принципа иудаизма, гласящего, что спасение или защита человеческой жизни (своей или чужой жизни детей и соседей) перекрывает любые другие религиозные мотивы. Когда жизнь конкретного человека в опасности, почти любая запрещающая заповедь Торы становится неприменимой [21].

Иудаизм традиционно предполагает определенные действия своих верующих, направленные на сохранение здоровья. Религиозные деятели применяли эту директиву для поощрения вакцинации против оспы в предыдущие эпохи. Раввин и врач Моше бен Маймон (1135–1204) (также называемый Маймонид или Рамбам) говорил: «Любой, кто мо-

they made a wrong decision. On the other hand, pro-vaccine parents believe vaccination to be a gift of God [45]. They also found that religious leaders of the same confession had different points of view about vaccination: some do not address the topic of vaccination because it is generally accepted, the others deliberately leave the choice to the members of their congregation, and the third address the negative connotation regarding vaccination in their religious work [44].

It is possible to say that actually Protestantism is not against vaccination. Those Protestants who express their opinion against vaccination basically give the same arguments, as the atheists opposing vaccination: vaccination causes undesirable side-effects, such as autism, vaccination weakens species not allowing our body to struggle with diseases, this is a “product” of collusion between pharmaceutical companies and the government against ordinary people. Practically all this does not concern Protestant trust. There is no any internal conflict between Protestantism and vaccinations.

JUDAISM

Judaism is one of the most ancient monotheistic religions of the mankind and the most ancient one among those existing now.

Israeli legislation has been traditionally influenced by religious law in the matters of birth, marriage, and death. However, Jewish theology tells us nothing explicit about today's medicine. Vaccination was unknown in Biblical and Talmudic times, but methods for preserving health and life, particularly cleanliness, were known. God made the man not only to His physical image and likeness, but to His mental image and likeness. When God commanded mankind to “be fruitful and multiply,” He left it up to people to decide how to do this. It is clear, however, that population cannot be fruitful and multiply unless it is healthy. A man must use his own mind and power of thinking to decide how to preserve his health. These were the seeds of preventive medicine. People use the intelligence that God gave them to go beyond the raw nature which God created, and to preserve the health which we need to obey His commandments. Vaccination is one of the practices developed from these seeds.

It should be considered in the sense of primary Pikuakh nefesh — the Judaism principle, saying that rescue or protection of human life

жет спасти жизнь, но не может этого сделать, нарушает: «Вы не должны стоять в стороне от крови своего соседа» [21]. Действительно, в местах, где услуги по вакцинации были периодически доступны, некоторые ученые заявляли, что допустимо отменить субботние ограничения на деятельность, чтобы позволить вакцинацию. Точно так же существуют исключения из обязательства голодания во время поста, если кто-то болен.

Известная религиозная еврейская организация Ортодоксальный Союз «настойчиво призывает всех родителей вакцинировать своих здоровых детей в соответствии с графиком, рекомендованным их педиатрами» [40]. Хотя израильский закон не требует вакцинации, правительство пытается оказать давление, отказывая в выплате пособий на детей родителям, которые не вакцинируют своих детей. Этот шаг правительства был представлен оппозицией как вмешательство в права человека. Однако это не вопрос прав родителей, а прерогатива прав детей на сохранение здоровья. Данный спор, однако, еще не урегулирован [50]. Когда речь идет о детях, когда речь идет о серьезных рисках для здоровья или жизни, безответственно игнорировать почти универсальный аргумент медицинского мнения. Дети должны быть привиты, так как почти все израильские родители согласны с этим [30].

ИСЛАМ

Ислам самая молодая и вторая по численности приверженцев, после христианства, мировая mono-теистическая авраамическая религия [31]. Исламская религия регламентирует практически все сферы жизни мусульманина, этот комплекс предписаний, определяющих убеждения, формирующих религиозную совесть и нравственные ценности мусульман, называется шариат. Священная для мусульман книга Коран закрепляет эти предписания. Одно из них, запрещающее употребление определенной пищи, включено в понятие «харам» (араб. — запретное), например, мясо свиньи, кровь животных, птиц и др. Однако не считается грехом использование мусульманином запретной пищи в случае употребления продуктов во время нужды (голод, жажда, болезнь или смертельная опасность), если отсутствует альтернатива — питание допустимыми исламом продуктами. Последние, разрешенные к употреблению продукты и блюда из мяса «правильных» животных (баранина, говядина, конина), причем в зависимости от того, как они умирают, составили категорию «халляль» [21].

Эта проблема отражена в медицине в отношении использования желатина в медицинских продуктах. Если желатин получен из халяльного

(your own one or a life of children and neighbours) blocks any other religious motives. When a life of some person is in danger, almost every forbidden commandment of Torah becomes inapplicable [21].

Judaism traditionally expects certain actions of the believers directed to preservation of their health. Previously the religious figures applied this guideline to encourage vaccination against smallpox. A rabbi and doctor Moses ben Maimon (1135-1204) (also known as Maimonides or Rambam) said: «Any person who can save a life, but doesn't do it, breaks the rules: "You must not stay away from the blood of your neighbor" [21]. Indeed, in those places where vaccination services were periodically accessible, some scientists declared that it was acceptable to cancel Saturday restrictions concerning any activity to allow vaccination. There are similar exceptions to the obligation of fasting during a post if someone is ill.

The distinguished religious Jewish organization, the Orthodox Union “strongly urges all parents to vaccinate their healthy children on the timetable recommended by their pediatricians” [40]. Although the Israeli law does not require vaccination, the government is trying to exercise pressure by denying child allowance payments to parents who do not vaccinate their children. This step of the government has attracted opposition on the grounds of interference with individual rights. It is, however, not a matter of parents' rights, but of the children's right to health. The controversy has not yet been settled [50]. When children are concerned, and serious risks to health or life are involved, it is irresponsible to ignore the almost universal weight of medical opinion. Children should be vaccinated, as almost all Israeli parents agree with it [30].

ISLAM

Islam is the youngest religion and the second in number of its followers after Christianity being a world monotheistic Abrahamic religion [31]. Islam religion regulates almost all aspects of life of the Muslim, this complex of instructions defines the beliefs, forming religious conscience and moral values of the Muslims, and is called Shari. The Holy book Quran fixes these instructions. One of them, forbidding the use of certain food, is included in the concept “Kharam” (Arab — forbidden), for example, pork, blood of animals, birds, etc. However, the use by the Muslims of forbidden food in case of urgent need (hunger, thirst, illness or mortal danger) is not

животного, то допустимо использовать это. Если кто-то находит себя в ситуации, когда нет альтернативы халяль, человек не виновен в использовании варианта без халяля, основанного на «законе необходимости». Вакцины важны для медицинских целей, а не для диеты, поэтому могут быть разрешены ингредиенты (преобразование компонентов харама в продукты халяль). Согласно исламской традиции, вакцинация служит для защиты жизни, уважения принципа предотвращения вреда (izalat al-dharar) и общественных интересов (maslahat al-ummah). Вакцинация защищает других, поэтому следует учитывать закон необходимости. Он имеет целью профилактику, поэтому его компоненты не могут быть оценены как диета [21].

БУДДИЗМ

Буддизм — религиозно-философское учение (дхарма) о духовном пробуждении (бодхи), возникшее в середине 1-го тысячелетия до н.э. в Древней Индии. Буддизм утверждает, что жизнь едина, а это значит, что все формы жизни, по сути, связанны друг с другом и имеют общую сущность. Хотя существуют разные выражения жизни, их бытование в основном одинаково, и отличается только внешними формами бытия. Буддизм также верит в Колесо Перерождения, что означает, что все формы жизни будут перевоплощаться в соответствии с кармой, которую они накопили при жизни. Когда-нибудь, в процессе реинкарнации, когда вся карма будет полностью исчерпана, колесо перерождения может быть остановлено. Чтобы достичь этой Нирваны, каждый буддист должен тщательно соблюдать 8-кратный Путь и Десять заповедей, которые помогают предотвратить любое накопление кармы. Эти предписания включают в себя: не отнимать жизнь, не воровать, быть целомудренным, не лгать, не принимать одурманивающих веществ и т. д. [31]. Первая из пяти священных заповедей¹ в Палийском каноне (собрание священных буддийских текстов на языке пали): не убивай — затрагивает некоторые из самых актуальных проблем сегодняшнего дня, от веганства до абортов и эвтаназии. Она гласит: «Panatipata veramani sikkhapadam samadiyami», что означает «Я беру на себя тренировочное правило, чтобы воздерживаться от взятия жизни». Здесь слово «рата» относится к любо-

considered to be a sin if there is no any alternative — feeding with permissible by Islam products. These products and meat dishes of the meat of “correct” animals (mutton, beef, horseflesh) allowed for the use, and depending on the way how these animals died, made the category “Halal” [21].

This problem is reflected in medicine regarding the use of gelatin in medical products. If gelatin is derived from halal animal it is permissible to use it. If someone finds him or herself in a situation where there is no halal alternative, the person is not guilty of using no-halal option based on the “law of necessity.” The vaccines are important for medical purpose, not for diet, therefore haram ingredients could be permitted (transformation of haram components to halal products). According to Islamic tradition, vaccination serves to protect life, to respect the principle of preventing harm (izalat al-dharar), and public interest (maslahat al-ummah). Vaccination protects others, which is why the law of necessity should be considered. It has a purpose in prevention, therefore its components cannot be judged as a diet [21].

BUDDHISM

Buddhism is a religious and philosophical theory (dharma) about spiritual awakening (bodhi) that appeared in the middle of the 1st century BC in ancient India. Buddhism claims that life is a single whole, which means that all forms of life are essentially related to one another and share a common essence. Though there are different expressions of life, their existing basically is identical, and differs only in external forms of life. Even though there are different expressions of life, their lives are basically the same and they only differ in their external forms of being. Buddhism also believes in the Wheel of Rebirth, meaning that all forms of life will be reincarnated according to the karma they accumulated while living. Someday, in the process of reincarnation when all karma has been completely exhausted, the wheel of rebirth can be stopped. In order to reach this Nirvana, every Buddhist must carefully observe the 8-fold Path and the Ten Precepts that help prevent any accumulation of karma. These precepts include: not taking life, not stealing, being chaste, not lying, not drinking intoxicants, etc [31]. The first of five sacred precepts in the Pali Canon (collection of scriptures in Buddhist tradition in the Pali language), — do not kill — touches some of the most urgent problems of today, from veganism to abortions and

¹ Пять священных заповедей (Панчашила; пали: raiṣa-śīla; санскр. rāṣa-śīla, буквально «пять добродетелей», «пять обетов» или «пять заповедей») — базовый кодекс буддийской этики, принимаемый буддистами-мирянами в традициях как Тхеравады, так и Махаяны, двух основных существующих направлений буддизма.

му живому существу, у которого есть дыхание и сознание.

Сутра Махаяны Брахаджала объясняет первую заповедь следующим образом: «Ученик Будды не должен сам убивать, побуждать других убивать, убивать подходящими средствами, восхвалять убийство, радоваться тому, что он стал свидетелем убийства, или убивать посредством заклинаний или отклоняющихся мантр. Он не должен создавать причин, условий, методов или кармы убийства и не должен намеренно убивать ни одно живое существо» [10, 41].

Современные буддисты обычно используют вакцины для защиты своего здоровья. Но согласно основному учению буддизма, если вакцина получена из любой формы жизни, ее использование является спорным. Первая из десяти буддийских заповедей — «не отнимай жизнь». Однако ранний буддизм никогда не сталкивался с вопросом, является ли плод формой жизни. Буддизм в основном запрещает любые действия, которые приведут к разрушению любой потенциальной жизни. Поэтому буддизм требует от своих последователей доброго отношения ко всей жизни [12]. С другой стороны, буддийские биомедицинские исследователи, которые экспериментируют с формами жизни, считают, что цель биомедицинских исследований состоит в том, чтобы спасти, а не пожертвовать жизнью. Они проводят эксперименты из любви к жизни, например, они экспериментируют на донорских тканях или образцах, тем самым не накапливая плохую карму. Современный взгляд на буддизм будет подчеркивать важность спасения жизни, а не отнятия ее [51]. Вообще, буддийское учение довольно консервативно с точки зрения использования любой формы жизни для создания вакцины.

РЕЛИГИИ ЯПОНИИ

В Японии бытует много религиозных взглядов, однако у японцев нет четкой системы убеждений под названием «религия». Так что «японская религия» означает «японский метафизический здравый смысл». Этот метафизический смысл был сформирован путем объединения и смешения буддизма, даосизма и конфуцианства, основанного на местном синтоистском вероисповедании [26, 28, 46]. Здесь «метафизический» означает «способ видеть или думать о вселенной или полной реальности», которая является ядром религии. Религиозные формы различны, но их метафизические ядра соответствуют друг другу.

Вселенная для японцев — это движущаяся сеть различных соотношений вещей и действий, как бесконечная живая система. Они верят в непознавае-

euthanasia. The first of the five precepts in Pali reads as Panatipata veramani sikkhapadam samadiyami meaning that “I undertake the training rule to abstain from taking life.” Here the word pana refers to any living being that has breath and consciousness.

The Mahayana Brahajala Sutra explains the first precept in this way: “A disciple of the Buddha shall not himself kill, encourage others to kill, kill by expedient means, praise killing, rejoice at witnessing killing, or kill through incantation or deviant mantras. He must not create the causes, conditions, methods, or karma of killing, and shall not intentionally kill any living creature” [10, 41].

Modern Buddhists will generally use vaccines to make sure their health is protected. But according to the essential teaching of Buddhism, if the vaccine is derived from any life form its use is debatable. The first of the Ten Buddhist Precepts is “not taking life.” However, early Buddhism was never confronted with the question whether a fetus is a life form. Buddhism basically forbids any act that will lead to the destruction of any potential life. Therefore, Buddhism requires its followers to treat all life kindly [12].

On the other hand, Buddhist biomedical researchers who experiment on life forms believe that the purpose of biomedical research is to save rather than to sacrifice life. They do the experiments for the love of life, for instance, they experiment on the donated tissues or samples, thereby accumulating no bad karma.

The modern view of Buddhism will stress the importance of saving life rather than taking life [51]. Generally speaking, Buddhist teaching is rather conservative in terms of using any life form to create vaccine.

JAPAN RELIGIONS

There have been many religious forms in Japan. However, Japanese people do not have a clear belief system called “religion.” So that “Japanese religion” means “Japanese metaphysical common sense.” This metaphysical sense has been formed by integrating and mixing Buddhism, Taoism, and Confucianism, based on the indigenous Shinto [26, 28, 46]. Here “metaphysical” means “a way of seeing or thinking of the universe or the total reality,” which is the core of religion. Religious forms are various, but their metaphysical core is consistent.

мую и своевольную сущность, отражающую вселенную как виртуальный фокус в зеркале, который был назван Kami (богами), Hotoke (Буддой) или Ten (Небесами). Эта таинственная сущность упорядочивает и дает людям все необходимые связи вселенной, которая называется Michi (Дао или Путь) или Ri (Логос или Рацио). Исходя из своего религиозного здравого смысла, японцы принимают все отношения вещей и действий такими, какие они есть, и чувствуют себя очень хорошо знакомыми со всем, что с ними связано. Кроме того, с благодарностью они проводят поминальные службы для использованных инструментов или для принесенных в жертву лабораторных животных [33]. Поэтому они склонны отвергать все биомедицинские практики, технологии или эффекты, считающиеся неестественными. Это очень очевидно в случае трансплантации органов и вакцинации. Это «неестественное» подразумевает сложные чувства определенного отклонения от стандартного хода вещей. После революции в Мэйдзи (1868 г.) японцы признали современную биомедицину, и постепенно приняли вакцинацию в качестве своего символа. В 1948 г. новое правительство Японии сделало вакцинацию обязательной. Таким образом, после 1962 г. вакцинация практиковалась коллективно и гарантировано. Но в 1994 г. она была внезапно объявлена необязательной под давлением общественности, посчитавшей опасными побочные эффекты вакцинации.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ

Несмотря на то, что прошли столетия с тех пор как Эдвард Дженнер ввел вакцинацию, эмоциональное восприятие и укоренившиеся убеждения философского, политического или духовного характера, зачастую лежащие в основе противодействия вакцинации, остаются относительно неизменными. Отказ родителей от вакцинации имеет место во всем мире, независимо от религиозного или политического происхождения или географического положения. Во многих странах правовые системы рекомендуют способ реагирования на отказ от вакцинации [52]. Например, в Хорватии вакцинация является обязательной, закон ясен, но практика вакцинации и решения суда не стандартизированы. Законодатели вряд ли будут вводить юридические ограничения на основе религиозных или философских привилегий [56, 57]. Количество отказов от вакцинации по религиозным мотивам увеличивается. Вопрос состоит в том, является ли разнообразие и свобода религиозных мнений угрозой общественному здоровью, в данном случае для системы вакцинации [22]. Существует много публикаций, касающихся религиозных исключений в отношении вакцинации, основанных на правах религиозной

The universe for Japanese people is a moving network of various relations of things and actions, like an infinite living system. They believe in an unknowable and willful entity reflecting the universe like a virtual focus in a mirror, which has been called Kami (gods), Hotoke (Buddha), or Ten (Heaven). This mysterious entity orders and gives people the whole necessary connections of universe, which is called Michi (Tao or Way) or Ri (Logos or Ratio). Based on their religious common sense background, Japanese people accept all relations of things and actions as they are and feel very familiar with everything relating to them. Moreover, with gratitude, they hold memorial services for used tools or for sacrificed laboratory animals [33]). Therefore, they tend to reject all biomedical practices, technologies, or effects considered as unnatural. This is very obvious in the case of organ-transplant and vaccination. This “unnatural” implies the complex feelings of certain deviation from the standard course of things. Since Meiji Revolution (1868), Japanese people have basically acknowledged modern biomedicine, and they have gradually accepted vaccination as its symbol. In 1948, new Japanese government made vaccination mandatory. Thus, after 1962, vaccination has been practiced collectively and compulsory. But, in 1994, it was suddenly proclaimed optional under the pressure of the public taking vaccination side effects as dangerous.

CONCLUDING REMARKS

In spite of the fact that centuries have passed since Edward Jenner introduced vaccination, the emotional perception and the established beliefs of philosophical, political or spiritual character frequently underlying counteraction of vaccination, remain rather invariable. Vaccination refusal among the parents of pediatric population is emerging globally, regardless of religious or political background or geographical location. In many countries legal systems advise how to react to vaccination refusal [53]. For example, in Croatia vaccination is mandatory, the law is clear, but the practice of vaccination and the court judgments are not standardized. The legislators are unlikely to enact legal limitations of religious or philosophical exemption [56, 57].

The number of vaccination refusals based on religious exemption is increasing. The question is whether diversity and freedom of religious views could be a threat to public health, in this case to the vaccination system [22]. There are

свободы [42, 43, 48]. В большинстве этих публикаций упоминается религиозное освобождение для иммунизации. Тем не менее, религия может обеспечить существенный прогресс в вопросе позитивного отношения к вакцинации, который достаточно редко используются в дискуссиях на эту тему. Например, понятия солидарности, разделения риска или принятия риска вакцинации для тех, кто не может быть вакцинирован из-за медицинских противопоказаний или из-за своего состояния.

Хотя в этой статье авторы не охватывают все религии, они отражают мнение религиозных конфессий и социальную среду общества, к которому они принадлежат. Большинство религий рассматривают жизнь как основную ценность и поэтому выступают против использования вакцин, полученных из абортированных человеческих плодов (католицизм) или любой формы жизни (буддизм). Но если эти вакцины служат для защиты еще многих жизней, они разрешены. В связи с этим мы не должны рассматривать вакцинацию в противовес богословской базе и моральным ценностям. Следуя этой идеи, религия не противоречит прививкам и общественному здравоохранению.

Только отдельные родители или религиозные лидеры и их сомнительная интерпретация религиозных практик выступают против вакцинации, а не религия как таковая. Чтобы оградить вакцинацию от спорного религиозного толкования, мы должны приблизить общественность к основным богословским аспектам.

Общество XXI века, как и многие общества и культуры в истории человеческой цивилизации, использует религию как оправдание для войн, дискриминации, а теперь и для отказа от вакцинации. Вопрос в том, знает ли гражданское общество мнение своей религии по этим вопросам. Одним из шагов в разрешении ситуации должно стать соответствующее сообщение, чтобы осветить суть религиозных взглядов на вакцинацию [19, 29, 35].

ЛИТЕРАТУРА

1. Борьба против прививок: позиция Церкви. Церковный вестник. 2009; 23. Доступен по: <http://www.patriarchia.ru/db/text/952723.html> (дата обращения 10.02.2016).
2. Геппе Н.А., Малахов А.Б., ред. Вакцинация для детей (брошюра для родителей). Рекомендовано к публикации Издательским Советом Русской Православной Церкви. М.; 2010. Доступен по: <http://www.diaconia.ru/vakcinoprofilaktika-u-detej-broshyura-dlya-roditelej> (дата обращения 10.02.2016).
3. Губерт В.О. Оспа и оспопрививание. Исторический очерк до XIX столетия. СПб.: Типография П.П. Сойкина; 1896.

many publications regarding the religious exception of vaccination [42, 43, 48] based on the rights of religious freedom. Most of these publications refer to religious exemption for immunization. However, religion can provide perspectives on vaccination that are rarely used in debates on this topic. For example, the notions of solidarity, risk sharing, or taking the risk of vaccination for those who cannot be vaccinated because of medical contraindication or because of their conditions.

Although in this paper the authors did not cover all religions, they reflect the opinion of religions and social environment of the society which they come from. The majority of religions respect life as a basic value and therefore oppose the use of vaccines derived from aborted human fetuses (Catholicism) or any form of life (Buddhism). But if these vaccines serve to protect many more lives they are permitted. Regarding this, we should not consider vaccination opposed to the theological base and values. Following this idea, religion is not in contradiction with vaccination and public health. It is only individual parents or religious leaders and their questionable interpretation of religious practices that are opposed to vaccination, no religion as such. In order to protect vaccination from the questionable religious interpretation we should bring closer to the public the basic theological perspective.

The society of the 21st century, just as many societies and cultures in the history of human civilization, use religion as an excuse for wars, discrimination, and now for vaccination refusal. The question is whether the civil society is aware of the teachings of their religion on these issues. One of the steps in resolving the situation should be the appropriate communication [19, 29, 35] to illuminate the essence of religious perspectives regarding vaccination.

REFERENCES

1. Bor'ba protiv privivok: pozitsiya Tserkvi. [Fight against inoculations: position of Church]. Tserkovnyy vestnik. 2009; 23. Available at: <http://www.patriarchia.ru/db/text/952723.html>. (accessed 10.02.2016). (in Russian).
2. Geppe N.A., Malachov A.B., ed. Vaktsinatsiya dlya detey (broshyura dlya roditeley) Rekomendovano k publikatsii Izdate'l'skim Sovetom Russkoy Pravoslavnoy Tserkvi. [Vaccination for children (brochures for parents). It is recommended to the publication by Publishing Advice of Russian Orthodoxy Church]. M.; 2010. Available at: <http://www.diaconia.ru/vakcinoprofilaktika-u-detej-broshyura-dlya-roditelej>. (accessed 10.02.2016). (in Russian).

4. Митрополит Иларион (Алфеев). Православие. В 2 т. М.: Изд-во Сретенского монастыря; 2010.
5. Протоиерей Сергий Филимонов, ред., А.В. Закревская. Православный взгляд на вакцинопрофилактику. СПб.: Диалог; 2007.
6. Совместное заявление Совета и Общества православных врачей России о проблемах вакцинации в России. Доступен по: <http://www.patriarchia.ru/db/text/964218.html>. (дата обращения 10.02.2016).
7. Умнов В. Ну подумаешь — укол. Комсомольская правда. 1988: 15(9). Доступен по: <http://a-naumov.narod.ru/books.files/Vaccination/4.html>. (дата обращения 10.02.2016).
8. Baker-White Andy. 2015 School Vaccination Legislative Review. Posted on Wend, Aug 19 2015. Available at: https://www.networkforphl.org/the_network_blog/2015/08/19/678/2015_school_vaccination_legislative_review/. (accessed 10.10.2015).
9. Bazin H. The Eradication of Smallpox. Edward Jenner and the First and Only Eradication of a Human Infectious Disease. Journal of Public Health Policy. 2002; 23(4): 517–519. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/003693309704200407> (accessed 10.10.2015).
10. Bodhi B. Going for refuge & taking the precepts. Buddhist Publication Society, 2013. Available at: <http://www.accesstoinsight.org/lib/authors/bodhi/wheel282.html>. (accessed 17.12.2015).
11. Boylston A. The origins of inoculation. J R Soc Med. Journal of the Royal Society of Medicine. 2012; 105(7): 309–13. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3407399/> (accessed 17.12.2015).
12. Chen RC. Learning medicine and learning Buddhism [in Chinese]. Taipei: Hui-chi; 2002: 27.
13. Delany I, Rappuoli R, De Gregorio E. Vaccines for the 21st century. EMBO Mol Med. 2014; 6: 708–20.
14. Dharampal. Indian Science and Technology in the Eighteen Century. An Account of the manner of inoculating for the Smallpox in the East Indies. Mapusa, Goa: Other India Press. 2000; 1: 149–79. Dharampal (2000) Chapters: operation of inoculation of the smallpox as performed in Bengall (Coulter R., 1731): an account of the manner of inoculating for the smallpox in the East Indies (Holwell J.Z., 1767) In: collected writings. Indian Science and Technology in the eighteenth century, vol 1. Other India Press Mapusa, Goa, India; 149–79.
15. Dignitas personae. Congregation for the Doctrine of the Faith. Instruction Dignitas Personae. On Certain Bioethical Questions, 2008. Available at: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20081208_dignitas-personae_en.html. (accessed 10.02.2016).
16. Donum vitae. Congregation for the Doctrine of the Faith, Instruction on Respect for Human Life in Its Origin and
3. Gubert V.O. Ospa i ospoprivivanie. [Smallpox and smallpox vaccination]. Istoricheskiy ocherk do XIX stoletiya. SPb.: Tipografiya P.P. Soykina; 1896. (in Russian).
4. Mitropolit Ilarion (Alfeev). Pravoslavie. [Orthodoxy]. V 2 t. M.: Izd-vo Sretenskogo monastyrya; 2010. (in Russian).
5. Protoierey Sergiy Filimonov, red., A.V. Zakrevskaya. Pravoslavnyy vzglyad na vaktsinoprofilaktiku. [Orthodox look to vaccination]. SPb.: Dialog; 2007. (in Russian).
6. Sovmestnoe zayavlenie Soveta i Obshchestva pravoslavnykh vrachey Rossii o problemakh vaktsinatsii v Rossii. [Joint statement of the Council and the Society of Orthodox doctors of Russia on the problems of vaccination in Russia]. Available at: <http://www.patriarchia.ru/db/text/964218.html>. (accessed 10.02.2016). (in Russian).
7. Umnov V. Nu podumaesh' — ukol. [Well, I think — shot]. Komsomol'skaya Pravda; 1988: 15(9). Available at: <http://a-naumov.narod.ru/books.files/Vaccination/4.html>. (accessed 10.02.2016). (in Russian).
8. Baker-White Andy. 2015 School Vaccination Legislative Review. Posted on Wend, Aug 19 2015. Available at: https://www.networkforphl.org/the_network_blog/2015/08/19/678/2015_school_vaccination_legislative_review/. (accessed 10.10.2015).
9. Bazin H. The Eradication of Smallpox. Edward Jenner and the First and Only Eradication of a Human Infectious Disease. Journal of Public Health Policy. 2002; 23(4): 517–9. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/003693309704200407> (accessed 10.10.2015).
10. Bodhi B. Going for refuge & taking the precepts. Buddhist Publication Society, 2013. Available at: <http://www.accesstoinsight.org/lib/authors/bodhi/wheel282.html>. (accessed 17.12.2015).
11. Boylston A. The origins of inoculation. J R Soc Med. Journal of the Royal Society of Medicine. 2012; 105(7): 309–13. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3407399/> (accessed 17.12.2015).
12. Chen R.C. Learning medicine and learning Buddhism [in Chinese]. Taipei: Hui-chi; 2002: 27.
13. Delany I, Rappuoli R, De Gregorio E. Vaccines for the 21st century. EMBO Mol Med. 2014; 6: 708–20.
14. Dharampal. Indian Science and Technology in the Eighteen Century. An Account of the manner of inoculating for the Smallpox in the East Indies. Mapusa, Goa: Other India Press. 2000; 1: 149–79. Dharampal (2000) Chapters: operation of inoculation of the smallpox as performed in Bengall (Coulter R., 1731): an account of the manner of inoculating for the smallpox in the East Indies (Holwell J.Z., 1767) In: collected writings. Indian Science and Technology in the eighteenth century, vol 1. Other India Press Mapusa, Goa, India; 149–79.
15. Dignitas personae. Congregation for the Doctrine of the Faith. Instruction Dignitas Personae. On Certain Bioethical Questions, 2008. Available at: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20081208_dignitas-personae_en.html. (accessed 10.02.2016).
16. Donum vitae. Congregation for the Doctrine of the Faith, Instruction on Respect for Human Life in Its Origin and

- on the Dignity of Procreation, 1987. Available at: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_en.html. (accessed 10.02.2016).
17. Eyler J.M. Smallpox in history: the birth, death, and impact of a dread disease. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*. 2003; 142(4): 216–20. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022214303001021?via%3Dihub> (accessed 19.12.2019).
 18. Evangelium Vitae. John Paul II. 1995. Available at: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html. (accessed 10.02.2016).
 19. Fairbrother G., Fuentes-Afflick E., Ross L.F., Thomas P.A. Communicating with parents about immunization safety: messages for pediatricians in the IOM report “the childhood immunization schedule and safety: stakeholder concerns, scientific evidence, and future studies”. *Acad Pediatr*. 2013; 13: 387–9. DOI: 10.1016/j.acap.2013.06.002.
 20. Gaudino J.A., Robison S. Risk factors associated with parents claiming personal-belief exemptions to school immunization requirements: community and other influences on more skeptical parents in Oregon, 2006. *Vaccine*. 2012; 30: 1132–42. DOI: 10.1016/j.vaccine.2011.12.006.
 21. Grabenstein J.D. What the world’s religions teach, applied to vaccines and immune globulins. *Vaccine*. 2013; 31: 2011–23. DOI: 10.1016/j.vaccine.2013.02.026.
 22. Hodge J.G. Jr. Respecting religious freedoms and protecting the public’s health. *Public Health*. 2015; 130: 546–9.
 23. Hrvatska biskupska konferencija. Katekizam katoličke crkve. Zagreb: Glas koncila; 1994. Available at: http://hbk.hr/wp-content/uploads/2018/11/Katekizam_Katoli%C4%8Dke-Crkve.pdf (accessed 10.02.2016).
 24. Imdad A., Tserenpuntsag B., Blog D.S., Halsey N.A., Easton D.E., Shaw J. Religious exemptions for immunization and risk of pertussis in New York State, 2000–2011. *Pediatrics*. 2013; 132: 37–43. DOI: 10.1542/peds.2012–3449.
 25. Kahn P.A. Bioethics, Religion, and Public Policy: Intersections, Interactions, and Solutions. *J Relig Health*. 2016; 55: 1546–60. DOI: 10.1007/s10943–015–0144–0.
 26. Kitagawa J.M. On understanding Japanese religion. New Jersey: Princeton UP; 1987.
 27. Knol M., Urbanus A., Swart E., Mollema L., Ruijs W., van Binnendijk R., et al. Large ongoing measles outbreak in a religious community in the Netherlands since May 2013. *Euro Surveill*. 2013; 18: 20580. DOI: 10.2807/1560–7917. ES2013.18.36.20580.
 28. Lafleur W.R.. Liquid Life: Abortion and Buddhism in Japan. New Jersey: Princeton UP; 1994.
 29. Larson H., Fleck F. Underlying issues are key to dispelling vaccine doubts. *Bull World Health Organ*. 2014; 92: 84–5. DOI: 10.2471/BLT.14.030214.
 - on the Dignity of Procreation, 1987. Available at: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_en.html. (accessed 10.02.2016).
 17. Eyler J.M. Smallpox in history: the birth, death, and impact of a dread disease. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*. 2003; 142(4): 216–20. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022214303001021?via%3Dihub> (accessed 19.12.2019).
 18. Evangelium Vitae. John Paul II. 1995. Available at: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html. (accessed 10.02.2016).
 19. Fairbrother G., Fuentes-Afflick E., Ross L.F., Thomas P.A. Communicating with parents about immunization safety: messages for pediatricians in the IOM report “the childhood immunization schedule and safety: stakeholder concerns, scientific evidence, and future studies”. *Acad Pediatr*. 2013; 13: 387–9. DOI: 10.1016/j.acap.2013.06.002.
 20. Gaudino J.A., Robison S. Risk factors associated with parents claiming personal-belief exemptions to school immunization requirements: community and other influences on more skeptical parents in Oregon, 2006. *Vaccine*. 2012; 30: 1132–42. DOI: 10.1016/j.vaccine.2011.12.006.
 21. Grabenstein J.D. What the world’s religions teach, applied to vaccines and immune globulins. *Vaccine*. 2013; 31: 2011–23. DOI: 10.1016/j.vaccine.2013.02.026.
 22. Hodge J.G. Jr. Respecting religious freedoms and protecting the public’s health. *Public Health*. 2015; 130: 546–9.
 23. Hrvatska biskupska konferencija. Katekizam katoličke crkve. Zagreb: Glas koncila; 1994. Available at: http://hbk.hr/wp-content/uploads/2018/11/Katekizam_Katoli%C4%8Dke-Crkve.pdf (accessed 10.02.2016).
 24. Imdad A., Tserenpuntsag B., Blog D.S., Halsey N.A., Easton D.E., Shaw J. Religious exemptions for immunization and risk of pertussis in New York State, 2000–2011. *Pediatrics*. 2013; 132: 37–43. DOI: 10.1542/peds.2012–3449.
 25. Kahn P.A. Bioethics, Religion, and Public Policy: Intersections, Interactions, and Solutions. *J Relig Health*. 2016; 55: 1546–60. DOI: 10.1007/s10943–015–0144–0.
 26. Kitagawa J.M. On understanding Japanese religion. New Jersey: Princeton UP; 1987.
 27. Knol M., Urbanus A., Swart E., Mollema L., Ruijs W., van Binnendijk R., et al. Large ongoing measles outbreak in a religious community in the Netherlands since May 2013. *Euro Surveill*. 2013; 18: 20580. DOI: 10.2807/1560–7917. ES2013.18.36.20580.
 28. Lafleur W.R.. Liquid Life: Abortion and Buddhism in Japan. New Jersey: Princeton UP; 1994.
 29. Larson H., Fleck F. Underlying issues are key to dispelling vaccine doubts. *Bull World Health Organ*. 2014; 92: 84–5. DOI: 10.2471/BLT.14.030214.

30. Leavitt F. Personal observation. Halachic and hashkafic issues in contemporary society. *Vaccination. Part 2. Ou israel center* — spring 2019. Available at: <https://www.ou.org/torah/files/r-manning-vaccination-3.pdf> (accessed 08.01.2010).
31. Matthews W. *World religions*. St. Paul: West Publishing Co; 1991.
32. Needham J. The earliest mentions of inoculation. In: *Science and Civilization in China: Volume 6. Biology and Biological Technology. Part 6, Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000: 134–5.
33. Nishikawa T., Morishita N. Current status of memorial services for laboratory animals in Japan: a questionnaire survey. *Exp Anim*. 2012; 61:177–81. DOI: 10.1538/expandim.61.177.
34. Note on Italian vaccine issue. Pontifical Academy for Life — National Office for Health Pastoral Care (CEI) — Association of Italian Catholic Doctors. Available at: <http://www.academyforlife.va/content/pav/en/the-academy/activity-academy/note-vaccini.html> 06.12.2019. (accessed 06.12.2019).
35. Opel D.J., Robinson J.D., Heritage J., Korfiatis C., Taylor J.A., Mangione-Smith R. Characterizing providers' immunization communication practices during health supervision visits with vaccine-hesitant parents: a pilot study. *Vaccine*. 2012; 30: 1269–75. DOI: 10.1016/j.vaccine.2011.12.129.
36. Pelčić Gordana, Karačić Silvana, Mikirtichan Galina L., Kubar Olga I., Leavitt Frank J., Cheng-tek Tai Michael, Morishita Naoki, Vuletić Suzana, Tomašević Luka. Religious exception for vaccination or religious excuses for avoiding vaccination. *Croatian Medical Journal*. 2016; 57(5): 516–21.
37. Pontifical Academy for Life Moral reflections on vaccines prepared from cells derived from aborted human fetuses. *Natl Cathol Bioeth Q*. 2006; 6: 541–7. DOI: 10.5840/ncbq20066334.
38. Porter D., Porter R. The politics of prevention: Anti-vaccination and public health in 19th century England. *Medical History*. 1988; 32: 231–52. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1139881/>. (accessed 01.10.2018).
39. Press statement on measles in Croatia [in Croatian]. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo. Available at: <http://www.hzjz.hr/priopcenja-za-medije/priopcenje-za-javnost-o-ospicama-u-hrvatskoj>. (accessed 01.07.2016).
40. Rabbinical Council of America. Statement on Vaccinations from the OU and Rabbinical Council of America, June 17, 2015. Available at: <http://www.rabbis.org/news/article.cfm?id=105814>. (accessed 13.07.2016).
41. Reb A. Being upright: zen meditation and the Bodhisattva Precepts. In: O'Brien B. The first Buddhist precept — to abstain from taking life. Available at: <http://buddhism.about.com/od/theprinciples/a/firstprecept.htm>. (accessed 17.12.2015).
42. Ross L.F., Aspinwall T.J. Religious exemptions to the immunization statutes: balancing public health and religious freedom. *J Law Med Ethics*. 1997; 25(2–3): 202–9.
30. Leavitt F. Personal observation. Halachic and hashkafic issues in contemporary society. *Vaccination. Part 2. Ou israel center* — spring 2019. Available at: <https://www.ou.org/torah/files/r-manning-vaccination-3.pdf> (accessed 08.01.2010).
31. Matthews W. *World religions*. St. Paul: West Publishing Co; 1991.
32. Needham J. The earliest mentions of inoculation. In: *Science and Civilization in China: Volume 6. Biology and Biological Technology. Part 6, Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000: 134–135.
33. Nishikawa T., Morishita N. Current status of memorial services for laboratory animals in Japan: a questionnaire survey. *Exp Anim*. 2012; 61:177–81. DOI: 10.1538/expandim.61.177.
34. Note on Italian vaccine issue. Pontifical Academy for Life — National Office for Health Pastoral Care (CEI) — Association of Italian Catholic Doctors. Available at: <http://www.academyforlife.va/content/pav/en/the-academy/activity-academy/note-vaccini.html> 06.12.2019. (accessed 06.12.2019).
35. Opel D.J., Robinson J.D., Heritage J., Korfiatis C., Taylor J.A., Mangione-Smith R. Characterizing providers' immunization communication practices during health supervision visits with vaccine-hesitant parents: a pilot study. *Vaccine*. 2012; 30: 1269–75. DOI: 10.1016/j.vaccine.2011.12.129.
36. Pelčić Gordana, Karačić Silvana, Mikirtichan Galina L., Kubar Olga I., Leavitt Frank J., Cheng-tek Tai Michael, Morishita Naoki, Vuletić Suzana, Tomašević Luka. Religious exception for vaccination or religious excuses for avoiding vaccination. *Croatian Medical Journal*. 2016; 57(5): 516–21.
37. Pontifical Academy for Life Moral reflections on vaccines prepared from cells derived from aborted human fetuses. *Natl Cathol Bioeth Q*. 2006; 6: 541–7. DOI: 10.5840/ncbq20066334.
38. Porter D., Porter R. The politics of prevention: Anti-vaccination and public health in 19th century England. *Medical History*. 1988; 32: 231–52. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1139881/>. (accessed 01.10.2018).
39. Press statement on measles in Croatia [in Croatian]. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo. Available at: <http://www.hzjz.hr/priopcenja-za-medije/priopcenje-za-javnost-o-ospicama-u-hrvatskoj>. (accessed 01.07.2016).
40. Rabbinical Council of America. Statement on Vaccinations from the OU and Rabbinical Council of America, June 17, 2015. Available at: <http://www.rabbis.org/news/article.cfm?id=105814>. (accessed 13.07.2016).
41. Reb A. Being upright: zen meditation and the Bodhisattva Precepts. In: O'Brien B. The first Buddhist precept — to abstain from taking life. Available at: <http://buddhism.about.com/od/theprinciples/a/firstprecept.htm>. (accessed 17.12.2015).
42. Ross L.F., Aspinwall T.J. Religious exemptions to the immunization statutes: balancing public health and religious freedom. *J Law Med Ethics*. 1997; 25(2–3): 202–9.

43. Ruijs W.L., Hautvast J.L., van der Velden K., de Vos S., Knippenberg H., Hulscher M.E. Religious subgroups influencing vaccination coverage in the Dutch Bible belt: an ecological study. *BMC Public Health.* 2011; 11: 102. DOI: 10.1186/1471-2458-11-102.
44. Ruijs W.L., Hautvast J.L., Kerrar S., van der Velden K., Hulscher M.E. The role of religious leaders in promoting acceptance of vaccination within a minority group: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2013; 13: 511. DOI: 10.1186/1471-2458-13-511.
45. Ruijs W.L., Hautvast J.L., van IJzendoorn G., van Ansem W.J., Elwyn G., van der Velden K., et al. How healthcare professionals respond to parents with religious objections to vaccination: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2012; 12: 231. DOI: 10.1186/1472-6963-12-231.
46. Ryuichi A. The weaving of mantra: Kukai and the construction of esoteric Buddhist discourse. New York: Columbia UP; 1997.
47. Sgreccia E. Moral reflection on vaccines prepared from cells derived from aborted human foetus. *Pontificial Academia Pro Vita.* 2005.
48. Shelton R.C., Snavely A.C., De Jesus M., Othus M.D., Allen J.D. HPV vaccine decision-making and acceptance: does religion play a role? *J Relig Health.* 2013; 52: 1120–30. DOI: 10.1007/s10943-011-9553-x.
49. Srivastwa N., Gillespie B.W., Kolenic G.E., Lepkowski J.M., Boulton M.L. Predictors of vaccination in India for children aged 12–36 months. *Vaccine.* 2015; 33(4): 99–105. DOI: 10.1016/j.vaccine.2015.09.034.
50. State to. “anti-vaxxers”: No vaccination no child support. *Times of Israel*, 14th January 2016. Available at: <http://www.timesofisrael.com/state-to-anti-vaxxers-no-vaccination-no-child-support/>. (accessed 13.07.2016).
51. Tai M.C. The way of Asian bioethics. Taipei: Princeton International Publishing Co. Ltd; 2008. Available at: https://www.academia.edu/10739955/Michael_Cheng-tek_Tai_The_Way_of_Asian_Bioethics_Princeton_International_Publishing_Co_Taipei_Taiwan_2008 (accessed 13.07.2016).
52. The Decision of Constitutional Court of Croatia from January. 30 2014. Available at: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_02_22_417.html. (accessed 10.11.2015).
53. The Network for Public Health Law. Exemptions for School Immunization Requirements. Western Region Resource Table. As of June 30, 2015. Available at: https://www.networkforphl.org/_asset/n88lr8/western-region-vaccination. (accessed 17.12.2015).
54. Wielders C.C., van Binnendijk R.S., Snijders B.E., Tipple G.A., Cremer J., Fanoy E., et al. Mumps epidemic in orthodox religious low-vaccination communities in the Netherlands and Canada, 2007 to 2009. *Euro Surveill.* 2011; 16(41). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22008201>. (accessed 17.12.2016).
55. Yang Y.T., Barraza L., Weidenaar K. Measles Outbreak as a Catalyst for Stricter Vaccine Exemption
43. Ruijs W.L., Hautvast J.L., van der Velden K., de Vos S., Knippenberg H., Hulscher M.E. Religious subgroups influencing vaccination coverage in the Dutch Bible belt: an ecological study. *BMC Public Health.* 2011; 11: 102. DOI: 10.1186/1471-2458-11-102.
44. Ruijs W.L., Hautvast J.L., Kerrar S., van der Velden K., Hulscher M.E. The role of religious leaders in promoting acceptance of vaccination within a minority group: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2013; 13: 511. DOI: 10.1186/1471-2458-13-511.
45. Ruijs W.L., Hautvast J.L., van IJzendoorn G., van Ansem W.J., Elwyn G., van der Velden K., et al. How healthcare professionals respond to parents with religious objections to vaccination: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2012; 12: 231. DOI: 10.1186/1472-6963-12-231.
46. Ryuichi A. The weaving of mantra: Kukai and the construction of esoteric Buddhist discourse. New York: Columbia UP; 1997.
47. Sgreccia E. Moral reflection on vaccines prepared from cells derived from aborted human foetus. *Pontificial Academia Pro Vita.* 2005.
48. Shelton R.C., Snavely A.C., De Jesus M., Othus M.D., Allen J.D. HPV vaccine decision-making and acceptance: does religion play a role? *J Relig Health.* 2013; 52: 1120–30. DOI: 10.1007/s10943-011-9553-x.
49. Srivastwa N., Gillespie B.W., Kolenic G.E., Lepkowski J.M., Boulton M.L. Predictors of vaccination in India for children aged 12–36 months. *Vaccine.* 2015; 33(4): 99–105. DOI: 10.1016/j.vaccine.2015.09.034.
50. State to. “anti-vaxxers”: No vaccination no child support. *Times of Israel*, 14th January 2016. Available at: <http://www.timesofisrael.com/state-to-anti-vaxxers-no-vaccination-no-child-support/>. (accessed 13.07.2016).
51. Tai MC. The way of Asian bioethics. Taipei: Princeton International Publishing Co. Ltd; 2008. Available at: https://www.academia.edu/10739955/Michael_Cheng-tek_Tai_The_Way_of_Asian_Bioethics_Princeton_International_Publishing_Co_Taipei_Taiwan_2008 (accessed 13.07.2016).
52. The Decision of Constitutional Court of Croatia from January. 30 2014. Available at: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_02_22_417.html. (accessed 10.11.2015).
53. The Network for Public Health Law. Exemptions for School Immunization Requirements. Western Region Resource Table. As of June 30, 2015. Available at: https://www.networkforphl.org/_asset/n88lr8/western-region-vaccination. (accessed 17.12.2015).
54. Wielders C.C., van Binnendijk R.S., Snijders B.E., Tipple G.A., Cremer J., Fanoy E., et al. Mumps epidemic in orthodox religious low-vaccination communities in the Netherlands and Canada, 2007 to 2009. *Euro Surveill.* 2011; 16(41). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22008201>. (accessed 17.12.2016).
55. Yang Y.T., Barraza L., Weidenaar K. Measles Outbreak as a Catalyst for Stricter Vaccine Exemption

- Legislation. *JAMA*. 2015; 314: 1229–30. DOI: 10.1001/jama.2015.9579.
56. Yang Y.T., Silverman R.D. Social Distancing and the Unvaccinated. *N Engl J Med*. 2015; 372: 6. DOI: 10.1056/NEJMp1501198.
57. Yang Y.T., Silverman R.D. Legislative prescriptions for controlling nonmedical vaccine exemptions. *JAMA*. 2015; 313: 247–8. DOI: 10.1001/jama.2014.16286.
- Legislation. *JAMA*. 2015; 314: 1229–30. DOI: 10.1001/jama.2015.9579.
56. Yang Y.T., Silverman R.D. Social Distancing and the Unvaccinated. *N Engl J Med*. 2015; 372: 6. DOI: 10.1056/NEJMp1501198.
57. Yang Y.T., Silverman R.D. Legislative prescriptions for controlling nonmedical vaccine exemptions. *JAMA*. 2015; 313: 247–8. DOI: 10.1001/jama.2014.16286.

ОЛЬГА ВЛАДИМИРОВНА КИРЕЕВА — ВРАЧ, УЧИТЕЛЬ, УЧЕНЫЙ

© Лидия Павловна Хорошинина

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

Контактная информация: Лидия Павловна Хорошинина — профессор, д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии им. проф. В.А. Вальдмана. E-mail: solt54@mail.ru

РЕЗЮМЕ: Статья представляет собой портретный очерк, который создан в память о враче, учителе, ученом — Ольге Владимировне Киреевой, жизнь которой была сложной и интересной. Описывается история семьи Ольги Владимировны, попавшей в эмиграцию после гражданской войны; учеба молодой девушки в Софийском Университете; радость от встречи с советскими воинами, освободившими Болгарию от фашистов во время второй мировой войны и закономерное возвращение семьи Ольги Владимировны в родную страну, СССР. Подробно рассказывается о самоотверженном преподавательском труде Ольги Владимировны в Ленинградском/Санкт-Петербургском ГИДУВе (Государственном институте для усовершенствования врачей)/ МАПО (Медицинской академии последипломного образования). В очерке рассказывается, как О.В. Киреева опекала молодых врачей, помогала им постигать научные истины и рассматривать жизнь в ее философском аспекте. Память о замечательном человеке — Ольге Владимировне Киреевой живет не только в душах её родственников — о ней помнят ее благодарные ученики, которые обязаны ей многим.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Ольга Владимировна Киреева; С.А. Симбирцев; Н.А. Беляков; Софийский университет; ГИДУВ (Государственный институт для усовершенствования врачей); МАПО (Медицинская академия последипломного образования); врач; ученый; преподаватель.

OLGA VLADIMIROVNA KIREEVA — DOCTOR, TEACHER, SCIENTIST

© Lidia P. Khoroshinina

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

Contact Information: Lidia P. Khoroshinina — MD, PhD, Prof., Department of Faculty Therapy named after prof. V.A. Waldman. E-mail: solt54@mail.ru

ABSTRACT: The article is a portrait essay, which was created in memory of the doctor, teacher, scientist — Olga Vladimirovna Kireeva, whose life was hard and interesting. It describes the history of Olga Vladimirovna's family, who emigrated from Russia after the civil war; the young girl's studies at Sofia University; the joy of meeting the Soviet soldiers who liberated Bulgaria from the Nazis during II world war and the natural return of Olga Vladimirovna's family to her native country, the USSR. Olga Vladimirovna's selfless teaching work at the Leningrad /Saint Petersburg GIDUV (State Institute of Professional Improvement for Doctors)/ MAPO (Medical Academy of Postgraduate Education) is thoroughly described. The essay describes how O.V. Kireeva took care of young doctors, helped them understand scientific truths and consider life in its philosophical aspect.

The memory of a wonderful person — Olga Vladimirovna Kireeva lives not only in the souls of her relatives — she is remembered by her grateful students, who owe her a lot.

KEY WORDS: Olga V. Kireeva; S.A. Simbirtsev; N.A. Belyakov; Sofia University; GIDUV (State Institute of Improvement for Doctors)/ MAPO (Medical Academy of Postgraduate Education); doctor; scientist; teacher.

6 апреля 2020 года Ольге Владимировне Киреевой (до замужества Сазоновой) исполнилось бы 95 лет.

Она родилась 6 апреля 1925 года в Праге в семье бывшего белогвардейского офицера, служившего в казачьих войсках, и учительницы начальных классов, а затем преподавательницы русского языка в болгарской школе. В 1927 году семья Сазоновых переехала на постоянное место жительства в Болгарию, в город Софию. Семья жила трудно. Отец работал трактористом, механиком, шофером — он брался за любую работу или подработку, только бы обеспечить семье относительное благополучие. Владимир Сазонов был красивым и физически сильным человеком. Ольга Владимировна вспоминала, как однажды, в Софии, сосед по их дому случайно захлопнул дверь своей квартиры и плакал от бессилия на виду у всех потому, что сложно было сломать дверь, да и дорого купить новую. Тогда отец Ольги Владимировны быстро и ловко, цепляясь за выступы на стене, забрался на 3 этаж, вошел в распахнутое окно, открыл дверь изнутри и впустил в квартиру горе-хозяина. Изумленные соседи молча смотрели на смелого русского человека, а пострадавший болгарин только и мог произнести: «Какой ты ловкий, Владко!».

Отец Ольги Владимировны обожал свою маленькую дочь, он учил её общению с детьми во дворе, часто брал с собой на работу. Они разговаривали о многом. Он умел слушать и слышать, а она любила смотреть, как папа ведет машину — это яркое детское впечатление Ольга Владимировна хранила в воспоминаниях о своем, рано умершем, отце.

В 1943 году Оля Сазонова с золотой медалью окончила русскую школу и поступила в Софийский университет на медицинский факультет, на котором она обучалась бесплатно, как медалистка. На курсе среди студентов, она была единственной девушкой-студенткой. ОЛГА — так звали ее тогда сокурсники. Училась Ольга легко, с интересом. Ольга Владимировна вспоминала, как вначале преподаватели долго не могли поверить в то, что девушка, сидевшая перед ними на первом ряду и демонстративно не конспектировавшая лекцию, могла точно воспроизвести все, что было сказано профессором по теме занятия. Особое впечат-



ление на Ольгу Владимировну оказали лекции Г. Селье.

Ольга Владимировна рассказывала, как во время войны она искренне радовалась приходу русских войск в Софию, с каким удовольствием помогала болгарам общаться с советскими солдатами... Её переполняло чувство гордости за соотечественников, второй раз в истории Болгарии освободивших эту страну от чужестранцев. Болгарский и русский языки, которыми Ольга Владимировна владела в совершенстве, помогали реализовывать ее патриотические чувства, например, она бесплатно работала переводчицей при русской комендатуре.

В 1946 году Ольга Владимировна Сазонова приняла советское гражданство — этот день был праздником в семье, которая мечтала о возвращении в Россию... Ольга Владимировна с горечью вспоминала, как очень быстро русское общество в эмиграции расслоилось по сословному признаку. Богатые люди, несмотря на все ужасы гражданской войны, сумели побеспокоиться о своей безбедной жизни за границей и потом брезгливо смотрели на людей, которые ничего не имели, кроме преданности белому движению.

7 июля 1947 года Ольга Сазонова вышла замуж за Киреева Виктора Львовича, уже к тому

времени работавшего врачом. В 1948 году в молодой семье родилась дочь Татьяна, в этом же, 1948 году, Ольга Владимировна окончила университет. Я привожу полный текст диплома Софийского университета, который Ольге Владимировне был торжественно вручен: «Софийский университет. Ректор университета и декан медицинского университета провозглашают, что О.В. Сазонова, представившая диссертацию «Частота ревматических заболеваний в детском возрасте», успешно выдержала установленную экзаменационную сессию 1948 года и провозглашена доктором медицины. В удостоверении чего ей выдается настоящий диплом, скрепленный нашими подписями, с приложением университетской печати (печать, подписи ректора и декана). Выдано в Софии 30 марта 1950 года».

Почему так поздно выдан диплом? Потому что, окончив в 1948 году учебу в Софийском университете, Ольга Владимировна работала стажером (как и все выпускники) в областной больнице и только в 1950 году, получив диплом доктора медицины, была направлена на должность участкового терапевта в шахтерский город Димитрово, где и работала до 1955 года.

В 1955 году вместе с мамой, мужем и дочкой (отец ее к тому времени уже умер) Ольга Владимировна возвращается на Родину: вся их семья была депатрирована, т.е. возвращена в СССР с полным восстановлением в гражданских правах. Вместе с мужем Ольга Владимировна год работает по профессии в городе Гуково, а затем — в городе Новочеркасске. Семья вернулась в прямом смысле на родину, в Ростовскую область, где жили родственники, и когда-то жили их родители.

В сентябре 1957 года Ольга Владимировна приехала в Ленинград на 4-х месячные курсы усовершенствования в ГИДУВ (Государственный институт для усовершенствования врачей), которые в то время длились так долго. За период обучения на курсах курсант Киреева О.В. за рекомендовала себя очень грамотным врачом, проявлявшим к тому же еще и интерес к научной деятельности, поэтому с 1 ноября 1958 года ее приняли в очную аспирантуру кафедры 1 терапии Ленинградского ГИДУВа.

Безусловно, это время и последующие годы были в жизни Ольги Владимировны очень и очень непростыми. Например, подготовив диссертационную работу раньше намеченного срока и подав ее к защите, Ольга Владимировна была принята по конкурсу на должность ассистента 1-й кафедры терапии. Однако, по окончании аспирантуры, она получает направ-

ление на работу в Белгородскую область. Как рассказывала мне Ольга Владимировна, узнав об этом направлении, она в течение суток решила свои проблемы. Утром взяла билет на самолет в Москву, днем попала на прием к министру здравоохранения СССР, доказала ему, что она, Ольга Владимировна Киреева, полностью восстановленная в гражданских правах при депатриации, имеет полное право быть ассистентом кафедры 1 терапии. А утром следующего дня она уже находилась в кабинете ректора ГИДУВа Министр и ректор подписали Ольге Владимировне все необходимые разрешительные документы и она продолжила свою педагогическую деятельность в стенах института.

15 декабря 1962 года Всесоюзная аттестационная комиссия выдала диплом кандидата медицинских наук на имя Ольги Владимировны Киреевой. Ее кандидатская работа была выполнена на тему: «Активность альдостерона и электролитный обмен у больных гипертонической болезнью».

В 1975 году, защитив докторскую диссертацию, Ольга Владимировна прервала долгое «нулевое время», когда на протяжении почти 20 лет никто из сотрудников кафедры 1 терапии не мог стать доктором наук. Докторская диссертация Ольги Владимировны Киреевой «Клинико-морфологические исследования хронического гастрита с циркулирующими антителами к обкладочным клеткам» была выполнена на таком высоком уровне, что остается актуальной до сих пор. Свою докторскую диссертацию, которая была у Ольги Владимировны в единственном числе, она подарила мне, и эта рукопись хранится в моем доме, рядом с ценнейшими для меня книгами.

Киреева О.В. работала на кафедре 1-й терапии много лет: находилась на должности ассистента, затем доцента. Работала самоотверженно: готовила и проводила научные доклады на кафедре, вела больных, консультировала пациентов в лечебных учреждениях города, была завучем, входила в состав местного комитета профсоюза, вела подписную компанию, отвечала за научную работу на кафедре, помогала молодым аспирантам и докторантам в их работе над диссертациями... Её прочили на заведование кафедрой 1-й терапии... Но трагические события, которые произошли в семье Ольги Владимировны, оборвали все её научные, карьерные планы...

Для меня Ольга Владимировна была Учителем в медицине, в науке, а порой и в жизни. Я познакомилась с ней в декабре 1985 года,

когда, по инициативе ректора ГИДУВа профессора Симбирцева Семена Александровича, была создана кафедра геронтологии и гериатрии. Лев Филиппович Гуло, назначенный заведующим новой кафедрой, пригласил нас работать сотрудниками этой кафедры. Л.Ф. Гуло был знаком с Ольгой Владимировной давно, поскольку они работали вместе на одной кафедре, а меня он заметил, когда я докладывала на научном обществе о результатах проводимого мной математического анализа данных фракционного хроматического дуоденального зондирования (был когда-то такой метод обследования пациентов). Ольга Владимировна работала на кафедре геронтологии и гериатрии ЛенГИДУВ, а затем СПб МАПО с 1986 года до 2008 года. О.В. Киреева свободно владела многими языками (болгарским, немецким, французским, английским, чешским), что позволяло ей быстро находить современную научную информацию, которая щедро раздавалась сотрудникам кафедры. Ольга Владимировна печатала на своей пишущей машинке страницы — переводы статей, копировала за свои деньги и безвозмездно раздавала их всем преподавателям. На лекции доктора медицинских наук Киреевой Ольги Владимировны часто приходили молодые преподаватели и врачи клинических баз кафедры. Сидели, слушали затаив дыхание, потому что все, о чем она говорила, было современным, значимым для практической деятельности. Ольга Владимировна показала мне книжную полку в Публичной библиотеке Санкт-Петербурга, где находились только что пришедшие журналы, еще не оформленные в каталоги... Сейчас каждый из нас может легко найти любую информацию в любой библиотеке мира, а тогда интернета ни у кого не было...

Ольга Владимировна часто и бескорыстно помогала всем сотрудникам кафедры геронтологии и гериатрии, но меня опекала особо. С видимым удовольствием она отвечала на вопросы, обусловленные клиническими ситуациями с моими пациентами, интересовалась моими проблемами, которых у меня было достаточно много при выполнении кандидатской и, особенно, докторской диссертации. Ежедневно мы с Ольгой Владимировной, если не встречались, то созванивались. Она не изумлялась никаким моим вопросам, часто наивным, как я сейчас понимаю; всегда была спокойной и доброжелательной, учila элементарному и сложному: как писать тезисы и статьи, осмысливать научный материал, отстаивать свою точку зрения в науке... Я вспоминаю случай, когда Ольга

Владимировна заставляла меня пересматривать первичный материал диссертации и пересчитывать (да еще вручную) полученные результаты исследований. Пересматривать и пересчитывать пришлось раз за разом все почти 2000 протоколов патологоанатомического вскрытия умерших больных, пока мы не поняли, что проблема заключается вовсе не в статистике, а в недостаточной теоретической проработке темы. Потом, когда в научной литературе мы нашли объяснение полученному результату, который вначале казался выпадавшим из стройной системы наших рассуждений, то радовались как дети. Радовались вместе и я, и Ольга Владимировна.

Мы говорили с Ольгой Владимировной о новых научных и литературных публикациях, ходили с ней на выставки, засиживались допоздна в библиотеке, часто спорили на философские, этические, иногда и политические темы. Я была излишне категорична и нетерпима, а она смотрела на меня и слегка, как-то внутри себя, улыбалась, а потом, наблюдая за моими эмоциональными всплесками, сама включалась в этот процесс, превращаясь в молодую, энергичную, эмоциональную ОЛГУ.

Даже после очень тяжелого хирургического вмешательства, когда Ольга Владимировна, опираясь на мои плечи, вновь училась ходить сначала вокруг кровати, потом по коридору, потом вокруг лечебного корпуса — она не замыкалась в своих проблемах: по-прежнему, с интересом спрашивала меня о новостях в научных журналах, о жизни на кафедре... Хочу сказать, что в то нелегкое для нее время, ректор ГИДУВа/МАПО (Медицинской академии последипломного образования) Беляков Николай Алексеевич предпринял все возможное для того, чтобы Ольга Владимировна получила самое современное лечение в клинике академии, чтобы время госпитализации было более чем достаточным для нее... «Умирают мои старики, мои Боги, мои педагоги, пролагатели торной дороги, где шаги мои были легки...». Ольга Владимировна ушла... Я навсегда потеряла Учителя и мудрого, справедливого, эрудированного Друга. Мне только и остается верить в теорию полевой формы жизни, когда умерший человек живет среди близких ему людей до тех пор, пока о нем помнят. Эту теорию оспаривала Ольга Владимировна, потому, что была материалисткой, хотя закон божий изучала в школе по полной программе. Она не ходила в церковь, высказывалась против обучения детей в школе религиозным правилам и законам. Но когда мы говорили с ней о Боге, она утверждала несколько иное: говорила, что

людям просто не дано такое знание, их мозг не в состоянии постигнуть истину о существовании или отрицании Бога, она была агностом.

Ольга Владимировна навсегда ушла из жизни земной, но продолжает жить в своей внучке Наташе, которую трогательно любила, правнучке Алисе, которую она успела увидеть, в воспоминаниях людей, которым она так много и бескорыстно помогала...

А через год после смерти Ольги Владимировны, точно в ее день рождения, 6 апреля, у меня родилась внучка, которой в этом году исполняется 10 лет. Девочка растет умным, но своеенравным человеком и каждый раз, в день её рождения, я вспоминаю про день рождения Ольги Владимировны Киреевой... Так совпало. Видимо, для того, чтобы помнили...

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

Утв. приказом и.о. ректора
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России от 23.06.16

НАСТОЯЩИЕ ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗДАТЕЛЬСКИМ ДОГОВОРОМ

Условия настоящего Договора (далее «Договор») являются публичной офертой в соответствии с п. 2 ст. 437 Гражданского кодекса Российской Федерации. Данный Договор определяет взаимоотношения между редакцией журнала «Medicine and health care organization/ Медицина и организация здравоохранения» (далее по тексту «Журнал»), зарегистрированного Управлением Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Северо-Западному федеральному округу 17 мая 2016 года, свидетельство ПИ № ТУ78-01872, именуемой в дальнейшем «Редакция» и являющейся структурным подразделением ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, и автором и/или авторским коллективом (или иным правообладателем), именуемым в дальнейшем «Автор», принявшим публичное предложение (оферту) о заключении Договора.

Автор передает Редакции для издания авторский оригинал или рукопись. Указанный авторский оригинал должен соответствовать требованиям, указанным в разделах «Представление рукописи в журнал», «Оформление рукописи». При рассмотрении полученных авторских материалов Журнал руководствуется «Едиными требованиями к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» (Intern. committee of medical journal editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals // Ann. Intern. Med. 1997; 126: 36–47).

В Журнале печатаются ранее не опубликованные работы по профилю Журнала.

Журнал не рассматривает работы, результаты которых по большей части уже были опубликованы или описаны в статьях, представленных или принятых для публикации в другие печатные или электронные средства массовой информации.

Представляя статью, автор всегда должен ставить редакцию в известность обо всех направлениях этой статьи в печать и о предыдущих публикациях, которые могут рассматриваться как множественные или дублирующие публикации той же самой или очень близкой работы. Автор должен уведомить редакцию о том, содержит ли статья уже опубликованные материалы и предоставить ссылки на предыдущую, чтобы дать редакции возможность принять решение, как поступить в данной ситуации. Не принимаются к печати статьи, представляющие собой отдельные этапы незавершенных исследований, а также статьи с нарушением «Правил и норм гуманного обращения с биообъектами исследований».

Размещение публикаций возможно только после получения положительной рецензии.

Все статьи, в том числе статьи аспирантов и докторантов, публикуются бесплатно.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РУКОПИСИ В ЖУРНАЛ

Авторский оригинал принимает редакция. Подписанная Автором рукопись должна быть отправлена в адрес редакции по электронной почте на адрес medorgspb@yandex.ru или lt2007@inbox.ru. Автор должен отправить окончную версию рукописи и дать файлу название, состоящее из фамилии первого автора и первых 2–3 сокращенных слов из названия статьи. Информацию об оформлении можно уточнить на сайте: http://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/Medicine_organization.

СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

К авторскому оригиналу необходимо приложить экспертное заключение о возможности

опубликования в открытой печати (бланк можно скачать на сайте www.&&&).

Рукопись считается поступившей в Редакцию, если она представлена комплектно и оформлена в соответствии с описанными требованиями. Предварительное рассмотрение рукописи, не заказанной Редакцией, не является фактом заключения между сторонами издательского Договора.

При представлении рукописи в Журнал Авторы несут ответственность за раскрытие своих финансовых и других конфликтных интересов, способных оказать влияние на их работу. В рукописи должны быть упомянуты все лица и организации, оказавшие финансовую поддержку (в виде грантов, оборудования, лекарств или всего этого вместе), а также другое финансовое или личное участие.

АВТОРСКОЕ ПРАВО

Редакция отбирает, готовит к публикации и публикует переданные Авторами материалы. Авторское право на конкретную статью принадлежит авторам статьи. Авторский гонорар за публикации статей в Журнале не выплачивается. Автор передает, а Редакция принимает авторские материалы на следующих условиях:

- 1) Редакции передается право на оформление, издание, передачу Журнала с опубликованным материалом Автора для целей реферирования статей из него в Реферативном журнале ВИНИТИ, РНИЦ и базах данных, распространение Журнала/авторских материалов в печатных и электронных изданиях, включая размещение на выбранных либо созданных Редакцией сайтах в сети Интернет в целях доступа к публикации в интерактивном режиме любого заинтересованного лица из любого места и в любое время, а также на распространение Журнала с опубликованным материалом Автора по подписке;
- 2) территория, на которой разрешается использовать авторский материал, — Российская Федерация и сеть Интернет;
- 3) срок действия Договора — 5 лет. По истечении указанного срока Редакция оставляет за собой, а Автор подтверждает бессрочное право Редакции на продолжение размещения авторского материала в сети Интернет;
- 4) Редакция вправе по своему усмотрению без каких-либо согласований с Автором заключать договоры и соглашения с третьими лицами, направленные на дополнительные меры по защите авторских и издательских прав;
- 5) Автор гарантирует, что использование Редакцией предоставленного им по настоящему

Договору авторского материала не нарушит прав третьих лиц;

- 6) Автор оставляет за собой право использовать предоставленный по настоящему Договору авторский материал самостоятельно, передавать права на него по договору третьим лицам, если это не противоречит настоящему Договору;
- 7) Редакция предоставляет Автору возможность безвозмездного получения справки с электронными адресами его официальной публикации в сети Интернет;
- 8) при перепечатке статьи или ее части ссылка на первую публикацию в Журнале обязательна.

ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА И ИЗМЕНЕНИЯ ЕГО УСЛОВИЙ

Заключением Договора со стороны Редакции является опубликование рукописи данного Автора в журнале «Medicine and health care organization/ Медицина и организация здравоохранения» и размещение его текста в сети Интернет. Заключением Договора со стороны Автора, т. е. полным и безоговорочным принятием Автором условий Договора, является передача Автором рукописи и экспертного заключения.

ОФОРМЛЕНИЕ РУКОПИСИ

Статья должна иметь (НА РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ):

1. Заглавие (Title) должно быть кратким (не более 120 знаков), точно отражающим содержание статьи.
2. Сведения об авторах (публикуются). Для каждого автора указываются: фамилия, имя и отчество, место работы, почтовый адрес места работы, e-mail. Фамилии авторов рекомендуется транслитерировать так же, как в предыдущих публикациях или по системе BGN (Board of Geographic Names), см. сайт <http://www.translit.ru>.
2. Резюме (Summary) (1500–2000 знаков, или 200–250 слов) помещают перед текстом статьи. Резюме не требуется при публикации рецензий, отчетов о конференциях, информационных писем.

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

быть понятна суть исследования, нужно ли обращаться к полному тексту статьи для получения более подробной, интересующей его информации. Резюме должно излагать только существенные факты работы.

Рекомендуемая структура аннотации: введение (Background), цели и задачи (Purposes and tasks), методы (Materials and methods), результаты (Results), выводы (Conclusion). Предмет, тему, цель работы нужно указывать, если они не ясны из заглавия статьи; метод или методологию проведения работы целесообразно описывать, если они отличаются новизной или представляют интерес с точки зрения данной работы. Объем текста авторского резюме определяется содержанием публикации (объемом сведений, их научной ценностью и/или практическим значением) и должен быть в пределах 200–250 слов (1500–2000 знаков).

3. Ключевые слова (Key words) от 3 до 10 ключевых слов или словосочетаний, которые будут способствовать правильному перекрестному индексированию статьи, помещаются под резюме с подзаголовком «ключевые слова». Используйте термины из списка медицинских предметных заголовков (Medical Subject Headings), приведенного в Index Medicus (если в этом списке еще отсутствуют подходящие обозначения для недавно введенных терминов, подберите наиболее близкие из имеющихся). Ключевые слова разделяются точкой с запятой.

4. Литература (References). Список литературы должен представлять полное библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с NLM (National Library of Medicine) Author A. A., Author B. B., Author C. C. Title of article. Title of Journal. 2005;10(2):49–53. Фамилии и инициалы авторов в пристатейном списке приводятся в алфавитном порядке, сначала русского, затем латинского алфавита. В описании указываются ВСЕ авторы публикации. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрой в квадратных скобках. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

Книга: Автор(ы) название книги (знак точка) место издания (двоеточие) название издательства (знак точка с запятой) год издания.

Если в качестве автора книги выступает редактор, то после фамилии следует ред.

Преображенский Б. С., Тёмкин Я. С., Лихачёв А. Г. Болезни уха, горла и носа. М.: Медицина; 1968.

Радзинский В. Е., ред. Перинеология: учебное пособие. М.: РУДН; 2008.

Brandenburg J. H., Ponti G. S., Worring A. F. eds. Vocal cord injection with autogenous fat. 3 rd ed. NY: Mosby; 1998.

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

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

Статья из журнала

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

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

Brandenburg J. H., Ponti G. S., Worring A. F. Vocal cord injection with autogenous fat: a long-term magnetic resonant. Laryngoscope. 1996; 106 (2, pt 1): 174–80.

Тезисы докладов, материалы научных конф.

Бабий А. И., Левашов М. М. Новый алгоритм нахождения кульминации экспериментального нистагма (миниметрия). III съезд оториноларингологов Респ. Беларусь: тез. докл. Минск; 1992: 68–70.

Салов И. А., Маринушкин Д. Н. Акушерская тактика при внутриутробной гибели плода. В кн.: Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». М.; 2000; ч. 1: 516–9.

Авторефераты

Петров С. М. Время реакции и слуховая адаптация в норме и при периферических поражениях слуха. Автореф. дис... канд. мед. наук. СПб.; 1993.

Описание Интернет-ресурса

Щеглов И. Насколько велика роль микрофлоры в биологии вида-хозяина? Живые системы: научный электронный журнал. Доступен по: http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat_id=396&d_no=3576 (дата обращения 02.07.2012).

Kealy M. A., Small R. E., Liamputpong P. Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia. BMC Pregnancy and Childbirth. 2010. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/47/>. (accessed 11.09.2013).

Для всех статей, имеющих DOI, индекс необходимо указывать в конце библиографического описания.

По новым правилам, учитывающим требования международных систем цитирования, библиографические списки (References) входят в англоязычный блок статьи и, соответственно, должны даваться не только на языке оригинала, но и в латинице (романским алфавитом). Поэтому авторы статей должны давать список литературы в двух вариантах: один на языке оригинала (русскоязычные источники кириллицей, англоязычные латиницей), как было принято ранее, и отдельным блоком тот же список литературы (References) в романском алфавите для Scopus и других международных баз данных, повторяя в нем все источники литературы, независимо от того, имеются ли среди них иностранные. Если в списке есть ссылки на иностранные публикации, они полностью повторяются в списке, готовящемся в романском алфавите.

В романском алфавите для русскоязычных источников требуется следующая структура библиографической ссылки: автор(ы) (транслитерация), перевод названия книги или статьи на английский язык, название источника (транслитерация), выходные данные в цифровом формате, указание на язык статьи в скобках (in Russian).

Технология подготовки ссылок с использованием системы автоматической транслитерации и переводчика.

На сайте <http://www.translit.ru> можно бесплатно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу. Программа очень простая.

1. Входим в программу Translit.ru. В окошке «варианты» выбираем систему транслитерации BGN (Board of Geographic Names). Вставляем в специальное поле весь текст библиографии на русском языке и нажимаем кнопку «в транслит».
2. Копируем транслитерированный текст в готовящийся список References.
3. Переводим с помощью автоматического переводчика название книги, статьи, постановления и т.д. на английский язык, переносим его в готовящийся список. Перевод, безусловно, требует редактирования, поэтому данную часть необходимо готовить человеку, понимающему английский язык.
4. Объединяем описания в соответствии с принятыми правилами и редактируем список.
5. В конце ссылки в круглых скобках указывается (in Russian). Ссылка готова.

Примеры транслитерации русскоязычных источников литературы для англоязычного блока статьи

Книга: Avtor (y) Nazvanie knigi (znak tochka) [The title of the book in english] (znak tochka)

Mesto izdaniya (dvoetochie) Nazvanie izdatel'stva (znak tochka s zapyatoy) god izdaniya.

Preobrazhenskiy B. S., Temkin Ya. S., Likhachev A. G. Bolezni ukha, gorla i nosa. [Diseases of the ear, nose and throat]. M.: Meditsina; 1968. (in Russian).

Radzinskiy V. E., ed. Perioneologiya: uchebnoe posobie. [Perineology tutorial]. M.: RUDN; 2008. (in Russian).

Глава из книги: Avtor (y) Nazvanie glavy (znak tochka) [The title of the article in english] (znak tochka) In: Avtor (y) Nazvanie knigi (znak tochka) Mesto izdaniya (dvoetochie) Nazvanie izdatel'stva (znak tochka s zapyatoy) god izdaniya]. (dvoetochie) stranisi ot i do.

Korobkov G. A. Temp rechi. [Rate of speech]. In.: Sovremennye problemy fiziologii i patologii rechi: sb. tr. T. 23. M.; 1989: 107–11. (in Russian).

Статья из журнала: Avtor (y) Nazvanie stat'i (znak tochka) [The title of the article in english] (znak tochka) Nazvanie zhurnala (znak tochka) god izdaniya (znak tochka s zapyatoy) tom (esli est' v kruglykh skobkakh nomer zhurnala) zatem (znak dvoetochie) stranitsy ot i do.

Kiryushchenkov A. P., Sovchi M. G., Ivanova P. S. Polikistoznye yaichniki. [Polycystic ovary]. Akusherstvo i ginekologiya. 1994; N 1: 11–4. (in Russian).

Тезисы докладов, материалы научных конф.

Babiy A. I., Levashov M. M. Novyy algoritm nakhozhdeniya kul'minatsii eksperimental'nogo nistagma (minimetriya). [New algorithm of finding of the culmination experimental nystagmus (minimetriya)]. III s'ezd otorinolaringologov Resp. Belarus': tez. dokl. Minsk; 1992: 68–70. (in Russian).

Salov I. A., Marinushkin D. N. Akusherskaya taktika pri vnutriutroboj gibeli ploda. [Obstetric tactics in intrauterine fetal death]. In: Materialy IV Rossiyskogo foruma «Mat' i ditya». M.; 2000; ch.1:516–9. (in Russian).

Авторефераты

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

Описание Интернет-ресурса

Shcheglov I. Naskol'ko velika rol' mikroflory v biologii vida-khozyaina? [How great is the microflora role in type-owner biology?]. Zhivye sistemy: nauchnyy elektronnyy zhurnal. Available at: http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat_id=396&d_no=3576 (accessed 02.07.2012). (in Russian).

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ НЕСЕТ АВТОР.

Остальные материалы предоставляются либо на русском, либо на английском языке, либо на обоих языках по желанию.

Структура основного текста статьи.

Введение, изложение основного материала, заключение, литература. Для оригинальных исследований — введение, методика, результаты исследования, обсуждение результатов, литература.

В разделе «методика» обязательно указываются сведения о статистической обработке экспериментального или клинического материала. Единицы измерения даются в соответствии с Международной системой единиц — СИ. Фамилии иностранных авторов, цитируемые в тексте рукописи, приводятся в оригинальной транскрипции.

Объем рукописей.

Объем рукописи обзора не должен превышать 25 стр. машинописного текста через два интервала, 12 кеглем (включая таблицы, список литературы, подписи к рисункам и резюме на английском языке), поля не менее 25 мм. Нумеруйте страницы последовательно, начиная с титульной. Объем рукописи статьи экспериментального характера не должен превышать 15 стр. машинописного текста; кратких сообщений (писем в редакцию) — 7 стр.; отчетов о конференциях — 3 стр.; рецензий на книги — 3 стр. Используйте колонтитул — сокращенный заголовок и нумерацию страниц, для помещения вверху или внизу всех страниц статьи.

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

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

РЕЦЕНЗИРОВАНИЕ

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

АВТОРСКИЕ ЭКЗЕМПЛЯРЫ ЖУРНАЛА

Редакция обязуется выдать Автору 1 экземпляр Журнала с опубликованной рукописью. Авторы, проживающие в Санкт-Петербурге, получают авторский экземпляр Журнала непосредственно в Редакции. Иногородним Авторам авторский экземпляр Журнала высылается на адрес автора по запросу от автора.

АДРЕС РЕДАКЦИИ

194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2
e-mail: medorgspb@yandex.ru.
Сайт журнала: http://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/Medicine_organization.