

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА № 2 (2025)

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



1945 2025

С ПРАЗДНИКОМ
ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ!

АКТУАЛЬНЫЙ АСПЕКТ
РЕФОРМА
КОНТРОЛЬНОЙ
(НАДЗОРНОЙ)
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ИТОГИ
РЕАЛИЗАЦИИ
НАЦИОНАЛЬНЫХ
ПРОЕКТОВ

КАЧЕСТВО,
БЕЗОПАСНОСТЬ
И ДОСТУПНОСТЬ
МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ

ОРГАНИЗАЦИЯ
ПОДГОТОВКИ
МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ
В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

QR-гид: наиболее актуальное в мгновенном доступе

Уважаемые коллеги!

В данном разделе нашего журнала мы представляем полезную информацию в соответствии с основной темой номера.

Для просмотра материала используйте приложение считывания QR-кодов на смартфоне, которое можно установить через App Store или Play market.



Федеральный закон от 31.07.2020 № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации»



Указ Президента Российской Федерации от 16.01.2025 № 28 «О проведении в Российской Федерации Года защитника Отечества».



Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов».



Постановление Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».



Распоряжение Правительства Российской Федерации от 21.12.2023 № 3745-р «Об утверждении Концепции совершенствования контрольной (надзорной) деятельности до 2026 года и плана-графика по ее реализации».



Распоряжение Правительства Российской Федерации от 06.10.2021 № 2816-р «Об утверждении перечня инициатив социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 года».



Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.07.2022 № 495 «Об утверждении методики расчета дополнительного показателя “Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент” федерального проекта “Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации”, входящего в национальный проект “Здравоохранение”».



Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».



Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях».



Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».



Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.04.2021 № 309 «Об утверждении Положения о формировании сети национальных медицинских исследовательских центров и об организации деятельности национальных медицинских исследовательских центров».



Учредитель

ФГБУ
«Информационно-методический центр по экспертизе, учету и анализу обращения средств медицинского применения» Росздравнадзора

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА

Заведующая редакцией:

ТРУБНИКОВА

Анастасия Александровна

+7-903-792-76-81

+7-967-161-34-35

vestnikrzn@roszdravnadzor.gov.ru

anastasia-vestnikrzn@mail.ru

vestnikrzn@mail.ru

Ответственный редактор:

РЫБАКОВА

Тамара Алексеевна

+7-903-792-76-81

vestnikrzn@roszdravnadzor.gov.ru

vestnikrzn@mail.ru

Сайт <http://vestnikrzn.press>

Главный редактор

САМОЙЛОВА Алла Владимировна,

д-р мед. наук

Редакционный совет

Представители Минздрава России

МУРАШКО

Михаил Альбертович

д-р мед. наук, министр здравоохранения Российской Федерации

ФИСЕНКО

Виктор Сергеевич

канд. фарм. наук, первый заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

ПЛУТНИКИЙ

Андрей Николаевич

д-р мед. наук, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

КАМКИН

Евгений Геннадьевич

канд. мед. наук, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

ГЛАГОЛЕВ

Сергей Владимирович

заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

САЛАГАЙ

Олег Олегович

канд. мед. наук, статс-секретарь – заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

СЕМЁНОВА

Татьяна Владимировна

канд. мед. наук, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

КОТОВА

Евгения Григорьевна

канд. мед. наук, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

Представители Росздравнадзора

ПАВЛЮКОВ

Дмитрий Юрьевич

заместитель руководителя Росздравнадзора

ПАРХОМЕНКО

Дмитрий Всеволодович

д-р фарм. наук, заместитель руководителя Росздравнадзора

Представители ФГБУ, подведомственных Росздравнадзору

СОМОВ

Дмитрий Владимирович

канд. фарм. наук, врио генерального директора ФГБУ «ИМЦЭУАОСМП» Росздравнадзора

ИВАНОВ

Игорь Владимирович

д-р мед. наук, генеральный директор ФГБУ «ВНИИИМТ» Росздравнадзора

САПАНЮК

Алексей Иванович

канд. мед. наук, генеральный директор ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора

Адрес учредителя: 109074, Российская Федерация, г. Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1.

Издание зарегистрировано в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Регистрационное свидетельство ПИ №ФС77-53457 от 29 марта 2013 г.

ISSN: 2070-7940

Издатель: Индивидуальный предприниматель **Пшенов И.А.** Дизайн обложки: **Трубникова А.А.**

Подписано к печати 18.04.2025 Формат 60 x 84/8. Усл. печ. л. 11,16. Печать офсетная. Тираж 2000 экз. Заказ № 362651

Отпечатано в ООО «ВИВА-СТАР».

Адрес типографии: 107023, г. Москва, ул. Электрозаводская, 20.

Цена свободная. Распространяется по подписке.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Воспроизведение, копирование и передача в любом формате опубликованных в журнале статей или их фрагментов (частей) без письменного разрешения редакции не допускается.

Редакционная коллегия

СТАРОДУБОВ Владимир Иванович	д-р мед. наук, проф., научный руководитель ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, академик РАН, заслуженный врач РФ
СЫЧЁВ Дмитрий Алексеевич	д-р мед. наук, проф., ректор ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ
ХАБРИЕВ Рамил Усманович	д-р мед. наук, д-р фарм. наук, проф., научный руководитель ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», академик РАН
ХАЛЬФИН Руслан Альбертович	д-р мед. наук, проф., директор Высшей школы управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, заслуженный врач РФ
КАУПБАЕВА Ботагоз Тулеугалиевна (Республика Казахстан)	руководитель Центра аккредитации Республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения «Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой» Минздрава Республики Казахстан, председатель Общественного объединения экспертов и консультантов по внешней комплексной оценке в сфере здравоохранения
РАКИЧ Северин (Республика Сербская, Босния и Герцеговина)	д-р мед. наук, проф., Министерство здравоохранения и социального обеспечения Сербской Республики, координатор Центра развития системы здравоохранения и международного сотрудничества
САТЫБАЛДИЕВА Жаннат Абеновна (Республика Казахстан)	д-р мед. наук, проф., руководитель Департамента фармаконадзора и мониторинга безопасности, эффективности и качества медицинских изделий, член Национальной консультативной комиссии по иммунизации населения Минздрава Республики Казахстан, эксперт I категории Республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения «Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий»
ТУЛЕГЕНОВА Ардак Уринбасаровна (Республика Казахстан)	д-р фарм. наук, проф., почетный член Национальной академии наук Республики Казахстан, председатель Фармакопейного комитета Евразийского экономического союза (ЕАЭС)
БРЕУСОВ Алексей Васильевич	д-р мед. наук, профессор кафедры Курского государственного медицинского института
КОШЕЧКИН Константин Александрович	д-р фарм. наук, доцент, профессор ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)
САКАНЯН Елена Ивановна	д-р фарм. наук, проф., зам. председателя Совета по Государственной фармакопее Минздрава России; председатель Фармакопейного комитета ЕЭС; главный аналитик Центра фармакопей и международного сотрудничества ФГБУ «НЦ ЭСМП» Минздрава России
ТИТОВА Анна Васильевна	д-р фарм. наук, проф. РНИМУ им. Н.И. Пирогова, начальник отдела организации контроля качества лекарственных средств ФГБУ «ИМЦЭУАОСМП» Росздравнадзора

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

ИЗДАЕТСЯ С 2008 г.
Периодичность издания: один раз в два месяца (6 номеров в год)

С 2010 г. входит в Перечень научных журналов, рекомендованных для публикации основных результатов диссертационных исследований на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук Высшей аттестационной комиссии (ВАК) Минобрнауки России

С 2022 г. входит в категорию (квартиль) изданий K1 на основании Информационного письма ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации от 06.12.2022 № 02-1198 «О Перечне рецензируемых научных изданий».

Статьи, опубликованные в журнале квартиля K1, приравнены по статусу к статьям, опубликованным в журналах, внесенных ранее в международные базы Web of Science, Scopus, PubMed, MathSciNet, zbMATH, Chemical Abstracts, Springer, GeoRef и перечень журналов RSCI. Публикации в журнале квартиля K1 – допуск к защите кандидатских и докторских диссертаций

Научный статус журнала

№ п/п	Отрасли науки, по которым присуждаются ученые степени	Научные специальности
1	Медицинские	3.2.3 Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения (медицинские науки)
2	Фармацевтические	3.4.3 Организация фармацевтического дела

АКТУАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

**«Большой прогресс и рост
удовлетворенности населения в стране
был дан именно национальным
проектом “Здравоохранение”»**
ИНТЕРВЬЮ с министром здравоохранения
Российской Федерации Михаилом
Альбертовичем МУРАШКО 6

РЕФОРМА КОНТРОЛЬНОЙ (НАДЗОРНОЙ)
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

САМОЙЛОВА А.В., КРУПНОВА И.В.
Совершенствование контрольной
и надзорной деятельности 16

ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ
НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ

**ГОЛУХОВА Е.З., СЕМЁНОВ В.Ю.,
МИЛИЕВСКАЯ Е.Б., СИГАЕВ И.Ю.,
ЗАВАЛИХИНА Т.В., ФИЛАТОВ А.Г.,
МИРОНЕНКО В.А., ПЕТРОСЯН К.В.,
СТАРОСТИН М.В.**
Реализация федерального проекта
«Борьба с сердечно-сосудистыми
заболеваниями»: хирургические
аспекты и тренды высокотехнологичной
медицинской помощи 22

**КАПРИН А.Д., КИТ О.И., ЧОЙНЗОНОВ Е.Л.,
ХАТЬКОВ И.Е., БЕЛЯЕВ А.М., ИВАНОВ С.А.,
ХАЙЛОВА Ж.В., ПАШИГОРОВА Л.В.**
Российская онкологическая служба.
Итоги реализации федерального
проекта «Борьба с онкологическими
заболеваниями» и перспективы
развития 34

**СУХИХ Г.Т., ШУВАЛОВА М.П.,
БАЙБАРИНА Е.Н., КАН Н.Е.**
Национальные медицинские центры –
проводники инноваций
в сфере здравоохранения 46

**ДРАПКИНА О.М., ШЕПЕЛЬ Р.Н.,
ВОШЕВ Д.В., ТЫЦКИЙ И.Е.**
Цифровизация здравоохранения:
внедрение технологий
и совершенствование диспансерного
наблюдения (часть 1) 53

**ЛАЙШЕВА О.А., БРЮСОВ Г.П.,
КОВАЛЬЧУК Т.С., УТКИН С.А.,
ПУТИЛИНА Е.А., ИВАХИН А.В.,
КУЛЕШОВ Н.Н., ГЛАЗЫРИНА А.А.,
ПЕТРЯЙКИНА Е.Е., ШЕШКО Е.Л.**
Развитие службы медицинской
реабилитации в федеральном
многопрофильном детском
стационаре. Опыт Центра медицинской
реабилитации Российской детской
клинической больницы – филиала
ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова
Минздрава России 63

КАЧЕСТВО, БЕЗОПАСНОСТЬ
И ДОСТУПНОСТЬ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**ФИСЕНКО В.С., КОБЯКОВА О.С.,
ВЫСКОЧКОВ В.С., ТЮФИЛИН Д.С.,
МЕДВЕДЕВ В.А., ДЕЕВ И.А.**
Анализ уровня удовлетворенности
населения медицинской помощью
в Российской Федерации
за 2023–2024 гг. 79

БАЛАНИН И.В., ЦАРЕВА О.В.
Анализ трансформации программы
государственных гарантий бесплатного
оказания гражданам медицинской
помощи в период 2020–2025 годов. . . . 87

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ
МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В ГОДЫ
ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

**ПОЛИНСКАЯ Т.А., СТАРЖИНСКАЯ О.Б.,
ШИШОВ М.А.**
Вместо диплома – удостоверение врача
и призыв: «Родина в опасности.
Она ждет вас!»: об «Огненном
выпуске» Ростовского медицинского
университета 1941 года 93

**ИВАНОВ Д.О., МИКИРТИЧАН Г.Л.,
СИДОРИН В.В.**
Об особенностях организации
акушерско-гинекологической помощи
в период блокады Ленинграда
(1941–1944 гг.). 97

ПРОХОРЕНКО В.М., ГУСЕВ А.Ф.
Роль эвакуогоспиталей Новосибирска
и Новосибирской области в годы
Великой Отечественной войны 107

ACTUAL TOPIC

Great progress and growth in population satisfaction in the country was achieved precisely by the national project "Healthcare"

INTERVIEW with the Minister of Healthcare of the Russian Federation Mikhail Albertovich MURASHKO 6

REFORM OF CONTROL (SUPERVISORY) ACTIVITIES

SAMOYLOVA A.V., KRUPNOVA I.V.

Improvement of control and supervisory activities. 16

RESULTS OF THE IMPLEMENTATION OF NATIONAL PROJECTS

GOLUKHOVA E.Z., SEMENOV V.Yu., MILIEVSKAYA E.B., SIGAEV I.Yu., ZAVALIKHINA T.V., FILATOV A.G., MIRONENKO V.A., PETROSYAN K.V., STAROSTIN M.V.

Implementation of the federal project "Fighting cardiovascular diseases": surgical aspects and trends in high-tech medical care. 22

KAPRIN A.D., KIT O.I., CHOYNZONOV E.L., KHATKOV I.E., BELYAEV A.M., IVANOV S.A., KHAILOVA Zh.V., PASHIGOROVA L.V.

Russian Oncological Service. Results of the implementation of the federal project "Combating Cancer" and development prospects 34

SUKHIKH G.T., SHUVALOVA M.P., BAIBARINA E.N., KAN N.E.

National medical research centers – agents of innovation in healthcare. 46

DRAPKINA O.M., SHEPEL R.N., VOSHEV D.V., TYTSKIY I.E.

Digitalization of healthcare: introduction of technologies and improvement of dispensary supervision (part 1) 53

LAISHEVA O.A., BRYUSOV G.P., KOVALCHUK T.S., UTKIN S.A., PUTILINA E.A., IVAKHIN A.V., KULESHOV N.N., GLAZYRINA A.A., PETRYAYKINA E.E., SHESHKO E.L.

Development of the medical rehabilitation service in the federal multidisciplinary children's hospital. Experience of the Medical Rehabilitation Center of the Russian Children's Clinical Hospital, a branch of the FSAEI of HE "Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov" of the Ministry of Health of the Russian Federation 63

QUALITY, SAFETY AND AVAILABILITY OF MEDICAL CARE

FISENKO V.S., KOBYAKOVA O.S., VYSKOCHKOV V.S., TYUFILIN D.S., MEDVEDEV V.A., DEEV I.A.

Analysis of the level of population satisfaction with medical care in the Russian Federation for 2023–2024. 79

BALANIN I.V., TSAREVA O.V.

Analysis of the program of state guaranties of free medical care for 2020–2025. 87

ORGANIZATION OF TRAINING OF MEDICAL PERSONNEL DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR

POLINSKAYA T.A., STARZHINSKAYA O.B., SHISHOV M.A.

Instead of a diploma – a doctor's certificate and a call: "The Motherland is in danger. It is waiting for you!": about the "Fiery graduation" of the Rostov Medical University in 1941 93

IVANOV D.O., MIKIRTICHAN G.L., SIDORIN V.V.

On the specifics of the organization of obstetric and gynecological care during the siege of Leningrad (1941–1944) 97

PROKHORENKO V.M., GUSEV A.F.

The role of evacuation hospitals in Novosibirsk and Novosibirsk region during the Great Patriotic War 107

«Большой прогресс и рост удовлетворенности населения в стране был дан именно национальным проектом “Здравоохранение”»

*ИНТЕРВЬЮ с министром здравоохранения Российской Федерации
Михаилом Альбертовичем МУРАШКО*



– Уважаемый Михаил Альбертович, первичная медико-санитарная помощь – самый востребованный вид медицинской помощи в стране. Именно по состоянию этих учреждений – поликлиник, фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий и др. – пациенты делают вывод о состоянии системы здравоохранения в целом. Отсюда следует и особая роль первичного звена как в государственной политике, так и в обеспечении устойчивой системы в ответ на вызовы, а также роль драйвера трансформации всей отрасли.

Расскажите, пожалуйста, как велась работа по развитию системы оказания первичной медико-санитарной помощи в рамках федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение», какие цели были достигнуты и какие задачи решены?

По результатам мониторингового опроса ВЦИОМ¹ об отношении россиян к реализации национальных проектов, проект «Здравоохранение» занял первое место среди наиболее полезных для российского общества. В числе значимых итогов проекта – самый низкий в истории уровень общей и младенческой смертности за всю историю страны, а также снижение смертности от новообразований, рост пятилетней выживаемости, улучшение качества жизни пациентов. Проект был завершён 31 декабря 2024 года. Итоги реализации мероприятий национального проекта «Здравоохранение» мы представим в нашем интервью с министром здравоохранения Российской Федерации Михаилом Альбертовичем МУРАШКО.

– Национальные проекты направлены на улучшение качества жизни и благополучия граждан, и вызовы, которые открываются сегодня перед нами, в первую очередь нужно расценивать как новые возможности. В образе их итога – здравоохранение будущего, которое обеспечит вклад в достижение новых национальных целей, где каждый человек, независимо от своего места жительства, получит качественную медицинскую помощь – это образ системы первичного звена. И, конечно, значимый вклад здесь принадлежит развитию

¹ Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) [сайт]. –

URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/nacionalnye-proekty-2023/itogi-i-ozhidaniya?ysclid=lrwokyoe327159840>.

инфраструктуры. Именно с программами по развитию инфраструктуры можно условно увязать этапы модернизации здравоохранения.

Учитывая, что нацпроект «Здравоохранение» завершился в 2024 году, закономерным шагом стало продолжение реализации части этих масштабных инициатив и мероприятий в рамках уже новых национальных проектов «Продолжительная и активная жизнь» и «Семья». Необходимо отметить, что один из главных компонентов реализации – комплексность подхода к модернизации здравоохранения.

Важно продолжить модернизацию первичного звена. Проект запущен по поручению Президента России, и за несколько лет реализации инициатив проекта кардинально изменилось лицо регионального здравоохранения. Практически ежедневно открываются новые или отремонтированные объекты первичной медико-санитарной помощи. Медпомощь стала доступнее, комфортнее для пациентов в том числе, о чем говорит и рост удовлетворенности граждан.

В рамках федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» значительное внимание уделялось повышению доступности первичного звена для граждан, проживающих в населенных пунктах с численностью населения от 100 до 2000 человек.

В субъектах Российской Федерации введены в эксплуатацию и получены лицензии на осуществление медицинской деятельности на 1791 фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, врачебную амбулаторию, запланированных к созданию/замене в 2019-2020 годах. На данных объектах за время реализации федерального проекта осуществлено порядка 14 млн посещений, из них только в 2024 году – 3,5 млн посещений.

С целью повышения доступности первичной медико-санитарной помощи для жителей отдаленных, труднодоступных и малонаселенных пунктов в медицинские организации субъектов Российской Федерации поставлено 1326 передвижных медицинских комплексов, которые осуществили

уже более 614 тыс. выездов, что позволило провести осмотры 18,7 млн человек. Только в 2024 году осуществлено 159,3 тыс. выездов и осмотрено 5,1 млн человек.

Кроме того, в рамках федерального проекта во исполнение Поручений Президента Российской Федерации от 02.05.2021 № Пр-753, от 21.02.2023 № Пр-528 и от 20.06.2023 № Пр-1219 Минпромторгом России в 2022–2024 годах осуществлена закупка и поставка в медицинские организации 552 единиц передвижных медицинских комплексов и автомобилей, укомплектованных медицинским оборудованием, для проведения профилактических медицинских осмотров и оказания медицинской помощи жителям сельских поселений и малых городов в субъектах Российской Федерации. Осуществлено порядка 56 тыс. выездов техники, осмотрено более 1,5 млн человек.

В 2024 году в 85 субъектах Российской Федерации в создании и тиражировании «Новой модели организации оказания медицинской помощи» участвует 7493 медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (108,6% от плана на 2024 год).

Значительное развитие в рамках нацпроекта получила и санитарная авиация. С 2019 по 2024 годы было организовано 71,8 тыс. дополнительных вылетов санавиации, эвакуировано более 93 тыс. пациентов.

В 2024 году в 85 субъектах Российской Федерации в создании и тиражировании «Новой модели организации оказания медицинской помощи» участвует 7493 медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (108,6% от плана на 2024 год).

В целях раннего и своевременного выявления у граждан хронических неинфекционных заболеваний, являющихся

основной причиной смертности населения Российской Федерации, таких как сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, болезни органов дыхания, сахарный диабет осуществляется проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации населения. В 2024 году завершили профилактические мероприятия более 109,3 млн человек, охват граждан профилактическими осмотрами составил 74,7% (106,7% от плана на 2024 год).

– По данным за 2024 год, уровень младенческой смертности в стране достиг минимального уровня за все годы наблюдений – четыре случая на 1000 родившихся живыми². Это беспрецедентный результат, большую роль в достижении которого сыграло взаимодействие регионов с федеральными центрами при внедрении мероприятий федерального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям». Какие наиболее значимые достижения проекта Вы бы отметили?

– Созданная ранее система перинатальных центров и флагманских акушерских стационаров в ходе реализации проекта получила обновленную базу для применения новейших жизнесберегающих технологий, что позволило существенно улучшить показатели младенческой смертности и добиться значительного снижения детской инвалидности.

В рамках федерального проекта «Развитие детского здравоохранения» за январь-декабрь 2024 года достигнуты все основные показатели. Показатель «Младенческая смертность» составил 4 промилле (прогнозное годовое значение – 4,5, ниже прогнозного на 11,1 %).

Приоритетной задачей федерального проекта являлось достижение общественно значимого результата «Обеспечена доступность для детей детских поликлиник

и детских поликлинических отделений с созданной современной инфраструктурой оказания медицинской помощи». За время реализации федерального проекта более 99,0% детских поликлиник/поликлинических отделений субъектов Российской Федерации дооснащены медицинскими изделиями и реализовали организационно-планировочные решения внутренних пространств.

Увеличилось число посещений детских поликлиник с профилактической целью. Профилактические медицинские осмотры играют важную роль в сохранении здоровья детей. В субъектах Российской Федерации в 2024 году охват профилактическими осмотрами составил 26,4 млн детей в возрасте 0–17 лет (97,3% от подлежащих).

Все это позволило увеличить доступность оказания медицинской помощи детям, в том числе благодаря созданию возможностей для всех типов записи к врачу (телефон, интернет, самозапись), сократить сроки проведения плановых консультаций и создать комфортные условия для пребывания детей, родителей и, что немаловажно, для работы медицинских специалистов. Для повышения доступности и качества специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи детям в рамках федерального проекта с 2019 года введена в эксплуатацию 21 детская больница (корпус), в том числе в 2024 году – два объекта капитального строительства: хирургический корпус Брянской областной детской больницы и Детский клинический центр им. Л.М. Рошаля в Московской области. Строительство и реконструкция детских больниц расширили возможности по оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи детям и обеспечили внедрение инновационных медицинских технологий в педиатрическую практику. Немаловажно также, что в новых и обновленных детских больницах создаются условия для комфортного пребывания детей в медицинских организациях совместно с родителями. Все эти

² Из выступления Президента РФ В.В. Путина на пленарной сессии конгресса «Национальное здравоохранение 2024». URL: <http://www.kremlin.ru/events/president/transcripts/75433>.

изменения, безусловно, способствовали повышению качества оказания медицинской помощи женщинам и детям, а также снижению детской и младенческой смертности. Важно отметить, что за последние 10 лет детская смертность в нашей стране снизилась в два раза.

Продолжается обучение специалистов в области перинатологии, неонатологии и педиатрии в симуляционных центрах, в которых с 2019 года повысили квалификацию более 69,9 тыс. человек, что обеспечило освоение самых современных и эффективных методик оказания помощи женщинам и детям и способствовало повышению качества оказания медицинской помощи.

– За последние 20 лет в нашей стране достигнут самый низкий уровень смертности от болезней системы кровообращения³. Но необходимо отметить, что сердечно-сосудистые заболевания все еще остаются основной причиной смертности в нашей стране. На борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями был направлен одноименный федеральный проект. Расскажите, пожалуйста, подробнее о мероприятиях федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» – каких показателей удалось достичь?

– Этот федеральный проект стал одним из действенных инструментов достижения целей по обеспечению доступности и высокого качества медицинской помощи для пациентов с кардиологической и неврологической патологией. Внедрение инициатив проекта позволило:

- полностью переоснастить и усилить систему сосудистых центров;
- наладить механизм наблюдения и лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью;
- внедрить систему льготного лекарственного обеспечения пациентов высокого риска.

Важно отметить: когда была организована выдача лекарственных препаратов пациентам после перенесенных сердечно-сосудистых катастроф уже при выписке из стационара, и получение их пациентами на амбулаторном этапе, было зафиксировано снижение смертности, а также снижение осложнений (тромбозов) после оперативных вмешательств.

Кроме того, была продолжена работа по обеспечению профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений пациентов высокого риска, состоящих под диспансерным наблюдением. На реализацию вышеуказанного мероприятия в 2024 году было выделено 11 956,0 млн руб., лекарственным обеспечением охвачено 1 064 066 пациентов (98,1% от числа пациентов, имеющих право на лекарственное обеспечение в рамках федерального проекта). Кроме того, с 2024 года в программу лекарственного обеспечения дополнительно включены пациенты с ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с фракцией выброса менее 40%, состоящие под диспансерным наблюдением.

Из широкого комплекса мероприятий региональных программ наиболее высокий процент реализации отмечен по мероприятиям, направленным на работу с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний – 99,4% и совершенствование оказания первичной медико-санитарной помощи – 99,0%.

В целях обеспечения своевременной госпитализации пациентов в профильные медицинские организации, оказывающие специализированную высокотехнологичную помощь пациентам с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения, были актуализированы нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации, регламентирующие маршрутизацию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

³ Из доклада главного внештатного специалиста-кардиолога Минздрава России Сергея Бойцова на пленарной сессии тематического дня «Здоровье».

Осуществлялось переоснащение медорганизаций современным медицинским оборудованием – более 3,3 тыс. единиц введено в эксплуатацию, среди них: ангиографические установки, компьютерные и магнитно-резонансные томографы (102 единицы «тяжелого оборудования») в 183 региональных сосудистых центрах и 203 первичных сосудистых отделениях, а в целом – в 386 медицинских подразделениях.

Большое внимание уделялось внедрению современных научно-обоснованных подходов к профилактике, диагностике и лечению пациентов с болезнями системы кровообращения. В настоящее время в Рубрикаторе клинических рекомендаций размещено 42 клинических рекомендации по сердечно-сосудистым заболеваниям.

По итогам реализации федерального проекта по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями реализованы запланированные мероприятия, достигнуты все запланированные значения показателей, повышена доступность профилактики, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

– Ежегодно выявляется порядка 600 тыс. новых случаев онкозаболеваний. По поручению Президента России в 2019 году стартовал федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», являвшийся одним из наиболее глобальных, поскольку включал в себя не только изменение инфраструктуры, но и совершенствование процессов, технологий, внедрение новейших научных разработок. Расскажите, пожалуйста, какая работа была проведена на этом направлении, каких результатов удалось достичь?

– Основными целями реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» являлись обеспечение доступности и качества медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями и внедрение современных методов диагностики и лечения в практику онкологической службы.

Значительную роль в достижении поставленных целей играли региональные программы по борьбе с онкологическими заболеваниями, разработанные в субъектах Российской Федерации с учетом эпидемиологических, демографических, социально-экономических и географических особенностей территории.

В целях повышения уровня ранней выявляемости онкологических заболеваний и доступности медицинской помощи по профилю «онкология» в регионах продолжена работа по организации центров амбулаторной онкологической помощи. За шесть лет в рамках реализации федерального проекта открыто 569 таких центров, позволяющих обеспечивать диагностику, проведение противоопухолевой лекарственной терапии и осуществление диспансерного наблюдения за онкологическими больными.

Современная медицина неразрывно связана с новейшими разработками, внедрением их в клиническую практику, а также с совершенствованием применяемых технологий. Масштабная программа по улучшению материально-технической базы региональных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, позволяет все больше расширять границы для инновационных, щадящих диагностических и органосохраняющих хирургических вмешательств.

В 2024 году продолжили работу организованные в 2019–2020 годах и оснащенные современным оборудованием 18 современных референс-центров иммуногистохимических, патоморфологических и лучевых методов исследований, призванных поднять диагностику онкологических заболеваний на новый уровень. Только в 2024 году было проведено 39 446 телемедицинских консультаций и 104 055 лабораторных исследований для получения второго мнения.

За весь период реализации федерального проекта построено 18 уникальных, современных онкодиспансеров в регионах России. Введение новых объектов, оснащенных современным оборудованием,

в эксплуатацию позволило перераспределить потоки пациентов, повысить доступность медицинской помощи, улучшить качество лечения и условия пребывания пациентов с онкологическими заболеваниями в медицинских организациях.

В целях повышения уровня ранней выявляемости онкологических заболеваний и доступности медицинской помощи по профилю «онкология» в регионах продолжена работа по организации центров амбулаторной онкологической помощи.

За шесть лет в рамках реализации федерального проекта открыто 569 таких центров, позволяющих обеспечивать диагностику, проведение противоопухолевой лекарственной терапии и осуществление диспансерного наблюдения за больными с онкологическими заболеваниями.

С целью обеспечения применения единых научно обоснованных подходов к диагностике и лечению онкологических заболеваний на всей территории страны по итогам 2024 года утверждено и размещено в Рубрикаторе клинических рекомендаций 96 клинических рекомендаций по лечению онкологических и онкогематологических заболеваний. На основе указанных клинических рекомендаций утверждены 198 стандартов медицинской помощи взрослым при онкологических заболеваниях.

Реализация федерального проекта завершилась достижением четырех из четырех целевых показателей.

Смертность от онкозаболеваний снизилась за четыре года на 5,6%; годовичная летальность – на 14%, а пятилетняя выживаемость выросла на 7% – это интегральный показатель эффективности работы онкослужбы. Почти более 60% опухолей выявляются на 1–2 стадиях, когда прогноз лечения максимально благоприятный.

– Все мероприятия национально-го проекта «Здравоохранение» связаны между собой и во многом зависят от кадровой составляющей системы здравоохранения. По итогам 2023 года, впервые за пять лет удалось не только остановить отток врачебных кадров

из государственной системы здравоохранения, но и увеличить численность медицинских специалистов в системе. Какие меры были предприняты для ликвидации дисбаланса медицинского персонала первичного звена в рамках федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»?

– Действительно, реализация федерального проекта была направлена в том числе на устранение кадрового дефицита медицинских работников «первичного звена», а также на обеспечение необходимыми специалистами терапевтической, хирургической и педиатрической служб. Одним из направлений развития кадрового обеспечения медицинских организаций является поддержание и воспроизводство сбалансированной кадровой структуры.

По итогам реализации федерального проекта за 2024 год, все значения результатов достигнуты с перевыполнением. Увеличена численность врачей, выросла численность средних медицинских работников, работающих в государственных медицинских организациях, повысилось число специалистов, участвующих в системе непрерывного медицинского образования, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий.

Нам удалось переломить негативный тренд на снижение числа медицинских специалистов. На федеральном уровне был реализован целый комплекс мероприятий по поддержке врачей в рамках программы «Земский доктор», увеличению контрольных цифр приема, введению целевого приема, введению мер социальной поддержки (социальные выплаты).

– На достижение целевых показателей национального проекта «Здравоохранение» оказывала влияние реализация федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий». Кроме того, одна

из ключевых задач этого федерального проекта – внедрение системы контроля качества медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, порядков и стандартов медицинской помощи. Как велась работа по реализации мероприятий данного проекта, какие задачи были решены полностью, какие еще предстоит решить в будущем?

– Основными задачами данного федерального проекта было проведение мероприятий для завершения формирования сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, а также внедрение клинических рекомендаций. Выполнение этих задач позволило достичь общественно-значимого результата – обеспечить доступность высококвалифицированной медицинской помощи для граждан.

В 2024 году проведено более 246 тыс. телемедицинских консультаций/консилиумов специалистов региональных медицинских организаций с применением телемедицинских технологий.

Национальные медицинские исследовательские центры (НМИЦ) являются ведущими учреждениями, осуществляющими «головные» функции по отдельным профилям медицинской помощи (направлениям деятельности), что включает организационно-методическую поддержку медицинских организаций субъектов Российской Федерации и формирование вертикально интегрированной системы организационно-методического сопровождения оказания медицинской помощи по профилям в субъектах Российской Федерации, а также деятельность в области подготовки медицинских кадров.

Организационно-методическое руководство профильными медицинскими организациями субъектов Российской Федерации осуществляется 38 национальными медицинскими исследовательскими центрами по 35 укрупненным профилям медицинской помощи (направлениям деятельности).

В рамках федерального проекта специалисты НМИЦ провели 1345 выездных мероприятий. В 2024 году в связи с высокой потребностью медицинских организаций новых субъектов Российской Федерации в организационно-методической поддержке НМИЦ, количество выездных мероприятий в новые субъекты составило 186 выездов.

В 2024 году проведено более 246 тыс. телемедицинских консультаций/консилиумов специалистов региональных медицинских организаций с применением телемедицинских технологий.

Кроме того, в рамках федерального проекта с 2019 по 2024 год НМИЦ проведено более 846 тыс. консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий (2019 г. – 35 043, 2020 г. – 70 803, 2021 г. – 126 434, 2022 г. – 162 848, 2023 г. – 205 720, 2024 г. – 246 083). По результатам каждой консультации/консилиума оформлялся протокол, с учетом которого лечащим врачом принималось решение в отношении дальнейшей тактики лечения пациента, в том числе в случае соответствующей рекомендации рассматривался вопрос перевода пациента в профильный НМИЦ. Все результаты и показатели федерального проекта выполнены. Внедрение мероприятий федерального проекта позволило повысить эффективность и качество оказания медицинской помощи населению по всей стране; повысить эффективность и качество подготовки и переподготовки медицинского персонала; обеспечить более быстрый вывод самых современных методов лечения в практическое здравоохранение.

В 2024 году федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий»

был завершен. Его ключевые мероприятия с начала 2025 года реализуются в рамках федерального проекта «Развитие федеральных медицинских организаций, включая развитие сети национальных медицинских исследовательских центров» национального проекта «Продолжительная и активная жизнь».

– С 2019 года в Российской Федерации проводятся мероприятия по цифровой трансформации отрасли. Какие главные итоги реализации проекта по цифровизации системы здравоохранения важно отметить? Какие направления развития проекта можно обозначить в перспективе?

– Реализация федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)» в рамках национального проекта «Здравоохранение» позволила обеспечить трансформацию процессов организации и оказания медицинской помощи системы здравоохранения на основе первичной медицинской информации для информационного сопровождения деятельности участников системы здравоохранения, возможность применения и соблюдения клинических рекомендаций медицинскими работниками в цифровом виде, систем поддержки принятия врачебных решений, а также межведомственного взаимодействия для создания электронных услуг и сервисов для граждан.

За шесть лет реализации федерального проекта создана основная информационно-технологическая инфраструктура: на федеральном уровне создана и функционирует Единая государственная информационная система здравоохранения (ЕГИСЗ), во всех субъектах Российской Федерации внедрены в работу государственные информационные системы в сфере здравоохранения, 100% государственных медицинских организаций подключены к защищенным сетям передачи данных и используют медицинские информационные системы.

В целях обеспечения перехода системы здравоохранения на безбумажный электронный документооборот разработано 126 видов структурированных электронных медицинских документов, обеспечивающих потребности медицинских организаций в организации безбумажного медицинского документооборота при всех видах осуществления медицинской деятельности. Минздравом России совместно с Минцифры России в 2024 году осуществлен перевод сервиса «Медицинские документы» на использование программного обеспечения «Витрина данных», что позволило обеспечить пользователям Единого портала государственных и муниципальных услуг (ЕПГУ) возможность скачивания юридически значимых электронных медицинских документов.

По итогам 2024 года медицинскими организациями зарегистрировано в подсистеме «Реестр электронных медицинских документов» ЕГИСЗ более 1,75 млрд документов, из них наиболее востребованные 20 видов документов переданы на ЕПГУ для предоставления гражданам, что составило 1,3 млрд электронных медицинских документов. При этом 66% электронных медицинских документов, переданных на ЕПГУ, сопоставлены с учетными данными пользователей на ЕПГУ и доступны для скачивания. Среди них наиболее востребованы:

- протокол консультации (376 млн ЭМД);
- протокол лабораторного исследования (235 млн ЭМД);
- протокол инструментального исследования (76 млн ЭМД).

Значительное внимание уделяется развитию электронных сервисов для граждан. Количество успешных записей на прием к врачу с помощью ЕПГУ, по сравнению с 2019 годом, в 2024 году выросло в шесть раз и составило более 64 млн записей.

Активно внедряются телемедицинские технологии, в том числе телемедицинские консультации и консилиумы врачей по сложным случаям по запросам врачей региональных медицинских организаций.

Согласно форме федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации», в субъектах

Российской Федерации в 2024 году всего проведено 15,9 млн консультаций, из них:

- более 7,8 млн консультаций врач-врач;
- более 7,9 млн консультаций врач-пациент;
- более 7,2 млн консультаций в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований;
- более 1,8 млн пациентов находились на дистанционном наблюдении за состоянием здоровья.

НМИЦ Минздрава России проведено более 228 тыс. телемедицинских консультаций и консилиумов врачей по сложным случаям по запросам врачей региональных медицинских организаций.

Важным направлением цифровизации отрасли является обеспечение перехода на электронное межведомственное взаимодействие.

В 2024 году обеспечено электронное взаимодействие медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения субъектов Российской Федерации с учреждениями медико-социальной экспертизы, Росгвардией, Роспотребнадзором, подразделениями ЗАГС:

- 100% направлений на медико-социальную экспертизу переданы в бюро медико-социальной экспертизы в электронном виде, что составило более 2,4 млн направлений.
- 100% медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения субъектов Российской Федерации обеспечили информационное взаимодействие между медицинскими организациями и учреждениями МСЭ в части передачи направления на медико-социальную экспертизу (справка 088/у) в форме электронного документа, сформированного в медицинских информационных системах медицинских организаций посредством подсистемы «Федеральный реестр электронных медицинских документов» ЕГИСЗ;
- 100% медицинских организаций обеспечивают передачу сведений о прохождении медицинского освидетельствования на получение права ношения оружия в Росгвардию. За 2024 год 2,28 тыс. медицинских организаций передали

посредством ЕГИСЗ в информационную систему Росгвардии более 1,746 млн медицинских заключений.

Более 790 тыс. сведений об электронных медицинских свидетельствах о рождении передано медицинскими организациями в ЕГР ЗАГС посредством ЕГИСЗ в 2024 году. Посредством сервиса на ЕПГУ или посредством визита в многофункциональные центры предоставления государственных и муниципальных услуг зарегистрировано 758 тыс. детей в органах ЗАГС на основании электронных медицинских свидетельствах о рождении.

В 2024 году 2,8 тыс. (99%) медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения 85 субъектов Российской Федерации обеспечили технологическую возможность передачи сведений о результатах медицинских осмотров в Роспотребнадзор посредством ЕГИСЗ для получения гражданами личных медицинских книжек в электронном виде.

В 2024 году создан компонент мониторинга и управления инфраструктурными проектами (далее – КМУИП), позволяющий формировать потребность отрасли здравоохранения, в том числе в модернизации первичного звена здравоохранения, а также осуществлять мониторинг реализации запланированных субъектами Российской Федерации мероприятий посредством компонента, обеспечивающего визуализацию и автоматизированную аналитическую обработку данных. Обеспечена интеграция Компонентов с подсистемами ЕГИСЗ, в том числе с «Федеральным реестром медицинских и фармацевтических организаций», «Федеральным реестром нормативно-справочной информации», «Федеральным регистром медицинских и фармацевтических работников» и «Геоинформационной подсистемой».

Также в 2024 году было обеспечено развитие Федерального регистра граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской

Федерации ЕГИСЗ (ФРЛЛО). Появилась возможность собирать данные по обеспечению льготополучателей медицинской продукцией, которая была подобрана в рамках синонимичной замены в аптечной организации. В рамках информационного ресурса, содержащего сведения о детях с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, включая информацию о закупке для таких детей лекарственных препаратов и медицинских изделий, в том числе не зарегистрированных в Российской Федерации, технических средств реабилитации, и сведения о результатах лечения таких детей обеспечена возможность рассмотрения заявок на обеспечение детей подведомственными Минздраву России медицинскими организациями, реализована возможность рассмотрения заявок субъектов Российской Федерации по персонализированному перераспределению лекарственных препаратов, предусмотренных изменениями, внесенными постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2022 № 2432.

В личном кабинете пациента «Мое здоровье» на ЕПГУ посредством Ресурса обеспечивается рассмотрение заявок на обеспечение детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями лекарственными препаратами.

В части внедрения электронных рецептов по итогам 2024 года 85 субъектами Российской Федерации в ЕГИСЗ зарегистрированы 51,4 млн структурированных электронных медицинских документов по рецептам (льготные, нелюготные), из них 36 млн рецептов доступны гражданам на ЕПГУ и в мобильном приложении «Госуслуги».

В части внедрения искусственного интеллекта в здравоохранении в 2024 году достигнуты следующие результаты:

- было продолжено внедрение медицинских изделий (МИ с ИИ) и сервисов с применением технологий искусственного интеллекта (ИИ-сервисы) в субъектах Российской Федерации в рамках реализации федерального проекта, по результатам реализации которого в субъектах

Российской Федерации в 2024 году было внедрено 412 МИ с ИИ, из них:

- 342 МИ с ИИ, направленных на обработку медицинских изображений;
- 65 МИ с ИИ направленных на анализ интегрированных электронных медицинских карт.

Внедрение ИИ-сервисов, направленных на голосовое заполнение медицинской документации медицинскими работниками, осуществили 19 субъектов Российской Федерации.

Минздравом России совместно с Правительством Москвы во исполнение поручения Президента Российской Федерации В.В. Путина, с целью масштабирования лучших практик, реализована возможность предоставления субъектам Российской Федерации доступа к централизованным ИИ-сервисам, обрабатывающим результаты компьютерной томографии, рентгенографии и маммографии путем взаимодействия с платформой централизованных сервисов Департамента здравоохранения г. Москвы – МосМедИИ. Департаментом здравоохранения г. Москвы заключены соглашения об информационном взаимодействии с 75 субъектами Российской Федерации.

Безусловно, завершение нацпроекта «Здравоохранение» – это важная веха, но это лишь один из этапов непрерывного процесса совершенствования и трансформации системы здравоохранения. Впереди нас ждет много интересной и нужной работы в рамках новых национальных проектов «Продолжительная и активная жизнь», «Семья» и «Новые технологии сбережения здоровья», благодаря которым мы сможем кардинально изменить ландшафт здравоохранения, значительно увеличить доступность медицинской помощи для каждого гражданина нашей страны. Важно отметить, что между завершенными и реализуемыми в настоящее время национальными проектами существует полная преемственность. Президент поставил перед нами серьезные задачи, и мы готовы их решать, чтобы обеспечить здоровье и благополучие наших граждан.

Беседовала Анастасия ТРУБНИКОВА

УДК 614.2

А.В. САМОЙЛОВА^{1,2}, д-р мед. наук, руководитель¹, профессор, заведующий кафедрой контрольно-надзорной деятельности и лицензирования в сфере здравоохранения², SamoylovaAV@roszdravnadzor.gov.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9142-8808>

И.В. КРУПНОВА¹, канд. фарм. наук, начальник Управления лицензирования и контроля соблюдения обязательных требований

Совершенствование контрольной и надзорной деятельности

¹ Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, 109074, Российская Федерация, г. Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1.
Federal Service for Surveillance in Healthcare, 4, bld. 1, Slavyanskaya Square, Moscow, 109074, Russian Federation.

² ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 125993, Российская Федерация, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1.
Federal State Budgetary Educational Institution of Additional Professional Education "Russian Medical Academy of Continuing Professional Education" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2/1, Barrikadnaya st., Moscow, 125993, Russian Federation.

Ключевые слова: государственный контроль и надзор, реформа контрольной (надзорной) деятельности, контрольные (надзорные) мероприятия, принцип приоритета профилактики, цифровая трансформация, досудебное обжалование, сокращение сроков проверок

Для цитирования: Самойлова А.В., Крупнова И.В. Совершенствование контрольной и надзорной деятельности // Вестник Росздравнадзора. – 2025. – № 2. – С. 16–21.

For citation: Samoylova A.V., Krupnova I.V. Improvement of control and supervisory activities // Vestnik Roszdravnadzora. – 2025. – Vol. 2. – P. 16–21.

Samoylova A.V., Krupnova I.V.

Improvement of control and supervisory activities

The article presents the results of the reform of control (supervisory) activities for the period 2020–2024, the priority areas of which were: the introduction of a risk-oriented approach, prioritizing the prevention of violations over inspections, digital transformation and the use of a pre-trial appeal system. Measures to improve control were developed in order to eliminate shortcomings in the legal regulation of state and municipal control, consisting of insufficient regulation of issues of preventing violations of mandatory requirements, as well as in order to level out the unjustified emphasis on conducting inspections, which are the most costly activities for both business and supervisory authorities.

Keywords: state control and supervision, reform of control (supervisory) activities, control (supervisory) activities, principle of priority of prevention, digital transformation, pre-trial appeal, reduction of inspection periods

В статье представлены результаты реформирования контрольной (надзорной) деятельности за период 2020–2024 гг., приоритетными направлениями которой стали: внедрение риск-ориентированного подхода, установление приоритета профилактики нарушений перед проверками, цифровая трансформация и применение системы досудебного обжалования. Меры по совершенствованию контроля были разработаны в целях устранения недостатков правового регулирования государственного и муниципального контроля, заключающихся в недостаточности регулирования вопросов профилактики нарушений обязательных требований, а также в целях нивелирования неоправданного акцента на проведении проверок, являющихся наиболее затратными мероприятиями как для бизнеса, так и для надзорных органов.

Основными направлениями реформирования контрольной (надзорной) деятельности является повышение эффективности и результативности контрольной (надзорной) деятельности, а также снижение административной нагрузки на предприятия и предпринимателей, улучшение делового климата, повышение безопасности и качества предоставляемых услуг юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями.

В соответствии с Федеральными законами от 31.07.2020 № 247-ФЗ «Об обязательных требованиях в Российской Федерации»¹ и № 248-ФЗ «О государственном

¹ URL: <https://base.garant.ru/74449388/?ysclid=m9h1dxlp3840781153>.

Таблица. Динамика количества контрольных (надзорных) мероприятий, профилактических мероприятий, проведенных Росздравнадзором в 2020–2023 годах								
Период, годы	2020		2021		2022		2023	
Вид контроля	Контрольные (надзорные) мероприятия	Профилактические мероприятия	Контрольные (надзорные) мероприятия	Профилактические мероприятия	Контрольные (надзорные) мероприятия	Профилактические мероприятия	Контрольные (надзорные) мероприятия	Профилактические мероприятия
Итоги года	8857	4203	7616	12 419	1300	89 723	2017	81 728
Федеральный государственный контроль (надзор) качества и безопасности медицинской деятельности	8281	0	4845	6942	1172	50 141	1527	31 215
Федеральный государственный контроль (надзор) за обращением медицинских изделий	1170	2559	541	2575	77	786	490	2957
Федеральный государственный контроль (надзор) в сфере обращения лекарственных средств	594	1644	2230	2902	51	38796	0	47 556
Выборочный контроль	2229		338		1942		2947	

контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации»² (далее – Закон № 248-ФЗ) система осуществления контрольной (надзорной) деятельности предусматривает внедрение риск-ориентированного подхода, установление приоритета профилактики нарушений перед проверками, цифровую трансформацию и применение системы досудебного обжалования.

Законы разработаны в целях устранения недостатков правового регулирования государственного и муниципального контроля, заключающихся в недостаточности регулирования вопросов профилактики нарушений обязательных требований, а также в целях нивелирования неоправданного акцента на проведении проверок, являющихся наиболее затратными мероприятиями как для бизнеса, так и для надзорных органов.

Реформа позволила сократить общее число видов контроля (надзора) с 250 до 140, в том числе в Росздравнадзоре осталось семь видов федерального контроля (надзора).

Реформирование контрольной (надзорной) деятельности в условиях усиления внешнего санкционного давления имеет важное значение для поддержки предпринимательской деятельности.

Установленный в начале 2022 года мораторий на проведение проверок предприятий и предпринимателей показал высокую эффективность. С 10 марта 2022 года в рамках моратория Росздравнадзором отменено более 600 проверок. По сравнению с 2019 годом, количество проверок сократилось более чем в три раза.

К числу главных действенных инициатив Закона № 248-ФЗ следует отнести систематизацию и закрепление на законодательном уровне единой системы принципов государственного контроля. Главное – устанавливается принцип приоритета профилактики при осуществлении контрольно-надзорной деятельности. В законе детально прописаны статус контрольных (надзорных) органов, права и обязанности инспекторов, определены виды и порядок осуществления профилактических и контрольных (надзорных) мероприятий.

² URL: <https://base.garant.ru/74449814/?ysclid=m9h1d516w0735410065>.

Еще одно существенное нововведение – это сокращение сроков проверок. По общему правилу, указанный срок не должен превышать 10 рабочих дней. В отношении одного субъекта малого предпринимательства общий срок взаимодействия в ходе проведения выездной проверки не может превышать 50 часов для малого предприятия и 15 часов – для микропредприятия.

При этом ключевым показателем эффективности госконтроля становится не количество проведенных контрольных мероприятий, а снижение ущерба от нарушения охраняемых законом ценностей и снижение барьеров для развития бизнеса.

В 2022 году Росздравнадзором активно проводилась работа по реализации вступивших в силу с 1 июля 2021 года основных положений Закона № 248-ФЗ, ключевой особенностью которой является смещение акцента с проведения проверок на профилактику нарушений.

Согласно ст. 45 Закона № 248-ФЗ контрольные (надзорные) органы могут проводить следующие профилактические мероприятия:

- 1) информирование;
- 2) обобщение правоприменительной практики;
- 3) меры стимулирования добросовестности;
- 4) объявление предостережения;
- 5) консультирование;
- 6) самообследование;
- 7) профилактический визит.

Росздравнадзором профилактические мероприятия проводятся в порядке, установленном Законом № 248-ФЗ, с учетом особенностей, установленных Положениями о виде контроля (надзора).

Особо хочется отметить профилактические визиты. Такие визиты проводятся нашими инспекторами в форме профилактической беседы по месту осуществления деятельности контролируемого лица либо путем использования видеосвязи. В ходе профилактического визита инспектор информирует подконтрольный субъект об обязательных

требованиях, предъявляемых к его деятельности. При этом контролируемые лица могут отказаться от проведения обязательного профилактического визита. При проведении профилактического визита организациям не могут выдаваться предписания об устранении нарушений обязательных требований.

Требования законодательства послужили причиной уменьшения количества контрольно-надзорных мероприятий, проводимых в отношении хозяйствующих субъектов, что значительно снизило административное давление на бизнес. Наряду с этим значительно увеличилось количество проведенных профилактических мероприятий, которые не влекут за собой применение мер административного наказания.

Существенные корректировки в организацию федерального государственного надзора в 2022 году внесены постановлением Правительства Российской Федерации от 10.03.2022 № 336 «Об особенностях организации и осуществления государственного контроля (надзора) муниципального контроля»³ (далее – Постановление № 336), согласно которому с момента вступления его в силу плановые контрольные (надзорные) мероприятия не проводились, за исключением плановых контрольных (надзорных) мероприятий в рамках федерального государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) только в отношении объектов контроля, отнесенных к категории чрезвычайно высокого риска, определенных Правительством Российской Федерации.

Отдельного внимания заслуживают требования к планированию контрольных (надзорных) мероприятий на 2023 год, изложенные в Постановлении № 336.

В планы проведения плановых контрольных (надзорных) мероприятий на 2023 год включались только плановые контрольные (надзорные) мероприятия в рамках федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской

³ URL: <https://base.garant.ru/403681894/?ysclid=m9h2f1lq7g170803197>.

деятельности в отношении объектов контроля, отнесенных к категориям чрезвычайно высокого и высокого риска.

Соответственно, в этот период была скорректирована работа по оформлению проверок в едином реестре контрольных и надзорных мероприятий. Так, внесены изменения в Правила формирования и ведения единого реестра контрольных мероприятий, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2021 № 604 «Об утверждении Правил формирования и ведения единого реестра контрольных (надзорных) мероприятий и о внесении изменения в постановление Правительства Российской Федерации от 28 апреля 2015 г. № 415»⁴. Например, теперь надзорный орган не вправе проводить плановое контрольное (надзорное) мероприятие, если заблаговременно не внес его в реестр видов контроля.

Основания для проведения контрольных (надзорных) мероприятий одинаковые для всех:

1. Наличие у контрольных органов сведений о причинении вреда (ущерба) или о такой угрозе охраняемым законом ценностям либо выявление соответствия объекта контроля параметрам, утвержденным индикаторами риска нарушения обязательных требований.
2. Наступление сроков проведения контрольных (надзорных) мероприятий, которые включены в план проведения контрольных (надзорных) мероприятий.
3. Поручения от Президента РФ и Правительства РФ о проведении таких мероприятий.
4. Требование прокурора о проведении мероприятия.
5. Истечение срока исполнения решения об устранении выявленного нарушения обязательных требований.
6. Наступление события, указанного в программе проверок.

С 2024 года изменилась риск-ориентированная модель в сфере обращения лекарственных препаратов, появились

организации высокой категории риска, в отношении которых с периодичностью один раз в два года планируются и проводятся плановые проверки.

Важно, что меняется сам подход к проведению проверок. К привычным форматам – выездной и документарной проверкам – добавляются новые формы контрольно-надзорных мероприятий.

В частности, появляется контрольная и мониторинговая закупки, инспекционный визит, рейдовый осмотр. В рамках контрольной закупки инспектор не может взаимодействовать с контролируемым лицом более одного рабочего дня. После завершения контрольной закупки инспектор предъявляет удостоверение и сообщает о проведении, также он должен предъявить копию решения о проведении такой закупки.

Инспекционный визит проводится по месту нахождения контролируемого лица, без предварительного уведомления. Срок визита не может превышать один рабочий день. В ходе инспекционного визита могут совершаться следующие действия: осмотр, опрос, получение письменных объяснений, инструментальное обследование, истребование документов.

В свою очередь, единый реестр видов контроля синхронизирован со справочно-информационным интернет-порталом «Госуслуги». Через него предприниматели могут отслеживать информацию о предстоящих проверках, видеть принятые решения по итогам контрольно-надзорного мероприятия и обжаловать их в досудебном порядке при помощи специального сервиса. Также высокую эффективность показала система досудебного обжалования, благодаря которой Росздравнадзором оперативно рассматриваются жалобы на нарушение установленного моратория: так, срок рассмотрения сократился с 18 рабочих дней до 11 рабочих дней.

В 2023 году поступило 28 досудебных обжалований результатов проверок, 18 – контроль качества и безопасности

⁴ URL: <https://base.garant.ru/400665980/?ysclid=m9h2iz6riv9666910>.

медицинской деятельности (1,7% от общего количества проверок), три заявления по результатам контроля за обращением лекарственных средств (0,24% от общего количества проверок), семь заявлений по результатам контроля за обращением медицинских изделий (5,43% от общего количества проверок).

Со своей стороны, Росздравнадзор на всех публичных площадках информирует представителей бизнеса о порядке досудебного обжалования.

В 2024 году поступило 146 заявлений об обжаловании результатов контрольных мероприятий, из них по результатам рассмотрения без удовлетворения оставлено 50 решений, 10 отозвано самостоятельно заявителями, в 54 случаях решение отменено.

При этом значимым является ответственность должностных лиц контролирующих органов за соблюдение требований, регламентирующих порядок проведения контрольных (надзорных) мероприятий.

Если предприниматель посчитает, что его права нарушены, он, как и раньше, может обратиться в прокуратуру или в аппарат уполномоченного по защите прав предпринимателей. Должностные лица несут ответственность как по Кодексу Российской Федерации об административных правонарушениях (КоАП РФ), так и по Уголовному кодексу Российской Федерации (УК РФ):

- ст. 19.6.1. КоАП РФ предусмотрена ответственность за несоблюдение требований законодательства о государственном контроле;
- ст. 19.1 КоАП РФ – самоуправство;
- ст. 169 УК РФ – воспрепятствование законной предпринимательской деятельности;
- ст. 85 УК РФ – злоупотребление должностными полномочиями;
- ст. 286 УК РФ – превышение должностных полномочий.

Существенные изменения происходят и в разрешительной деятельности. Внесенные законодательные изменения направлены на развитие реестровой модели в сфере лицензирования, в рамках которой предусматривается:

- замена процедуры переоформления лицензии на процедуру внесения изменений в реестр лицензий;
- переход на предоставление исключительно электронных выписок из реестра лицензий без взимания платы, что позволяет сократить издержки лицензиатов и бумажный документооборот;
- возможность ведения лицензионного дела и принятия лицензирующим органом решения о предоставлении лицензии (внесении изменений в реестр лицензий, иных решений) в электронном формате;
- возможность самостоятельного внесения изменений в реестр лицензий лицензиатом в случае изменения номера телефона, адреса электронной почты;
- возможность ведения лицензирующим органом реестра лицензий не в своей информационной системе, а в информационной системе другого федерального органа исполнительной власти (актуально, в частности, для лицензируемых видов деятельности с небольшим количеством лицензиатов и в случае переданных полномочий);
- возможность внесения изменений в реестр лицензий лицензирующим органом на основании данных сторонних информационных систем (ЕГРЮЛ, ЕГРИП и т.д.) в случаях, например, изменения наименования лицензиата, ФИО индивидуального предпринимателя, его паспортных данных, что позволило сократить издержки лицензиатов, связанные с уплатой государственной пошлины и подачей в указанных случаях в лицензирующий орган заявлений о переоформлении лицензии.

В рамках цифровизации лицензирования также введен в действие Единый реестр учета лицензий (ЕРУЛ), в котором собираются данные всех реестров лицензий лицензирующих органов. Посредством ЕРУЛ осуществляется присвоение лицензиям регистрационных номеров, а также сбор практической информации в сфере лицензирования для последующего ее анализа и принятия необходимых законодательных и управленческих решений.

Таким образом, принципы, заложенные в указанных законах, представляют собой фундамент, на котором сегодня строится вся система госконтроля (надзора) и муниципального контроля в стране.

Указанные нововведения привели к сокращению проверок контролируемых лиц и уменьшению давления на бизнес.

В рамках совершенствования контрольной и надзорной деятельности:

- проведен анализ нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность в сфере здравоохранения: устаревшие и избыточные правила отменены, а остальные актуализированы;
- унифицирована процедура проведения проверок;
- согласовываются с органами прокуратуры все планы проверок, включая проведение внеплановых;
- оцифрован весь процесс надзора по РФ;
- веден риск-ориентированный подход при назначении плановых проверок;
- внедрены индикаторы риска нарушения обязательных требований для внеплановых проверок.

Использование индикаторов риска в качестве основания для проведения проверок становится приоритетным направлением в работе контрольных органов при организации внепланового контроля.

Так, в 2023 году Росздравнадзором проведено с использованием индикаторов риска нарушения обязательных требований 132 контрольных мероприятия, в 2024 году проведена 1421 проверка.

Расширение возможности дистанционного контроля – это один из приоритетов в совершенствовании сферы контроля и надзора на 2025 год. Существенную роль в развитии дистанционного взаимодействия контролеров и бизнеса в ближайшее время будет играть мобильное приложение «Инспектор». Оно включено в перечень информационных систем государственного контроля (надзора), муниципального контроля; уже сегодня установлена возможность проведения ряда контрольных (надзорных) действий и мероприятий, а также профилактических визитов с помощью приложения.

С помощью приложения можно в онлайн-режиме проводить мероприятия контрольной (надзорной) деятельности на основе чек-листов, а авторизация пользователя происходит через «Госуслуги». Приложение отслеживает геопозицию контролируемого лица и умеет определять ее подмену, о чем сразу же оповещает участников видеоконференции.

Например, предприниматель в 2025 году сможет через мобильное приложение в дистанционном формате подтвердить факт исправления нарушения, и повторная проверка не потребует.

Фото-, видео- и аудиоматериалы проверки автоматически сохраняются на защищенных серверах. При этом как предпринимателю, так и инспектору в течение пяти лет доступна история всех проведенных контрольных мероприятий. Этот архив может послужить инструментом для обжалования итогов проверки.

Сфера контроля и надзора является одной из перспективных для применения искусственного интеллекта, прежде всего в рамках повышения эффективности риск-ориентированного подхода. Например, при выборе объектов проверок уровень эффективности принятия управленческих решений существенно повышается за счет обработки значительного массива данных, который ранее был недоступен.

Также обозначилась необходимость:

- постоянного мониторинга сведений, используемых для оценки и управления рисками;
- цифровизации большого объема полученных в ходе мониторинга данных;
- анализа накопленного массива данных, в том числе для тиражирования результатов анализа на региональный и муниципальный уровни, что в целом позволит с большей эффективностью совершенствовать механизм управления рисками нарушений обязательных требований.

Благодаря внедрению цифровых технологий в сфере контроля и надзора взаимодействие контролеров с бизнесом становится не только более прозрачным, но и удобным.

УДК 614.2

Е.З. ГОЛУХОВА¹, д-р мед. наук, профессор, академик РАН, директор
egolukhova@bakulev.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6252-0322>

В.Ю. СЕМЁНОВ¹, д-р мед. наук, профессор, заместитель директора
Института кардиохирургии им. В.И. Бураковского, vysemenov@bakulev.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0278-5652>

Е.Б. МИЛИЕВСКАЯ¹, д-р мед. наук, заместитель руководителя
научно-организационного отдела, ebmilievskaia@bakulev.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9340-4212>

И.Ю. СИГАЕВ¹, д-р мед. наук, профессор, и.о. директора
Института коронарной и сосудистой хирургии, iysigaev@bakulev.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1323-8072>

Т.В. ЗАВАЛИХИНА¹, канд. мед. наук, главный врач Института
коронарной и сосудистой хирургии, tvzavalikhina@bakulev.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3754-3469>

А.Г. ФИЛАТОВ¹, д-р мед. наук, заведующий отделом рентгенохирургической
и интраоперационной диагностики и лечения аритмий, agfilatov@bakulev.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7026-7814>

В.А. МИРОНЕНКО¹, д-р мед. наук, заместитель директора
по кардиохирургии взрослых пациентов, vamironenko@bakulev.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1533-6212>

К.В. ПЕТРОСЯН¹, д-р мед. наук, заведующий отделением
рентгенохирургических методов исследования и лечения

заболевания сердца и сосудов, kvpetrosyan@bakulev.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3370-0295>

М.В. СТАРОСТИН¹, канд. мед. наук, научный сотрудник отдела хирургии сочетанных
заболеваний коронарных и магистральных артерий, mvstarostin@bakulev.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0169-9274>

Реализация федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»: хирургические аспекты и тренды высокотехнологичной медицинской помощи

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева»
Минздрава России, 121552, Российская Федерация, Москва, Рублевское шоссе, д. 135.
Bakulev National Medical Research Center for Cardiovascular Surgery, Ministry of Health of the Russian Federation,
135, Rublevskoe Shosse, Moscow, 121552, Russian Federation.

Ключевые слова: программа борьбы с ССЗ, болезни системы кровообращения, аортокоронарное шунтирование, рентгенэндоваскулярные методы, ангиопластика коронарных артерий, нарушения ритма сердца, приобретенные пороки сердца, аневризма аорты

Для цитирования: Голухова Е.З., Семёнов В.Ю., Милиевская Е.Б., Сигаев И.Ю., Завалихина Т.В., Филатов А.Г., МIRONENKO В.А., Петросян К.В., Старостин М.В. Реализация федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»: хирургические аспекты и тренды высокотехнологичной медицинской помощи // Вестник Росздравнадзора. – 2025. – № 2. – С. 22–33.

For citation: Golukhova E.Z., Semenov V.Yu., Milievskaia E.B., Sigaev I.Yu., Zavalikhina T.V., Filatov A.G., Mironenko V.A., Petrosyan K.V., Starostin M.V. Implementation of the federal project "Fighting cardiovascular diseases": surgical aspects and trends in high-tech medical care // Vestnik Roszdravnadzora. – 2025. – Vol. 2. – P. 22–33.

Golukhova E.Z., Semenov V.Yu., Milietskaya E.B., Sigaev I.Yu., Zavalikhina T.V., Filatov A.G., Mironenko V.A., Petrosyan K.V., Starostin M.V.
Implementation of the federal project "Fighting cardiovascular diseases": surgical aspects and trends in high-tech medical care

The article discusses the preliminary results of the federal project to combat cardiovascular diseases. The development of the infrastructure for providing care to patients with diseases of the circulatory system, the availability of medical care, including modern high-tech methods of surgical interventions, and the achievement of program targets are analyzed.

Keywords: program to combat CVD, diseases of the circulatory system, coronary artery bypass grafting, X-ray endovascular methods, angioplasty of the coronary arteries, cardiac arrhythmias, acquired heart diseases, aortic aneurism

Введение

Ведущей причиной смертности населения в большинстве стран мира являются болезни системы кровообращения (БСК). На уровень смертности оказывает влияние множество факторов: экономические, образ жизни, доступность медицинской помощи, экологические, гено- и фенотипические и другие [1]. Несмотря на то, что в последние годы отмечаются существенные успехи в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), Российская Федерация по-прежнему является страной с высокой смертностью от БСК [2]. При этом имеется значительная разница показателей смертности между субъектами РФ [3].

Доступность высокотехнологичной медицинской помощи оказывает значимое влияние на снижение смертности от болезней системы кровообращения. Однако изменения благосостояния и образа жизни, объема потребления алкоголя, ограничение курения, а также своевременная и эффективная профилактика и другие факторы имеют огромное значение [4].

Правительство России достаточно давно уделяет внимание проблемам профилактики и лечения ССЗ. Еще в 2001 году было принято постановление Правительства РФ от 17.07.2001 № 540, утвердившее федеральную целевую программу «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации»¹. С 2019 по 2024 гг. осуществлялся федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», в соответствии с которым в каждом субъекте РФ реализовывались региональные программы. Существенное внимание в этих программах уделялось мероприятиям первичной и вторичной профилактики БСК.

В статье обсуждаются предварительные итоги федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями». Анализируется развитие инфраструктуры оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения, доступность медицинской помощи, в том числе современных высокотехнологичных методов хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения, достижение целевых показателей программ.

Как показала практика, реализация региональных программ борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями ведет к снижению смертности от БСК в большинстве субъектов РФ [5].

Цель работы

Анализ доступности и основных трендов развития высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в условиях реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

Материалы и методы

В работе использовались данные Росстата за 2018–2023 годы о заболеваемости и смертности населения, об операциях при ССЗ и их результатах, кадровых и материальных ресурсах здравоохранения (формы федерального статистического наблюдения №№ 12, 14 и 30), а также данные, полученные по запросу НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, показатели федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», подготовленные специалистами ЦНИИОИЗ Минздрава России на основании данных субъектов Российской Федерации, размещенных в автоматизированной системе мониторинга медицинской статистики (АСММС), и данные Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС).

¹ Постановление Правительства РФ от 17.07.2001 № 540 «О федеральной целевой программе "Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации"». URL: <https://base.garant.ru/4177616/?ysclid=m8q8oge0am225486490>.

Результаты

С 1 октября 2018 года в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»² начата реализация федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (ФП БССЗ). Главной целью проекта было обозначено снижение смертности от БСК до 450 случаев на 100 тыс. населения. Приказом Минздрава России от 29.03.2019 № 179 (с изм. от 31.03.2021 № 278) «Об утверждении методик расчета дополнительных показателей федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», входящего в национальный проект «Здравоохранение»³ были утверждены перечень и целевые значения ключевых показателей проекта (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, целевые показатели ФП БССЗ в целом в 2024 году были достигнуты. Фактические значения целевых показателей в среднем по стране в 2024 году, естественно, отличались от величин данных показателей по субъектам РФ. При этом по ряду показателей различия между регионами были значительными.

Больничная летальность от инфаркта миокарда (ИМ) составила в РФ 9,6%, максимальный уровень – в Еврейской АО (25,4%), минимальный уровень – в Ненецком АО (3,5%), при этом плановое значение не достигнуто в 14 регионах.

Больничная летальность от острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) составила в РФ 15,8%, максимальный уровень – в Еврейской АО (27,4%), минимальный – в Республике Марий Эл (7,5%), при этом плановое значение не достигнуто в 11 регионах.

Количество рентгенэндоваскулярных вмешательств (РЭВ) в лечебных целях в соответствии с численностью населения и возможностями субъектов РФ было максимальным – в г. Москве (22,0 тыс. единиц), минимальным – в Ненецком и Чукотском

АО (0,0), при этом плановое значение не достигнуто в 10 регионах.

Доля лиц с БСК, состоящих под диспансерным наблюдением (ДН), получивших в текущем году медицинские услуги в рамках ДН, от всех пациентов с БСК, состоящих под ДН, составила по факту 80,9%, при этом максимальный показатель – в Республике Калмыкия (100,0%), а минимальный – в Республике Коми (54,7%), при этом плановое значение не достигнуто в 14 регионах.

Летальность больных с БСК среди лиц с БСК, состоящих под ДН, составила по факту 1,7%, максимальный уровень – во Владимирской области (5,0%), минимальный уровень – в г. Санкт-Петербурге (0,4%), при этом плановое значение не достигнуто в трех регионах.

Доля лиц, которые перенесли ОНМК, ИМ, а также которым были выполнены операции аорто-коронарного шунтирования (АКШ), ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу ССЗ, бесплатно получавших в отчетном году необходимые лекарственные препараты в амбулаторных условиях, – 95,4%; максимальный показатель – в Республиках Марий Эл, Удмуртской, Тыва, Саха (Якутия), Костромской, Самарской областях, Забайкальском, Камчатском краях (100,0), минимальный – в Смоленской области, Республиках Крым и Ингушетия, Ставропольском крае (90,0).

Полученные результаты были связаны в определенной степени с улучшением работы службы скорой медицинской помощи и с развитием инфраструктуры оказания помощи пациентам с БСК.

Прогнозы выживаемости пациентов с инфарктом миокарда напрямую зависят от квалифицированной работы скорой медицинской помощи. За анализируемый период летальность больных в транспортном средстве при выполнении медицинской эвакуации с места вызова скорой медицинской помощи практически не изменилась: 0,58% – в 2018 году, 0,59% – в 2023 году (табл. 2), а доля пациентов,

² URL: <https://base.garant.ru/71937200/?ysclid=m8q90qc5l3481958000>.

³ URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400547952/?ysclid=m8q92t3qw8216452052>.

Таблица 1. Показатели федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

Показатель	Целевое значение на 2024 г.	Факт 2024 г.*
Больничная летальность от инфаркта миокарда, %	11,6	9,6
Больничная летальность от острого нарушения мозгового кровообращения, %	18,2	15,8
Количество рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, тыс. ед.	285,002	323,035
Доля лиц с болезнями системы кровообращения, состоящих под диспансерным наблюдением, получивших в текущем году медицинские услуги в рамках диспансерного наблюдения от всех пациентов с болезнями системы кровообращения, состоящих под диспансерным наблюдением, %	80,0	80,9
Доля лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, бесплатно получавших в отчетном году необходимые лекарственные препараты в амбулаторных условиях, %	90,0	95,4
Летальность больных с болезнями системы кровообращения среди лиц с болезнями системы кровообращения, состоящих под диспансерным наблюдением, %	2,50	1,70

* ЕМИСС (<https://fedstat.ru/indicator/>).

доставленных в региональные сосудистые центры и первичные сосудистые отделения, увеличилась с 82,2% до 87,9%. Также возросла и доля пациентов, нуждавшихся в проведении и получивших тромболизис с 70,1% до 85,2% (табл. 2), что в том числе повлияло на снижение смертности населения от ИМ с 38,8 до 32,3 случаев на 100 тысяч населения.

За период с 2018 по 2023 гг. число региональных сосудистых центров (РСЦ) в стране увеличилось на 66,9%, а пролеченных в них пациентов – на 51,0%. Госпитальная летальность пациентов в региональных сосудистых центрах (РСЦ) снизилась с 9,28% в 2020 году до 7,39% в 2023 году,

что несколько ниже, чем в доковидные годы (табл. 3).

Развитие инфраструктуры и оснащенность. Ангиографические аппараты критически необходимы при оказании медицинской помощи пациентам с ССЗ по профилю «сердечно-сосудистая хирургия». За анализируемый период их общее число в стране увеличилось на 41,1%, действующих аппаратов – на 35,8%, а со сроком эксплуатации свыше 10 лет – на 100,9% (табл. 4). В целом за период реализации проекта было создано 626 региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений, которые за счет средств федерального бюджета получили более

Таблица 2.* Работа скорой медицинской помощи с пациентами с инфарктом миокарда (2018–2023 гг.)

Показатель	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Число пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда (I21-I22), чел.	181 500	185 127	170 030	169 052	171 586	183 800
из них: пациентов, нуждавшихся в проведении тромболизиса при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации при отсутствии медицинских противопоказаний к проведению тромболизиса	25 422	27 842	23 999	24 877	27 232	28 484
из них: проведено тромболизисов	17 824	20 636	19 692	19 617	22 309	24 273
пациентов, у которых смерть наступила в транспортном средстве при выполнении медицинской эвакуации с места вызова скорой медицинской помощи	1044	948	1061	1063	1044	1091
пациентов, доставленных в региональные сосудистые центры и первичные сосудистые отделения с места вызова скорой медицинской помощи	149 171	156 161	144 629	148 750	152 235	161 534

* ФФСН-30, таблица 2350.

Таблица 3.* Динамика работы региональных сосудистых центров (2018 – 2023 гг.)

Показатель	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Число РСЦ, ед.	151	162	175	189	215	252
Поступило пациентов, чел.	537 308	582 560	524 108	615 981	710 655	811 291
Летальность, %	7,42	7,46	9,28	8,90	7,50	7,39

* ФФСН-30, таблица 1008.

Таблица 4.* Динамика числа ангиографических аппаратов стационарных (2018–2023 гг.)

Показатель	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Число аппаратов, всего	548	583	651	703	719	773
из них: действующих	523	557	619	656	668	710
со сроком эксплуатации свыше 10 лет	114	152	150	159	178	229

* ФФСН-30, таблица 5117.

28 тыс. единиц медицинского оборудования, в т.ч. 189 ангиографов.

Развитие инфраструктуры позволило значительно улучшить доступность высокотехнологичной медицинской помощи.

В целом число операций на сердце увеличилось с 2018 по 2023 год на 31,5% (табл. 5), а наиболее значимо –

ангиопластика коронарных артерий (+49,0%) и катетерные абляции при тахикардиях (+32,0%).

В 2023 году, по данным ФФСН-30, на 710 ангиографических аппаратах пациентам проведены 919 186 рентгенохирургических вмешательств (РЭВ) на коронарных сосудах (в том числе диагностических), из которых 326 257 завершились ангиопластиками и стентированием коронарных артерий (табл. 6). Увеличение показателей диагностических ангиографических исследований с 2018 по 2023 гг. составило 28,74%, лечебных рентгенэндоваскулярных коронарных вмешательств – 44,1%. При этом средняя нагрузка по числу вмешательств на коронарных сосудах на один аппарат в сутки практически не изменилась (3,60 – в 2018 году и 3,55 – в 2023 году).

Общее число рентгенохирургических вмешательств на камерах сердца (закрытие ДМПП, ДМЖП, окклюзия ушка левого предсердия и др.) и клапанах увеличилось с 2018 по 2023 год на 27,2%, в т.ч. диагностических – на 26,3%, лечебных – на 27,5% (табл. 6).

В 2023 году пациентам с инфарктом миокарда выполнено на 45,1% рентгенохирургических вмешательств больше, чем

Таблица 5.* Динамика числа операций на сердце (2018–2023 гг.)

Наименование операции	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Операции на сердце	390 532	437 801	380 854	419 727	465 698	513 684
из них: на открытом сердце	51 214	53 003	42 283	47 412	48 549	54 186
с ИК	43 248	44 529	34 032	38 453	39 833	41 715
коррекция ВПС	14 991	15 237	13 092	13 124	13 165	13 345
коррекция ППС	13 985	15 438	13 780	14 221	14 881	15 573
при нарушениях ритма – всего	82 254	89 172	79 713	90 006	91 670	100 138
имплантация кардиостимулятора	49 139	51 825	45 593	49 717	50 668	55 441
коррекция тахикардий	30 787	35 225	32 749	34 707	35 027	38 572
из них: катетерных абляций	27 785	32 154	30 091	32 768	32 590	36 663
аортокоронарное шунтирование	34 071	35 378	26 606	29 637	29 642	32 056
ангиопластика коронарных артерий	216 988	252 957	222 017	251 977	289 469	323 329
из них: со стентированием	202 620	236 301	209 113	237 248	276 431	309 062

* ФФСН-14, таблица 4000.

в 2018 году (табл. 7), при этом доля вмешательств, проведенных в первые 90 минут от момента госпитализации, увеличилась с 58,4% до 62,2%.

Современные тренды кардиохирургических и эндоваскулярных вмешательств при хронической ишемической болезни сердца. В Российской Федерации в последние годы отмечен значительный прогресс в кардиохирургическом и рентгенэндоваскулярном лечении пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС).

В стране внедрены методы внутрисосудистой визуализации (ВСУЗИ) и инвазивной оценки физиологической значимости сужений венечных артерий, играющих важнейшую роль в оптимизации реваскуляризации миокарда. ВСУЗИ при проведении РЭВ выполнялись в 2023 году в 12 099 случаях (3,7% от общего числа РЭВ) – почти семикратный рост в сравнении с 1777 (0,7%) случаями в 2019 году. Суммарная частота применения внутрисосудистых методов визуализации (ВСУЗИ и оптической когерентной томографии, ОКТ) составила в 2023 году 4,0% (12 946 случаев), в расчете на 1 млн населения – 88,7 процедур. Измерение фракционного и моментального резерва коронарного кровотока, что крайне важно для точного определения показаний к эндоваскулярному лечению при многоуровневых и пограничных сужениях коронарных артерий, в 2023 году проводилось при выполнении 5886 (1,8%) РЭВ – рост по сравнению с предыдущим годом в 1,4 раза.

Для лечения сложных коронарных поражений, в том числе хронических тотальных окклюзий коронарных артерий,

Таблица 6.* Рентгенохирургические вмешательства, внутрисосудистые (2018–2023 гг.)

Показатель	2018	2019	2020	2021	2022	2023
На коронарных сосудах	686 946	753 301	608 565	720 861	821 091	919 186
из них: диагностические	460 559	492 285	383 158	460 349	525 680	592 929
лечебные	226 387	261 016	225 407	260 512	295 411	326 257
На камерах сердца и клапанах	86 294	109 424	87 917	103 385	104 410	109 775
из них: диагностические	17 538	21 097	14 118	19 830	20 956	22 142
лечебные	68 756	88 327	73 799	83 555	83 454	87 633

* ФФСН-30, таблица 5111.

в последние годы при проведении РЭВ у пациентов со стабильной ИБС и стенокардией, устойчивой к медикаментозной терапии и/или большой зоной преходящей ишемии миокарда по данным нагрузочных стресс-тестов в зоне кровоснабжения окклюзированного сосуда широко применяются новейшие технологии – ротационная атерэктомия.

Увеличение количества выполняемых РЭВ у больных ИБС повлекло за собой существенное изменение профиля пациентов, направляемых на коронарное шунтирование (КШ): сегодня он представлен преимущественно больными с тяжелым распространенным окклюзирующим атеросклерозом коронарных артерий, поражением ствола левой коронарной артерии. Достижения в области коронарной хирургии, анестезиологии, реаниматологии, искусственного кровообращения (ИК) расширили показания к КШ – увеличилось количество оперируемых пожилых пациентов, пациентов с сердечной, почечной недостаточностью, сахарным диабетом,

Таблица 7.* Рентгенохирургические вмешательства у пациентов с инфарктом миокарда (2018–2023 гг.)

Показатель	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Число вмешательств пациентам с инфарктом миокарда	129 285	163 012	147 431	156 713	177 040	187 534
из них в первые 90 минут от момента госпитализации	75 486	98 596	90 521	101 091	109 859	116 575
Доля вмешательств в первые 90 минут, %	58,39	60,48	61,40	64,51	62,05	62,16

* ФФСН-30, таблица 5112.

Таблица 8. Структура операций коронарного шунтирования в РФ*

Год	Медицинских организаций	Всего КШ	КШ на работающем сердце	КШ с ЛВГА	КШ с двумя ВГА
2018	110	39 216	9016	26 263	3525
2022	116	35 458	9008	19 178	3491
2023	120	37 530	10 790	22 511	3840

* Бокерия Л.А. и соавт., 2024.

сочетанными поражениями клапанов сердца и магистральных артерий, из которых около 5% КШ выполняется в НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева Минздрава России. Общее число операций коронарного шунтирования в последние годы составляет около 37 тыс. в год (табл. 8). Общее число медицинских организаций, выполняющих операции коронарного шунтирования, выросло за последние 5 лет на 10 и составило 120 в 2023 году (табл. 8).

Оценивая динамику количества операций коронарного шунтирования в РФ за время реализации проекта, к сожалению, необходимо отметить снижение на 5,9% числа подобных вмешательств по итогам 2023 года в сравнении с 2018 годом (32 056 операций в 2023 году против 34 070 – в 2018). В относительных величинах в 2023 году в РФ было выполнено 22 коронарных шунтирования на 100 тыс. населения. При этом отмечается ежегодный неуклонный рост числа этих операций, выполняемых в рамках программ обязательного медицинского страхования (ПОМС). Так, по итогам 2023 года, в РФ число КШ, выполненных в рамках ПОМС, на 22,3% выше, чем в 2022 году.

Важным общемировым и отечественным трендом развития коронарной хирургии последних десятилетий является реваскуляризация миокарда с использованием артериальных кондуитов. Активное внедрение в практику отечественных кардиохирургических клиник маммарокоронарного и бимаммарного шунтирования (рост на 9% в 2023 году по сравнению с 2018) позволило значительно улучшить отдаленные результаты КШ – достоверно снизилась частота повторных инфарктов миокарда и повторных вмешательств.

Активно внедряются в практику методы малоинвазивного коронарного шунтирования, выполняемого без применения ИК, что значительно снижает общую травматичность, объем кровопотери, риск развития инсульта и почечной недостаточности в ближайшем послеоперационном периоде (рост на 19,68% в 2023 году по сравнению с 2018). Также ряд клиник наращивает число выполненных операций доступом к сердцу через торакотомию, ограничивая нарушение каркаса грудной клетки, что нацелено, в первую очередь, на снижение травматичности вмешательства.

В настоящее время возможности «больших данных» и методов искусственного интеллекта позволяют применять прогнозную аналитику в кардиохирургическом лечении ИБС. Для стратификации риска смерти после коронарного шунтирования рекомендуется использование шкал Европейской системы расчета риска кардиохирургических операций (EuroSCORE II). Методы машинного обучения позволяют изменить парадигму стратификации кардиохирургического риска в РФ. В 2023 году специалистами НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева получена первая оптимальная модель риска, адаптированная к условиям применения в РФ, превзошедшая в сравнении с традиционными методами статистического анализа возможности прогнозирования негативного исхода после операции КШ [6]

Основные тренды в интервенционном и хирургическом лечении нарушений ритма сердца. За последнее десятилетие (2014–2023 гг.) количество операций при нарушениях ритма сердца увеличилось на 46,5%. Наиболее заметный рост отмечается в сегменте операций по коррекции тахикардий – деструкции проводящих путей и аритмогенных зон сердца (+63,1%) и имплантации кардиовертеров-дефибрилляторов (+50%).

Только с 2018 по 2023 год количество операций у больных с нарушениями ритма и проводимости увеличилось на 21,7%: с 82 254 до 100 138 процедур. Наибольшие темпы роста наблюдаются среди пациентов с тахикардиями – 25,3%

(с 30 787 до 38 572 процедур), причем катетерные абляции показали прирост на 32,0% (с 27 785 до 36 663 процедур), 45% которых выполняются в федеральных центрах сердечно-сосудистой хирургии.

В структуре нарушений ритма сердца, у которых применялись эндоваскулярные методы деструкции, первое место заняла фибрилляция предсердий (ФП), на долю которой пришлось 43,5% случаев. Как и в предыдущие годы, этот вид аритмии остается основным показанием для применения как эндоваскулярных, так и хирургических (при наличии сопутствующей кардиальной патологии) и торакоскопических методов лечения.

Наиболее распространенным видом вмешательств при тахикардиях является радиочастотная абляция (РЧА) устьев легочных вен, обеспечивающая весьма высокую эффективность и безопасность процедуры (при пароксизмальной форме – до 80–85%, при персистирующей форме – около 70–75%). РЧА выполняется как с применением нефлюороскопических систем навигации (при инцизионных аритмиях, повторных абляциях при ФП), так и без них. Современные технологии картирования позволяют реконструировать электроанатомическую карту целевой камеры сердца, создавая ее трехмерную модель. Это обеспечивает прецизионность нанесения радиочастотной энергии до 1 мм, минимизируя риск осложнений. Очень важно также понимание глубины (трансмуральности) повреждения при РЧА.

Одним из современных направлений является развитие технологии криоабляции, использующей отрицательную температуру для разрушения патологических очагов аритмии. Весьма перспективным является использование абляции импульсным полем или метод электроплорации. Метод представляет собой селективное нетермическое действие на мембраны кардиомиоцитов короткими высокоамплитудными электрическими импульсами, что приводит к гибели кардиомиоцитов. Преимуществами является кардиоселективность, быстрота и высокая эффективность процедуры с существенным

снижением риска поражения других органов – пищевода, диафрагмального нерва и др.

Основные тренды при коррекции приобретенных пороков сердца и патологии аорты. Доступность кардиохирургической помощи при приобретенных пороках сердца (ППС) в течение последнего десятилетия оставалась достаточно высокой. В России выполнялось около 13–13,5 тыс. операций у этой категории больных в условиях ИК.

Особенно востребовано увеличение числа вмешательств в группе пациентов старшего возраста (70 и более лет), а также больных с коморбидной патологией (заболеваниями легких, сахарным диабетом, ожирением, почечной недостаточностью). Значительное увеличение среднего возраста больных, концентрация периоперационных факторов риска становится вызовом ближайших лет, требующим разработки и внедрения новых щадящих методов хирургического лечения.

В последние годы разработаны и внедрены в широкую клиническую практику методы транскатетерной реконструкции митрального и трикуспидального клапанов по типу «край-в-край», что сделало этот вид лечения доступным пациентам с низкой сократимостью миокарда, тяжелой сопутствующей патологией.

В 2023 году было выполнено 13 514 операций с искусственным кровообращением по поводу приобретенных пороков сердца, из которых около 2000 операций (14,2 %) проведено в НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева. В то же время транскатетерных вмешательств, включивших транскатетерное протезирование, вальвулопластику и MitraClip, закрытие фистул и удаление инородных тел было выполнено 2163. То есть соотношение операций с ИК и транскатетерных вмешательств составила 86,2% и 13,8% соответственно.

В хирургии ППС на открытом сердце по-прежнему сохраняется высокий запрос на выполнение клапансохраняющих операций (более 4 тыс. в год), позволяющих избежать приема антикоагулянтов и обеспечить максимально высокое качество

жизни после операции. Этому же способствует разработка новых биологических материалов, в том числе аутологичных, и методик, способствующих новым вариантам реконструкции и протезирования клапанов сердца.

Цели снижения периоперационной травмы соответствует тренд на внедрение методик малоинвазивной хирургии. Уже сейчас разрабатываются и внедряются в широкую хирургическую практику альтернативные хирургические доступы, варианты защиты миокарда и способы искусственного кровообращения, новые группы протезов клапанов сердца и аорты. Все это позволяет адекватно выполнять вмешательства при сохраненном каркасе грудной клетки, сокращать время, а в некоторых случаях вовсе отказываться от использования ИК, производить операции в условиях нормотермии, отказаться от применения препаратов крови.

Доступность лучевых методов исследования, прежде всего – ультразвуковой диагностики и компьютерной томографии, привело к лавинообразному росту выявляемости патологии восходящей аорты и дуги. Основным направлением лечения патологии данной области является сочетание открытого вмешательства на восходящей аорте и проксимальном отделе дуги с транскатетерными методами коррекции патологии дистальной части дуги и нисходящей грудной аорты. Данный тренд возможен вместе с разработкой и производством специальных групп сосудистых протезов, унифицированных между собой и позволяющих сочетать несколько видов протезов для выполнения коррекции в полном объеме.

Обсуждение

Увеличение ожидаемой продолжительности жизни, в том числе за счет снижения смертности населения, является одной из важнейших задач государства. Именно на ее решение был направлен федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями». Основным его результатом являлось снижение смертности от болезней системы кровообращения с 587,6 на 100 тыс. населения в 2017 году

до 556,7 в 2023 году. Реализация федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» завершена в целом успешно: целевые значения всех ключевых показателей оценки проекта достигнуты с улучшением. Отмечавшиеся при этом различия между субъектами РФ были обусловлены региональными особенностями [7].

Благодаря повышению доступности и качества медицинской помощи, ранней диагностике заболеваний, внедрению инновационных медицинских технологий, а также совершенствованию системы реабилитации после сердечно-сосудистых операций сохранилась тенденция к снижению смертности от БСК, несмотря на рост общей смертности вследствие пандемии COVID-19 [8–10].

Ведущую роль в снижении смертности от БСК, в том числе от ОИМ, занимают рентгенэндоваскулярные вмешательства (РЭВ), число которых значительно выросло в последние годы. Широкое использование в клинической практике инновационных методов внутрисосудистой визуализации (ВСУЗИ) и инвазивной оценки физиологической значимости сужений венечных артерий позволило оптимизировать показателя к процедуре и значительно улучшить непосредственные и отдаленные результаты РЭВ.

В то же время активное внедрение в клинику методов интервенционной кардиологии в XXI веке привело к снижению количества операций коронарного шунтирования во всех развитых странах в среднем почти на треть: в последние десятилетия в США выполнялось около 1100 КШ и 3600 РЭВ на 1 млн населения [11].

При этом рекомендованным ВОЗ показателем является 400 вмешательств на открытом сердце на 1 млн населения [12], что совпадает с оценкой Федерального фонда ОМС (40 на 100 тыс. населения). Несмотря на стремительное увеличение количества выполняемых РЭВ и технических достижений в разработке дизайна и конструкции самих коронарных стентов, а также способов их доставки, операция КШ остается незаменимым методом в лечении пациентов с многососудистым

поражением коронарных артерий, при поражении ствола левой коронарной артерии, при котором достижение оптимального результата с помощью РЭВ часто является затруднительным [13]. В то же время, современные тенденции использования артериальной реваскуляризации и прецизионных хирургических методик при КШ позволило достоверно улучшить отдаленные результаты хирургического лечения [14]. Также активно используются гибридные операции у больных с мультифокальным атеросклерозом [15]. Правильный отбор больных на разные методы реваскуляризации, привлечение мультидисциплинарной «сердечной команды» («heart team») является важнейшим условием достижения хороших ближайших и отдаленных результатов.

Следующая эпоха коронарной хирургии в РФ должна сосредоточиться на оптимальном использовании хирургических и интервенционных вмешательств и технологий, обеспечивающих наименее травматичный, но наиболее эффективный результат.

Увеличение числа операций с применением абляционных и хирургических технологий при нарушениях ритма сердца и проводящих путей подчеркивает повышение доступности этих современных методов лечения при наличии разнообразных подходов [16, 17].

Хирургическое лечение приобретенных пороков сердца в ближайшие годы будет оставаться актуальной задачей кардиохирургии, так как заболеваемость, обусловленная соединительнотканной дегенерацией, атеросклеротическими поражениями клапанов сердца, а также инфекционным эндокардитом остаются постоянно действующим фактором, обеспечивающим появление новых пациентов. Основным базовым вмешательством, обеспечивающим лечение большего числа пациентов, прежде всего молодого и трудоспособного возраста, остается открытая хирургия в условиях искусственного кровообращения. Данный подход позволяет радикально лечить пациентов в ранние сроки с минимальным операционным риском и максимально благоприятными и стабильными отдаленными результатами, включая

показатели внутрисердечной гемодинамики и функционирования протезов клапанов. Однако число таких вмешательств по-прежнему ниже уровня развитых европейских стран. Например, в 2023 году обеспеченность на 1 млн населения открытыми операциями пациентов с ППС в России составила 92,4 вмешательства [18], тогда как в Германии этот показатель за аналогичный период составил 234,4 [19].

Внедрение новых методов коррекции (миниинвазивные вмешательства, системы видеоподдержки, альтернативные хирургические доступы) позволяет снизить инвазивность и травматичность операций, время нахождения пациента в стационаре и затраты на его реабилитацию.

Следующая эпоха коронарной хирургии в РФ должна сосредоточиться на оптимальном использовании хирургических и интервенционных вмешательств и технологий, обеспечивающих наименее травматичный, но наиболее эффективный результат.

Обеспеченность населения кардиохирургическими вмешательствами в условиях искусственного кровообращения – важный показатель качества медицинской помощи; альтернативы не существует у преобладающего числа пациентов с ППС – при инфекционном эндокардите, пороках клапанов сердца (в том числе в сочетании с поражением коронарных артерий) у пациентов молодого и трудоспособного возраста, многоклапанных поражениях, опухолях сердца, при повторных вмешательствах. В этих группах операции с искусственным кровообращением доказали свою эффективность и стабильность послеоперационных результатов в течение десятилетий.

Значительное увеличение среднего возраста оперированных больных, распространение коморбидной патологии определяют актуальность увеличения доступности транскатетерных методов

лечения – прежде всего транскатетерного протезирования аортального клапана, вальвулопластики митрального клапана «край-в-край», ряда других процедур. В настоящее время по возможностям использования таких технологий Россия отстает от стран Европы. В частности, в 2023 году обеспеченность транскатетерными методами лечения пациентов с ППС в России составила 14,6 вмешательств на 1 млн населения [18], а в Германии – 281,1 [19].

Лидирующая роль в организации кардиохирургической помощи пациентам с приобретенными пороками сердца должна отводиться крупным центрам, выполняющим полный объем сердечно-сосудистых вмешательств, включая лечение нарушений ритма, ИБС, ППС и ВПС. Это соответствует запросам сегодняшнего дня на эффективное лечение

сложных пациентов с сочетанной и коморбидной патологией.

Рост диагностических возможностей региональных клиник, использование возможностей телемедицины и адекватного режима транспортировки больных ставит вопрос развития аортальных центров, выполняющих неотложные вмешательства при острых расслоениях аорты в полном объеме с устранением синдрома мальперфузии, включая, при необходимости, брахиоцефальные сосуды. Создание специализированных программ целевого финансирования подобных вмешательств приводит к балансу возможностей клиник и позволяет стимулировать процесс освоения и внедрения нового типа хирургических и интервенционных пособий.

ИСТОЧНИКИ

1. Самородская И.В., Семенов В.Ю., Бойцов С.А. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: генотипические, фенотипические и поведенческие факторы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018; 26(5): 260–265. DOI: 10.32687/0869-866x-2018-26-5-260-265.
2. Лапанова Е., Тимонин С. Смертность от болезней системы кровообращения в России и Москве в свете мировых тенденций. Московская медицина. 2017; 4(19): 57–65.
3. Богачевская С.А., Киселев С.Н. Анализ сердечно-сосудистой смертности в России и ДФО в рамках реализации федеральных и региональных программ «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»: целевые показатели, прогноз и факты. Дальневосточный медицинский журнал. 2024; 1: 44–50. DOI: 10.35177/1994-5191-2024-1-8.
4. Коссова Т.В. Экономические детерминанты смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в регионах России. Вопросы статистики. 2023; 30(1): 42–51. DOI: 10.34023/2313-6383-2023-30-1-42-51.
5. Сабгайда Т.П., Зубко А.В., Семенова В.Г. Результативность федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в контексте предотвратимых причин в городских и сельских поселениях России. Вопросы управления. 2023; 2(81): 71–85. DOI: 10.22394/2304-3369-2023-2-71-85.
6. Голухова Е.З., Керен М.А., Завалихина Т.В. [и др.] Эффективность машинного обучения в прогнозировании ранней послеоперационной смерти после операции коронарного шунтирования. Креативная кардиология. 2023; 17 (1): 77–93. – DOI: 10.24022/1997-3187-2023-17-1-77-93. – EDN KADQCN.
7. Пантелеев О.О., Демьянов С.В., Вышлов Е.В., Рябов В.В. Результаты реализации проекта по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями в региональном сосудистом центре. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2023; 12(1): 16–24. DOI: 10.17802/2306-1278-2023-12-1-16-24.
8. Зубко А.В. Специализированная медицинская помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями: Отдельные аспекты. Социальные аспекты здоровья населения. 2024; 70: 1. DOI: 10.21045/2071-5021-2024-70-1-3.
9. Перхов В.И., Куделина О.В., Корхмазов В.Т. Оценка результативности реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в период пандемии COVID-19. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023; 31(4): 509–518. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X2023-31-4-509-518>.
10. Сура М.В., Везикова Н.Н., Глезер М.Г., Ефремушкина А.А., Золотовская И. А., Иваненко В. В. и др. Реализация программы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении, в субъектах Российской Федерации. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2022; (2): 33–44. DOI: 10.17116/medtech20224402133.
11. Culler S.D., Kugelmass A.D., Brown P.P., Reynolds M.R., Simon A.W. Trends in coronary revascularization procedures among Medicare beneficiaries between 2008 and 2012. Circulation. 2015; 131(4): 362–70. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.012485.
12. Vervoort D., Lee G., Ghandour H., Guetter C., Adrean N., Till B.M., Lin Y. Global Cardiac Surgical Volume and Gaps: Trends, Targets, and Way Forward. Annals of Thoracic Surgery Short Reports. 2024; 2(2): 320–324. <https://doi.org/10.1016/j.atssr.2023.11.019>.
13. Hlatky M.A., Boothroyd D.B., Bravata D.M., et al. Coronary artery bypass surgery compared with percutaneous coronary interventions for multivessel disease: a collaborative analysis of individual patient data from ten randomised trials. Lancet. 2019; 373(9670): 1190–1197. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60552-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60552-3).
14. Chew N.W.S., Koh J.H., Ng C.H., et al. Coronary Artery Bypass Grafting Versus Percutaneous Coronary Intervention for Multivessel. Coronary Artery Disease: A One-Stage Meta-Analysis. Front Cardiovasc Med. 2022; 9: 822228. Published 2022 Mar 25. DOI: 10.3389/fcvm.2022.822228.
15. Сигаев И.Ю., Казарян А.В., Старостин М.В., Керен М.А., Морчадзе Б.Д., Пилипенко И.В., Кудашев И.Ф., Шония З.Д., Убушнев С.Д. Повторное коронарное шунтирование по методикам mics и midcab: анализ собственных результатов и мирового опыта. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2021; 63(1): 44–52. DOI: 10.24022/0236-2791-2021-63-1-43-52.

16. Голухова Е.З., Милюевская Е.Б., Филатов А.Г., Семенов В.Ю., Прянишников В.В., Сергуладзе С.Ю. Аритмология – 2023. Нарушения ритма сердца и проводимости. М.: ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России; 2024. 212 с., цв. илл. ISBN 978-5-7982-0465-6.
17. Аванесян Г.А., Филатов А.Г. Нарушения ритма сердца после COVID-19. Эпидемиология, этиология и патофизиология. Анналы аритмологии. 2023; 20(1): 52–58. DOI: 10.15275/annaritm.2023.1.6.
18. Бокерия Л.А., Милюевская Е.Б., Прянишников В.В., Юрлов И.А. Сердечно-сосудистая хирургия – 2023. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. М.: ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России. 2024. 368 с. ISBN 978-5-7982-0464-9.
19. Beckmann A., Meyer R., Eberhardt J., Gummert J., Falk V. German Heart Surgery Report 2023: The Annual Updated Registry of the German Society for Thoracic and Cardiovascular Surgery. Thorac Cardiovasc Surg. 2024; 72: 329–345.

REFERENCES

1. Samorodskaya I.V., Semenov V.Yu., Boitcov S.A. The impact of medical and non-medical factors on population mortality: phenotype and behavioral factors. Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2018; 26(5): 260–265. (In Russ.).
2. Papanova E., Timonin S. Mortality from diseases of the circulatory system in Russia and Moscow in the light of global trends. Moskovskaya meditsina. 2017; 4(19): 57–65. (In Russ.).
3. Bogachevskaya S.A., Kiselev S.N. Analysis of cardiovascular mortality in Russia and the Far Eastern Federal District as part of the implementation of federal and regional programs “Combating Cardiovascular Diseases”: target indicators, forecast and facts. Dalnevostochniy medicinskiy zhurnal. 2024; 1: 44–50. DOI: 10.35177/1994-5191-2024-1-8. (In Russ.).
4. Kossova T.V. Economic determinants of mortality from cardiovascular diseases in Russian regions. Voprosy statistiki. 2023; 30(1): 42–51. DOI: 10.34023/2313-6383-2023-30-1-42-51. (In Russ.).
5. Sabgayda T.P., Zubko A.V., Semyonova V.G. Effectiveness of the federal project “Fight against cardiovascular diseases” in the context of preventable causes of death in the Russian urban and rural settlements. Voprosy upravleniya. 2023; 2(81): 71–85 (In Russ.).
6. Golukhova E.Z., Keren M.A., Zavalikhina T.V. et al. The effectiveness of machine learning models in predicting early postoperative death after coronary bypass surgery. Creative Cardiology. 2023; 17 (1): 77–93. DOI: 10.24022/1997-3187-2023-17-1-77-93. (In Russ.).
7. Panteleev O.O., Dem'yanov S.V., Vyschlov E.V., Ryabov V.V. Results of the project to combat cardiovascular diseases in the regional vascular center. Kompleksnye problemy serdechno-sosudistyykh zabolevaniy. 2023; 12(1): 16–24. DOI: 10.17802/2306-1278-2023-12-1-16-24. (In Russ.).
8. Zubko A.V. Specialized medical care for patients with cardiovascular diseases: Selected aspects. Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya. 2024; 70: 1. DOI: 10.21045/2071-5021-2024-70-1-3. (In Russ.).
9. Perkhov V.I., Kudelina O.V., Korkhmazov V.T. Assessing the effectiveness of the implementation of the federal project “Combating Cardiovascular Diseases” during the COVID-19 pandemic. Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2023; 31(4): 509–518. DOI: http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X2023-31-4-509-518. (In Russ.).
10. Sura M.V., Vezikova N.N., Glezer M.G., Efremuschkina A.A., Zolotovskaya I.A., Ivanenko V.V. et al. Implementation of a program for the prevention of cardiovascular diseases and cardiovascular complications in high-risk patients undergoing dispensary observation in the constituent entities of the Russian Federation. Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor. (2): 33–44. DOI: 10.17116/medtech20224402133 (In Russ.).
11. Culler S.D., Kugelmass A.D., Brown P.P., Reynolds M.R., Simon A.W. Trends in coronary revascularization procedures among Medicare beneficiaries between 2008 and 2012. Circulation. 2015; 131(4): 362–70. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.012485.
12. Vervoort D., Lee G., Ghandour H., Guetter C., Adrean N., Till B.M., Lin Y. Global Cardiac Surgical Volume and Gaps: Trends, Targets, and Way Forward. Annals of Thoracic Surgery Short Reports. 2024; 2(2): 320–324. DOI: 10.1016/j.atssr.2023.11.019.
13. Hlatky M. A., Boothroyd D. B., Bravata D. M., et al. Coronary artery bypass surgery compared with percutaneous coronary interventions for multivessel disease: a collaborative analysis of individual patient data from ten randomised trials. Lancet. 2019; 373(9670): 1190–1197. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60552-3.
14. Chew N.W.S., Koh J.H., Ng C.H., et al. Coronary Artery Bypass Grafting Versus Percutaneous Coronary Intervention for Multivessel. Coronary Artery Disease: A One-Stage Meta-Analysis. Front Cardiovasc Med. 2022; 9: 822228. Published 2022 Mar 25. DOI:10.3389/fcvm.2022.822228.
15. Sigaev I.Yu., Kazaryan A.V., Starostin M.V., Keren M.A., Morchadze B.D., Pilipenko I.V., Kudashev I.V., Schoniya Z.D., Ubuschiev S.D. Repeated coronary bypass surgery using mics and midcab methods: analysis of our own results and world experience. Grudnaya i serdechno-sosudistaya khirurgiya. 2021; 63(1): 44–52. DOI: 10.24022/0236-2791-2021-63-1-43-52. (In Russ.).
16. Golukhova E.Z., Milievskaya E.B., Filatov A.G., Semenov V.Yu., Pryanisnikov V.V., Serguladze S.Yu. Arrhythmology – 2023. Heart rhythm and conduction disorders. Moscow; 2024. 212p., ill. ISBN 978-5-7982-0465-6. (In Russ.).
17. Avanesyan G.A., Filatov A.G. Heart rhythm disturbances after COVID-19. Epidemiology, etiology and pathophysiology. Annaly aritmologii. 2023; 20(1): 52–58. DOI 10.15275/annaritm.2023.1.6. (In Russ.).
18. Bokeriya L.A., Milievskaya E.B., Pryanisnikov V.V., Yurlov I.A. Cardiovascular surgery – 2023. Diseases and congenital anomalies of the circulatory system. Moscow; 2024. 368p., ill. ISBN 978-5-7982-0464-9. (In Russ.).
19. Beckmann A., Meyer R., Eberhardt J., Gummert J., Falk V. German Heart Surgery Report 2023: The Annual Updated Registry of the German Society for Thoracic and Cardiovascular Surgery. Thorac Cardiovasc Surg. 2024; 72: 329–345.

УДК 614.2

А.Д. КАПРИН¹, академик РАН, академик РАО, профессор, д-р мед. наук, генеральный директор, kapin@mail.ru

О.И. КИТ², академик РАН, профессор, д-р мед. наук, генеральный директор onko-sekretar@mail.ru

Е.Л. ЧОЙНЗОНОВ³, академик РАН, профессор, д-р мед. наук, директор, choynzonov@tnimc.ru

И.Е. ХАТЬКОВ⁴, академик РАН, профессор, д-р мед. наук, директор, info@mknc.ru

А.М. БЕЛЯЕВ⁵, член-корреспондент РАН, профессор, д-р мед. наук, директор center.petrova@niioncologii.ru

С.А. ИВАНОВ¹, член-корреспондент РАН, профессор, д-р мед. наук, директор МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, главный внештатный специалист-онколог Минздрава России по ЦФО РФ

Ж.В. ХАЙЛОВА⁶, канд. мед. наук, заместитель директора по организационно-методической работе, 1977zhanna@mail.ru

Л.В. ПАШИГОРОВА¹, начальник управления делами, lp5526425@outlook.com

Российская онкологическая служба. Итоги реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» и перспективы развития

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 249036, Российская Федерация, г. Обнинск, ул. Королева, д. 4.
Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center of Radiology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 4, Koroleva str., Obninsk, 249036, Russian Federation.

² ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 344037, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, 14-я линия, д. 63.
Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center of Oncology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 63, 14th Line, Rostov-on-Don, 344037, Russian Federation.

³ Научно-исследовательский институт онкологии – филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», 634009, Российская Федерация, г. Томск, пер. Кооперативный, д. 5.
The Scientific Research Institute of Oncology is a branch of the Federal State Budgetary Scientific Institution Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, 5, Cooperative Lane, Tomsk, 634009, Russian Federation.

⁴ ГБУЗ «Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы», 111123, Российская Федерация, г. Москва, Шоссе Энтузиастов, д. 86.
State Budgetary Healthcare Institution of the City of Moscow "Moscow Clinical Research Center named after A.S. Loginov of the Moscow Department of Health", 86 Entuziastov Highway, Moscow, 111123, Russian Federation.

⁵ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 197758, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68.
Federal State Budgetary Institution "N.N. Petrov National Medical Research Center of Oncology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 68 Leningradskaya str., village Pesochny, St. Petersburg, 197758, Russian Federation.

⁶ Медицинский радиологический научный центр имени А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 249036, Российская Федерация, г. Обнинск, ул. Королева, д. 4.
A.F. Tsyba Medical Radiological Research Center is a branch of the Federal State Budgetary Institution "NMIC of Radiology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 249036, Russian Federation, Obninsk, Koroleva str., 4.

Ключевые слова: онкологическая служба, качество медицинской помощи, федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», национальный проект «Здравоохранение», высокотехнологичная медицинская помощь

Для цитирования: Каприн А.Д., Кит О.И., Чойнзонов Е.Л., Хатьков И.Е., Беляев А.М., Иванов С.А., Хайлова Ж.В., Пашигорова Л.В. Российская онкологическая служба. Итоги реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» и перспективы развития // Вестник Росздравнадзора. – 2025. – № 2. – С. 34–45.

For citation: Kaprin A.D., Kit O.I., Choynzonov E.L., Khatkov I.E., Belyaev A.M., Ivanov S.A., Khailova Zh.V., Pashigorova L.V. Russian Oncological Service. Results of the implementation of the federal project "Combating Cancer" and development prospects // Vestnik Roszdravnadzora. – 2025. – Vol. 2. – P. 34–45.

Kaprin A.D., Kit O.I., Choynzonov E.L., Khatkov I.E., Belyaev A.M., Ivanov S.A., Khailova Zh.V., Pashigorova L.V.

Russian Oncological Service. Results of the implementation of the federal project "Combating Cancer" and development prospects

The article presents the results of the implementation of the federal project "Combating Cancer" and the prospects for the development of oncology services in the Russian Federation.

The authors pay considerable attention to the main areas of activity: development of infrastructure, creation, equipping and modernization of oncological medical institutions; optimization of patient routing, development of clinical guidelines in order to comply with uniform standards for the diagnosis and treatment of cancer; improving the availability and quality of treatment and rehabilitation of patients with oncological diseases, conducting preventive measures and informing the population.

A three-tier system of medical care for cancer patients is described in detail. The role of national medical research centers, reference centers, and outpatient cancer care centers is indicated.

The article highlights strategies for the development of oncology services in the regions, including new subjects of the Russian Federation.

Based on the results of the implementation of the federal project "Combating Cancer Diseases", the authors note significant achievements in increasing the availability, quality and effectiveness of medical care in the oncology field.

Keywords: oncology service, quality of medical care, federal project "Combating Cancer", National project "Healthcare", high-tech medical care

В статье представлены итоги реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» и перспективы развития онкологической службы в Российской Федерации. Значительное внимание авторами уделено основным направлениям деятельности: развитию инфраструктуры, созданию, оснащению и модернизации онкологических медицинских учреждений; оптимизации маршрутизации пациентов, разработке клинических рекомендаций с целью соблюдения единых стандартов диагностики и лечения рака; повышению доступности и качества лечения и реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями, проведению профилактических мероприятий и информированию населения.

Подробно описана трехуровневая система оказания медицинской помощи онкологическим пациентам. Указана роль национальных медицинских исследовательских центров, референс-центров, центров амбулаторной онкологической помощи.

В статье выделены стратегии развития онкологической службы в регионах, включая новые субъекты Российской Федерации.

По результатам реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», авторы отмечают значительные достижения в повышении доступности, качества и эффективности оказания медицинской помощи по профилю «онкология».

В настоящее время российская онкологическая служба, которая в 2025 году отмечает свое 80-летие, проходит серьезный процесс модернизации и совершенствования. Цели перед профессиональным сообществом и профильными органами государственной власти в 2018 году поставил лично Президент Российской Федерации В.В. Путин¹. Прежде всего, это снижение показателя смертности от злокачественных новообразований, увеличение доли выявленных на ранней стадии случаев рака, а также увеличение контингента наблюдаемых пять и более лет пациентов.

В 2019 году начата реализация федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями»², уже более пяти лет развитие онкологической службы является одним из приоритетов государственной политики нашей страны и находится под личным контролем министра здравоохранения Российской Федерации М.А. Мурашко.

В 2024 году российское здравоохранение широко отметило 150-летие со дня рождения выдающегося государственно-го деятеля, первого наркомздрава СССР Н.А. Семашко, заложившего основы государственной системы оказания медицинской помощи. Многие из стратегических идей

¹ Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации до 2024 года». URL: <https://base.garant.ru/71937200/?ysclid=m8n1naj6uk230767030>.

² Паспорт федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» (приложение к протоколу заседания проектного комитета по национальному проекту «Здравоохранение» от 14 декабря 2018 г. № 3). URL: <https://base.garant.ru/72980178/?ysclid=m8n52u8v4f913087220>.

и принципов, реализованных Николаем Александровичем и его соратниками сто лет назад, остаются актуальными для организации онкологической службы, будучи грамотно интегрированными в современную реальность с учетом новых технологических решений и всеобщей информатизации здравоохранения. Это государственный характер оказания медицинской помощи, в том числе по профилю «онкология», ее бесплатность и общедоступность, единство медицинской науки и практики, профилактики и лечения, преемственность в оказании медицинской помощи, территориальное планирование, вовлеченность граждан в сохранение общественного здоровья и профилактику социально значимых заболеваний. И, безусловно, единство управления здравоохранением и система организации вертикали медицинской службы.

О результатах пятилетней реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» – в этой статье.

1. Основные цели федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» и направления его реализации

Сегодня структура онкологической помощи в России во главе с Министерством здравоохранения Российской Федерации представлена четырьмя национальными исследовательскими центрами, 100 онкологическими диспансерами и 18 референс-центрами по различным направлениями диагностики и лечения онкологических заболеваний, отражая принцип единства управления и объединения науки и практики.

Вертикально интегрированная система онкологической помощи объединяет медицинские организации онкологического профиля по всей стране и включает в себя три уровня:

- I уровень – первичная специализированная медико-санитарная помощь;
- II уровень – специализированная медико-санитарная помощь;

■ III уровень – специализированная, в т.ч. высокотехнологичная медицинская помощь.

Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» (далее – Проект), как часть национального проекта «Здравоохранение»³, реализовывался в России с 2019 по 2024 год. Его основная цель – снижение смертности от онкологических заболеваний и улучшение качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями.

За годы реализации Проекта, при непосредственном руководстве Минздрава России, Правительства Российской Федерации, участия профильных национальных медицинских исследовательских центров, специалистов онкологических диспансеров, больниц, а также за счет активной междисциплинарной работы, в том числе с первичным звеном здравоохранения, была выстроена современная модель онкологической службы, которая позволила достичь значительных успехов в улучшении диагностики, лечения и профилактики онкологических заболеваний в России (рис. 1).

Целевыми показателями Проекта на 2024 год были определены:

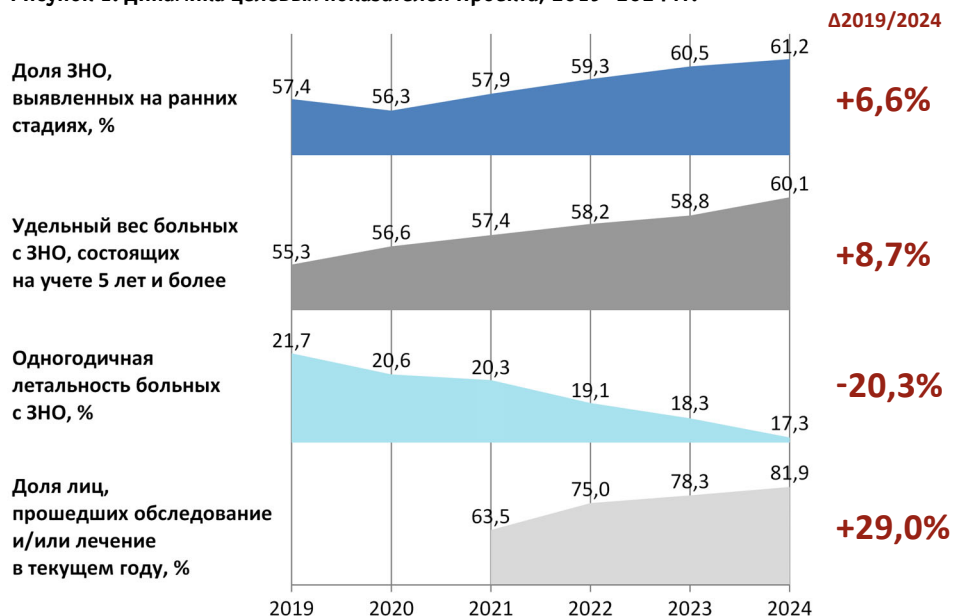
1. Увеличение доли лиц, прошедших обследование и/или лечение в текущем году, из числа состоящих под диспансерным наблюдением до 80%;
2. Увеличение доли злокачественных новообразований, выявленных на I–II стадиях, до 63%;
3. Повышение доли больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете пять лет и более, до 60%;
4. Снижение показателя одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями до 17,3%.

2. Основные направления реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями»

Реализация столь сложной инициативы требовала не только больших финансовых вложений, но, прежде всего, обновления

³ Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. № 16). URL: <https://base.garant.ru/72185920/?ysclid=m8n55vy24e482017692>.

Рисунок 1. Динамика целевых показателей Проекта, 2019–2024 гг.



нормативно-правовой базы организации онкологической помощи, на основе которой была бы возможна и эффективна реорганизация инфраструктуры, оценка качества медицинской помощи, появление новых направлений и подходов в диагностике и лечении.

В рамках Проекта особую значимость для онкологических больных приобрели вопросы реабилитации, качества жизни и паллиативной помощи. Разработан новый Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях, профессиональным сообществом онкологов разработано более 80 клинических рекомендаций для лечения больных с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями.

Основными направлениями деятельности для реализации Проекта явились:

2.1. Развитие инфраструктуры, предполагающее создание и модернизацию онкологических диспансеров/больниц и оснащение медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями. За пять лет реализации Проекта в рамках программы переоснащения медицинских организаций

по профилю «онкология» поставлено 13 тысяч единиц медицинского оборудования, в том числе – 841 аппарат так называемой «тяжелой техники»; переоснащено 221 региональное медицинское учреждение, 10 объектов сданы после строительства или капитальной реконструкции. Открыто 569 центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП). Создано и функционирует 18 референс-центров.

2.2. Массовый скрининг в рамках диспансеризации групп риска здорового населения и ранняя диагностика онкологических заболеваний. Стратегически важное направление по снижению смертности от онкологических заболеваний, еще одна практическая реализация идей Николая Александровича Семашко. Массовый онкоскрининг в рамках диспансеризации на первом этапе предусматривает выявление онкозаболеваний визуальной и пальпаторной доступности: кожные покровы, слизистые оболочки, лимфатические узлы и щитовидная железа, а также первого этапа диспансеризации: выполнение определенных исследований в группах риска при следующих локализациях: шейка матки – цитологические исследования, ободочная и прямая кишка – кал на скрытую

кровь, молочные железы – маммография, предстательная железа – ПСА, пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка – эзофагодоуденоскопия. На втором этапе онко-скрининга при показаниях дополнительно выполняются колоноскопия (ободочная кишка и прямая кишка), компьютерная томография (легкие), эзофагогастродуоденоскопия (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка), дерматоскопия.

Стоит отметить, что Российская Федерация является единственной страной в мире, где внедрено такое количество скрининговых программ.

Развитие системы ранней диагностики также предполагает модернизацию системы диспансеризации взрослого населения с акцентом на онкологическую настороженность.

2.3. Оптимизация маршрутизации пациентов, а именно разработка клинических рекомендаций и алгоритмов маршрутизации пациентов с целью соблюдения единых стандартов диагностики и лечения рака (рис. 2). В рамках программы цифровизации внедрены электронные медицинские карты и системы для отслеживания пациентов. Значительное внимание уделено развитию системы телемедицины, которая год от года выходит на новый уровень.

Для повышения эффективности работы онкологической службы и структуризации ее работы был разработан приказ⁴ о порядке оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях. В документе были обозначены основные требования к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь пациентам со злокачественными новообразованиями, определены принципы маршрутизации онкологических пациентов как внутри субъектов Российской Федерации, так и при взаимодействии региональных медицинских организаций с федеральными. Этот документ положен в основу региональной программы борьбы

с онкологическими заболеваниями и является основой для достижения целевых показателей федерального проекта.

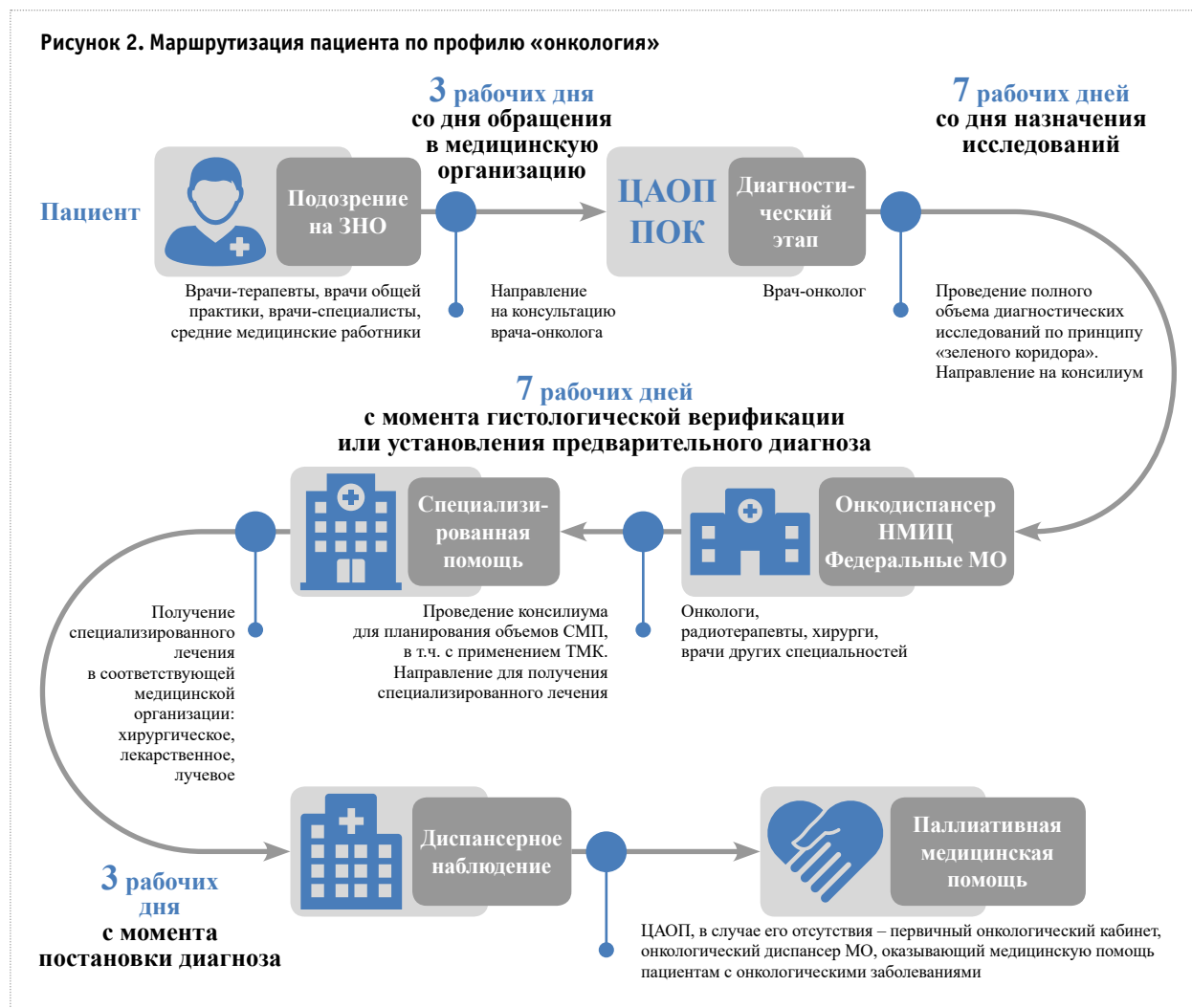
2.4. Доступность и качество лечения и реабилитации пациентов с онкологическим диагнозом подразумевает доступность современных методов лечения: химиотерапии, лучевой терапии, таргетной и иммунотерапии и увеличение числа пациентов, получающих такое лечение в соответствии с клиническими рекомендациями. Стоит отметить, что с 2020 года значительное внимание уделяется развитию паллиативной помощи, созданию сети хосписов и паллиативных отделений, а также обучению специалистов в данном направлении.

Так, например, на основании данных ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, курирующего онкологическую службу СЗФО, количество пациентов и случаев лечения с использованием современных противоопухолевых лекарственных препаратов (моноклональных антител) увеличилось с 20,4% до 39% в течение 2019–2024 годов, а количество случаев противоопухолевой гормонотерапии за счет средств ОМС выросло почти в пять раз.

2.5. Профилактика и информирование населения. Благодаря совместному участию профессионального сообщества, органов государственной власти активизирована работа по пропаганде здорового образа жизни, информированию о симптомах рака, проведению образовательных мероприятий и акций с участием представителей государственной власти, общественных организаций, пациентских сообществ. Ярким примером подобной совместной работы является реализация Ассоциацией онкологов России Всероссийского информационно-просветительского проекта «Онкопатруль» при поддержке Совета Федерации Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации и ассоциации онкопациентов «Здравствуй».

⁴ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях». URL: <https://base.garant.ru/400533605/?ysclid=m8n36mi64v954897355>.

Рисунок 2. Маршрутизация пациента по профилю «онкология»



2.6. Трехуровневая система оказания медицинской помощи онкологическим пациентам. Система центров амбулаторной онкологической помощи. Все эти годы поэтапно выстраивалась и укреплялась сложная трехуровневая система, основанная на анализе демографических показателей и принципе территориального планирования: «Центр амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП)/первичный онкологический кабинет (ПОК) – онкологический диспансер».

Важной вехой реализации Проекта можно считать открытие за этот период более 560 центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП). Задачи, которые решает ЦАОП, можно разделить на 4 группы:

- 1) установление диагноза злокачественного новообразования в максимально короткие сроки;
- 2) лечение пациентов с онкологическими заболеваниями, в том числе проведение противоопухолевой лекарственной терапии в условиях дневного стационара, контроль состояния онкологического пациента как во время лечения, так и после его завершения в сроки, утвержденные клиническими рекомендациями;
- 3) осуществление диспансерного наблюдения пациентов с онкологическими и предопухолевыми заболеваниями в установленные сроки, направление пациентов для получения паллиативного лечения и реабилитации, учет онкологических пациентов;

4) организационно-методическая работа, включающая в себя оказание методической поддержки медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по вопросам вторичной профилактики, повышения уровня знаний о ранних симптомах онкологических заболеваний и по разбору запущенных случаев.

Онколог центра амбулаторной онкологической помощи организует проведение полного объема диагностических исследований, после чего направляет пациента на обязательный онкологический консилиум для определения тактики лечения. В ЦАОП есть необходимое оборудование для проведения всех видов исследований и своевременной постановки диагноза.

По истечении пятилетнего срока можно говорить о том, что выстроенная схема обеспечивает тесное взаимодействие с первичным звеном здравоохранения на основе маршрутизации пациентов, разработанной с учетом сложившихся в регионе условий, что приводит к максимальному сокращению сроков установки и подтверждения диагноза и излечения вне зависимости от места проживания пациента.

2.7. Национальные медицинские исследовательские центры. Еще одним организационным успехом можно считать работу национальных медицинских исследовательских центров⁵ (далее – НМИЦ), которые на сегодняшний день являются лидерами по приоритетным направлениям развития здравоохранения и медицинской науки, а также «головными» организациями организационно-методической поддержки субъектов Российской Федерации по соответствующим профилям оказания медицинской помощи.

Национальными медицинскими исследовательскими центрами по профилям «онкология» и «радиология» являются: ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России,

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России (г. Ростов-на-Дону). С 2020 года ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России также выполняет функции базовой организации по онкологии государств-участников СНГ.

В функции НМИЦ по отношению к курируемым регионам входит:

- внедрение инновационных медицинских технологий в медицинских организациях субъектов Российской Федерации;
- разработка и внедрение клинических рекомендаций и критериев оценки качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации;
- оказание высокотехнологичной медицинской помощи населению;
- проведение не менее чем 810 выездных мероприятий в субъекты Российской Федерации ежегодно;
- проведение телемедицинских консультаций и консилиумов. Так, ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России получил и обработал за 2024 год более 20 тыс. запросов (рис. 3);
- оценка потребности субъектов Российской Федерации в лекарственных препаратах;
- разработка интерактивных образовательных модулей;
- формулировка конкретных предложений по совершенствованию оказания медицинской помощи в субъектах Российской Федерации и регулярный мониторинг реализации предложений (рис. 4).

2.8. Референс-центры иммуногистохимических, патоморфологических и лучевых методов исследований. Создание и функционирование 18 референс-центров сыграло важную роль в повышении качества и доступности медицинских услуг для пациентов. Референс-центр – это современные диагностические отделения, где проводятся патоморфологические, молекулярно-генетические, иммуногистохимические и лучевые исследования.

⁵ Приказ Минздрава России от 13.03.2019 №125 «Об утверждении Положения о формировании сети национальных медицинских исследовательских центров и об организации деятельности национальных медицинских исследовательских центров». URL: <https://base.garant.ru/72209650/?ysclid=m8n5bbr8bt16175176>.

Референс-центр осуществляет:

- консультации по интерпретации и описанию результатов исследований ЗНО;
- исследования с целью верификации диагноза и персонализированного выбора стратегии и тактики лечения;
- формирование и представление экспертных врачебных заключений;
- анализ ошибок и недостатков диагностики в курируемых учреждениях;
- проведение образовательных мероприятий.

Медучреждение, работающее в любом регионе Российской Федерации по ОМС, может бесплатно направить в референс-центр биоматериал онкопациента для проведения исследований, а также запросить телемедицинскую консультацию. Врачи могут уточнить онкологические диагнозы и определить оптимальную лекарственную терапию с учетом персональных, в том числе молекулярно-генетических особенностей пациента – диагностика злокачественных образований вышла на новый качественный уровень.

2.9. Развитие онкологической службы в регионах, включая новые субъекты Российской Федерации. Развитие онкологической службы в регионах России – это важная часть государственной стратегии улучшения доступности и качества медицинской помощи для населения. Работа по этому направлению ведется активно и комплексно, начиная с расширения инфраструктуры и заканчивая обучением медицинских кадров. Основная цель – обеспечить равную доступность качественной онкологической помощи для всех граждан, независимо от места проживания.

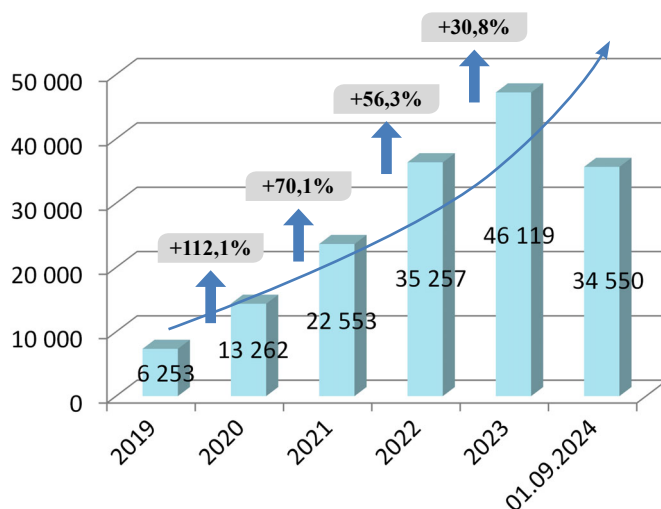
Министр здравоохранения М.А. Мурашко осуществляет личный контроль за реализацией поставленных целей и задач, осуществляя регулярные выезды в регионы совместно с главными внештатными специалистами – онкологами Минздрава России и представителями курирующих НМИЦ, в том числе и в период новой коронавирусной инфекции COVID-19 в 2020 году.

Результатом столь последовательной и упорной работы стала модернизация и оснащение современным оборудованием

Рисунок 3. Формат системы телемедицинских консультаций



Рисунок 4. Статистика закрытых запросов в телемедицинской системе (все субъекты РФ)



около 100 региональных онкологических диспансеров/больниц, закуплены современные аппараты для лучевой терапии, КТ, МРТ, ПЭТ-КТ и других методов диагностики и лечения. Введены в эксплуатацию современные ускорители для лучевой терапии в регионах, где их ранее не было.

Так, в рамках реализации Проекта Липецкий областной онкологический диспансер пополнился инновационным оборудованием – медицинским линейным ускорителем электронов с системами рентгеновской визуализации и контроля дыхания пациента. В Волгоградском областном онкодиспансере открылись новые лечебно-диагностический и радиотерапевтический корпуса, укомплектованные современным диагностическим и лечебным оборудованием. В Кировской области открылся центр онкологии и медицинской

радиологии, где используется позитронно-эмиссионная томография. В Краевую больницу им. Е.А. Вагнера в Пермском крае, в клинический онкологический диспансер Омской области приобретены новые высокотехнологичные линейные ускорители. В Московском областном онкологическом диспансере заработал новый линейный ускоритель, что позволило увеличить доступность радиотерапии. В Томской области новый хирургический корпус диспансера отвечает лучшим мировым стандартам, включая в себя 186 единиц крупного высокотехнологичного оборудования. В Красноярском крае открылся новый восьмиэтажный палатный корпус мощностью 260 коек. Третьего февраля 2024 года Президент Российской Федерации В.В. Путин в режиме видеоконференции открыл в Якутске здание нового онкоклинического центра, в котором, помимо прочего высокотехнологичного оборудования широчайшего функционального диагностического и лечебного спектра, установлен ангиографический комплекс в гибридной операционной для выполнения сложных малоинвазивных оперативных вмешательств. И это лишь незначительная часть вопроса, касающегося обновления парка медицинского оборудования в субъектных онкологических службах, что стало возможным благодаря федеральному проекту «Борьба с онкологическими заболеваниями».

С 2019 года вся медицинская помощь пациентам с онкологическими заболеваниями оказывается в Москве в пяти специализированных центрах на базе городских стационаров и в восьми центрах амбулаторной онкологической помощи, входящих в состав данных учреждений. Все этапы оказания специализированной помощи – обследование, лечение и диспансерное наблюдение пациентов – осуществляются в структуре одной медицинской организации.

На базе якорных центров работает пять современных патоморфологических лабораторий. Они оснащены новейшим медицинским оборудованием, необходимым для проведения современных видов

патоморфологических и молекулярно-биологических исследований.

Для осуществления соблюдения всех этапов оказания медицинской помощи в Москве сформирован единый цифровой контур московского здравоохранения – Единая медицинская информационно-аналитическая система (ЕМИАС), с которой интегрирован и Московский городской канцер-регистр.

Развитие онкологической службы в новых регионах России – это важная часть государственной стратегии улучшения доступности и качества медицинской помощи для населения. Работа по этому направлению ведется активно и комплексно, начиная с расширения инфраструктуры и заканчивая обучением медицинских кадров. Прежде всего, в новых регионах открываются современные амбулаторные и стационарные подразделения, включая Центры амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП). Это позволяет улучшить доступность диагностики и лечения на местах, минимизируя необходимость для пациентов переезда в другие регионы для получения специализированной помощи. Кроме того, развивается система дистанционных телемедицинских консультаций, что позволяет пациентам получать консультации ведущих специалистов федеральных центров без необходимости долгих поездок.

Создание сильной онкологической службы в новых регионах России является одним из приоритетов ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России как головного референс-учреждения. В задачи Центра входит не только оказание организационно-методической помощи коллегам для создания равной и доступной помощи по профилю «онкология», но и поддержка пациентов в особо сложных случаях, когда требуются опыт и экспертное мнение специалистов федерального уровня.

Что касается доступности медицинской помощи, то стоит отметить, что, несмотря на значительные усилия по развитию онкологической службы на новых территориях, доступность всех видов лечения в полной мере на текущий момент может

быть ограничена в силу различных факторов, включая региональные особенности и этапы развития инфраструктуры. Однако уже сегодня в новых регионах доступна большая часть диагностических и лечебных процедур, включая высокотехнологичные методы, такие как радиотерапия, химиотерапия и даже таргетная терапия. Так, для онкологического центра Донецкой Народной Республики закуплена 231 единица медицинского оборудования, в апреле 2024 года в Луганске заработали два современных гамма-терапевтических аппарата «TERABALT-100». Луганский республиканский онкологический диспансер стал первым и единственным учреждением во вновь присоединенных к Российской Федерации республиках и областях, который получил лицензию для проведения дистанционной лучевой терапии на аппаратах такого класса. В 2023 году по результатам телемедицинских консультаций с ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России 80% сложных пациентов госпитализированы в стационары НМИЦ радиологии для проведения того или иного вида лечения.

В целом, работа в новых регионах ведется активно, и в ближайшие годы можно ожидать дальнейшего улучшения ситуации с доступностью и качеством онкологической помощи.

2.10. Кадровая политика, подготовка молодых специалистов. Еще одним немаловажным направлением работы является подготовка квалифицированных специалистов, без которых невозможно обеспечение качественной диагностики, лечения и реабилитации пациентов. Несмотря на то, что дефицит онкологов в России на сегодняшний день сохраняется, ситуация к 2025 году значительно улучшилась, позитивные тенденции в обеспеченности специалистами продолжают наблюдаться.

В 2023 году в стране было 15 542,75 штатных должности для врачей в онкологических учреждениях, из которых реально заняты 10 949. Это указывает на определенные проблемы в кадровом обеспечении, но стоит отметить, что нагрузка на одного врача-онколога в 2023 году снизилась до 407,4 пациентов (по сравнению

с 472,5 в 2018 году). Обеспеченность врачами-онкологами на 10 тыс. населения в 2023 году составила 0,73, что немного выше показателя 2022 года (0,68), однако этот показатель все еще остается ниже средней обеспеченности врачами всех специальностей, которая составляет 37,5 на 10 тыс. населения. Это говорит о том, что потребность в дополнительных кадрах, особенно в удаленных и малонаселенных регионах, сохраняется.

Что касается подготовки молодых специалистов, то в последние годы мы видим устойчивый рост интереса к онкологии. Например, каждый год в ординатуру ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России поступают новые молодые специалисты, и конкурсы на эти места становятся все более напряженными – 7-8 человек на место. Мы видим, как молодые специалисты, обладая отличной теоретической подготовкой, часто владеют несколькими иностранными языками и демонстрируют глубокие знания и практические навыки. Это также является результатом того, что вопросы онкологической помощи и развития онкологической службы в России получают особое внимание на самых высоких уровнях, что способствует созданию современных образовательных и профессиональных условий для молодых врачей.

В настоящий момент мы можем констатировать увеличение числа квалифицированных онкологов и других специалистов в регионах; повышение уровня ранней диагностики, благодаря обучению врачей первичной медико-санитарной помощи, улучшение условий работы и мотивации медицинского персонала. Работа также ведется в части дальнейшего расширения образовательных программ, привлечения большего числа молодых специалистов в онкологическую службу, внедрения новых технологий для облегчения работы врачей, как, например, применение искусственного интеллекта для анализа данных.

2.11. Развитие научного потенциала. Разработки в области современной диагностики и эффективного лечения онкологических заболеваний. Благодаря серьезной финансовой поддержке

и проводимой материально-технической модернизации, российские специалисты сегодня имеют возможность уделять значительное внимание собственным научным изысканиям. Принцип единства медицинской науки и практики сегодня как никогда оказывается востребованным.

Ведущими национальными исследовательскими центрами ведется ряд биотехнологических разработок в области препаратов онкологического профиля: клеточная CAR-T терапия; РНК и ДНК вакцины, технологии редактирования генов и генная терапия, онколитическая вирусная терапия. На основе машинного обучения разработана российская фармакогеномная платформа ARIADNA, обеспечивающая качественный скачок в переходе к персонализированной медицине.

Научно-производственный комплекс класса GMP ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России может служить первым в России примером персонализированного биофармацевтического производства внутри клинического размещения.

Что касается ядерной медицины, то наша страна на протяжении всей истории была одним из мировых лидеров в ее развитии, особенно в 1960–1980-е гг. Возможно специально, но нас «отбросили» на сырьевой рынок в 1990-е годы. Однако сейчас ситуация выправляется. Благодаря увеличению финансирования исследовательских программ в этой области появились новые разработки в области применения радиофармпрепаратов в диагностике и лечении рака.

Радионуклидная терапия получила мощный толчок в развитии в течение последних пяти лет, когда в клиническую практику вошла пептидная радиолигандная терапия, существенно изменившая лечебные подходы к ведению пациентов с генерализованным опухолевым процессом.

Так, в 2023 году число диагностических исследований с применением РФП составило почти 700 тыс. случаев, а лечение с применением методов ядерной медицины получили более 25 тыс. пациентов, в стране функционирует 59 циклотронов

в государственных и частных центрах, в том числе применяемых в научных и исследовательских целях. Ведущими исследовательскими центрами совместно с предприятиями ГК «Росатом» отработано и поставлено на поток производство компактных генераторов радионуклидов, таких как генератор рения-188. Всего же около 220 учреждений использует в своей работе радиоизотопы для диагностики и лечения онкологических и неонкологических заболеваний. Лидерами в разработке новых технологий применения радионуклидов являются национальные и федеральные центры, такие как уже упомянутые НМИЦы в области онкологии и радиологии, а также ФГБУ «РНЦРХТ им. акад. А.М. Гранова» Минздрава России, ФГБУ «НМИЦ им. акад. В.А. Алмазова» Минздрава России, Томский НИМЦ, ФГБУ «НМИЦ им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России и другие.

Расширение линейки используемых радиофармпрепаратов для радионуклидной терапии позволяет применять ранее недоступные алгоритмы лечения онкологических пациентов, в том числе, комбинируя их с уже зарекомендовавшими себя схемами. Так, радиоэмболизация препаратом Гепаторен – МРНЦ на основе рения-188 у пациентов с начальным раком печени в трети случаев позволяет достичь полного излечения, у еще 30 процентов перевести опухоль в резектабельное состояние, то есть дает возможность хирургического лечения опухоли. В 90 процентах всех случаев радиоэмболизация позволяет остановить рост опухоли.

Все методики ядерной медицины, применяемые на территории Российской Федерации, как диагностические, так и терапевтические, обеспечены отечественной радиофармацевтической продукцией.

Открытие ядерных аптек на базе специализированных медицинских центров позволит более активно внедрять новейшие технологии терапии российскими препаратами.

Так, уже сейчас на базе ядерной аптеки НМИЦ радиологии изготавливается ряд препаратов на основе лютеция-177,

актиния-225 для радиолигандной и пептид-рецепторной радионуклидной терапии при метастатическом раке предстательной железы и нейроэндокринных злокачественных новообразованиях. Процедуры с применением российских препаратов отличает гораздо более низкая стоимость по сравнению с зарубежными аналогами при таком же уровне качества и эффективности.

Перспективным направлением развития является увеличение количества тераностических пар и тиражирование технологий ядерной медицины на большее количество нозологических форм онкологических заболеваний, а также их применение на более ранних стадиях заболевания.

Стоит отметить, что совместная работа в области ядерной медицины является ведущим направлением сотрудничества стран БРИКС в здравоохранении, и Российская Федерация играет одну из ведущих ролей в этом направлении, благодаря активной работе профильного министерства и безусловной заинтересованности профессионального сообщества. В 2024 году был проведен Международный форум БРИКС по ядерной медицине в г. Санкт-Петербурге, где среди прочих обсуждались вопросы применения, клинических исследований и регистрации новых радиофармпрепаратов, обеспечения соответствующей нормативно-правовой базы.

Заключение

В 2025 году Российская Федерация отмечает не только 80-летний Юбилей Великой Победы, но и 80-летие российской онкологической службы, которая была образована 30 апреля 1945 года. Именно в то невероятно сложное для страны время наши великие учителя, понимая, что страну ждет всплеск онкологической заболеваемости после стольких лет лишений, ранений и голода, приняли решение о формировании всесоюзной системы самостоятельных профильных учреждений – онкологических диспансеров. Что и сейчас является основой не только российской, но и многих профильных служб стран СНГ.

За эти десятилетия служба прошла серьезный путь, сегодня с уверенностью занимая лидирующие позиции в мире. Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» за период 2019–2024 гг. показал значительные успехи в улучшении доступности, качества и эффективности онкологической помощи в России.

Стоит отметить, что именно в этот период как отечественное здравоохранение в целом, так и онкологическая служба в частности, столкнулись с серьезным испытанием – пандемией новой коронавирусной инфекции, которое с честью выдержали благодаря системному подходу на государственном уровне, самоотверженности медицинского персонала, грамотному руководству и преимуществам заложенных особенностей структурной организации.

В результате реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» созданы правовые основы (порядки и клинические рекомендации), обновлена материально-техническая база, выполнены инфраструктурные преобразования онкологической службы.

Обеспечено финансирование для выполнения современных лечебно-диагностических технологий и системного лечения – как важное необходимое условие для качественного современного лечения. Проводится огромная работа по ликвидации кадрового дефицита и повышению компетенций специалистов в области онкологии, особенно в регионах и на первичном медико-специализированном этапе онкологической службы.

Проект стал важным шагом на пути к снижению смертности от рака и улучшению качества жизни пациентов. Глядя на результаты, которые мы имеем на сегодняшний день, можно с уверенностью сказать, что в свой юбилейный год российская онкологическая служба вступает обновленной, с полной готовностью к дальнейшей реализации поставленных новым национальным проектом «Активная и продолжительная жизнь» целей.



УДК 614.2

Г.Т. СУХИХ¹, академик РАН, д-р мед. наук, профессор, директор, info@oparina4.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0214-1213>

М.П. ШУВАЛОВА¹, канд. мед. наук, доцент, заместитель директора – руководитель
департамента регионального сотрудничества и интеграции, m_shuvalova@oparina4.ru
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6361-9383>

Е.Н. БАЙБАРИНА¹, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник
отделения патологии новорожденных и недоношенных детей
института неонатологии и педиатрии, e_baibarina@oparina4.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6262-3559>

Н.Е. КАН¹, д-р мед. наук, профессор, заместитель директора по науке, n_kan@oparina4.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5087-5946>

Национальные медицинские центры – проводники инноваций в сфере здравоохранения

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 117997, Российская Федерация, г. Москва, ул. Академика Опарина, д. 4.
Academician V.I. Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health of Russia, 4, Academica Oparina St., Moscow, Russian Federation, 117997.

Ключевые слова: национальный медицинский исследовательский центр, качество медицинской помощи беременным и новорожденным, деятельность службы родовспоможения Российской Федерации, инновации в акушерско-гинекологической помощи, беременные высокого риска, цифровой регистр критических акушерских состояний, телемедицинские консультации, Телемедицинский центр, организационно-методическое кураторство, охрана репродуктивного здоровья населения России, перинатальный консилиум

Для цитирования: Сухих Г.Т., Шувалова М.П., Байбарина Е.Н., Кан Н.Е. Национальные медицинские центры – проводники инноваций в сфере здравоохранения // Вестник Росздравнадзора. – 2025. – № 2. – С. 46–52.

For citation: Sukhikh G.T., Shuvalova M.P., Baibarina E.N., Kan N.E. National medical research centers – agents of innovation in healthcare // Vestnik Roszdravnadzora. – 2025. – Vol. 2. – P. 46–52.

Sukhikh G.T., Shuvalova M.P., Baibarina E.N., Kan N.E.

National medical research centers – agents of innovation in healthcare

The paper presents the main areas of activity of the National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology, and Perinatology named after V.I. Kulakov of the Ministry of Health of Russia in implementing innovations and improving the quality of medical care for pregnant women and newborns. The establishment of a digital registry for critical obstetric conditions, regular visits to regions to provide methodological and advisory support, ensuring access to telemedicine consultations with highly qualified specialists, organizing the work of a perinatal council, and concentrating high-risk pregnancies at the Center – including those with severe extragenital pathology, pregnancy complications, and fetal developmental anomalies – along with extensive educational activities, significantly contribute to improving the quality of obstetric and neonatal care and reducing maternal and infant mortality rates.

Keywords: national Medical Research Center, quality of medical care for pregnant women and newborns, activities of the maternity service of the Russian Federation, innovations in obstetric and gynecological care, high-risk pregnant women, digital register of critical obstetric conditions, telemedicine consultations, Telemedicine Center, organizational and methodological supervision, protection of reproductive health of the Russian population, perinatal council

В работе представлены основные направления деятельности «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России по внедрению инноваций и улучшению качества медицинской помощи беременным и новорожденным. Создание цифрового регистра критических акушерских состояний, регулярные выезды в регионы для оказания методологической и консультативной помощи, обеспечение доступности телемедицинских консультаций высококвалифицированными специалистами; организация работы перинатального консилиума и концентрация в НМИЦ беременных высокого риска с тяжелой экстрагенитальной патологией, осложнениями беременности и пороками развития у плода, обширная педагогическая деятельность существенно влияют на улучшение качества акушерской и неонатологической помощи и снижение показателя материнской и младенческой смертности.

Введение

Прошедший 2024 год, провозглашенный Президентом Российской Федерации В.В. Путиным Годом семьи¹, подвел итоги реализации федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» (далее – федеральный проект), являющегося частью национального проекта «Здравоохранение»².

Роль службы родовспоможения определяется ее масштабностью, приоритетностью для общества и особой политической значимостью. Ежегодно более 4% взрослого населения прямо или косвенно взаимодействуют со службой родовспоможения в качестве пациентов или родственников пациентов.

Сокращение материнской и детской смертности является важнейшим приоритетом здравоохранения во всем мире. Достижения в области медицинских технологий, клинической практики и политики здравоохранения значительно улучшили результаты для матерей и новорожденных [1].

Параллельно с мировыми трендами в деятельность службы родовспоможения активно внедряются технологические инновации: телемедицина и цифровое здравоохранение (например, цифровые медицинские платформы, мобильные приложения, носимые устройства); 3D- и 4D-ультразвуковые исследования, магнитно-резонансная томография, – повышающие точность пренатальной диагностики; неинвазивное пренатальное тестирование, персонализированные подходы к лечению и др. Инновации в клинической практике касаются совершенствования моделей антенатального наблюдения, выполнения минимально инвазивных хирургических операций во время беременности, использования непрерывного электронного мониторинга плода, внедрения стандартизированных протоколов оказания медицинской помощи матерям и новорожденным. [2, 3]

Внедрению инноваций в учреждениях здравоохранения страны уделяется особое внимание. Национальные медицинские исследовательские центры возглавили эту работу. Инновационные преобразования затронули все процессы деятельности службы – обеспечение качества оказания медицинской помощи, внедрение современных технологий оказания медицинской помощи, телемедицину, повышение эффективности управления, развитие межведомственного сотрудничества и др.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – НМИЦ), начиная с 2018 года по настоящее время обеспечивал организационно-методическое кураторство по профилям «акушерство и гинекология» и «неонатология» во всех субъектах Российской Федерации, а с 2021 года еще и по профилю «анестезиология-реаниматология (для беременных)». НМИЦ оказывает специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по 9 профилям: акушерство и гинекология, неонатология, анестезиология и реаниматология, хирургия, онкология, урология, детская хирургия, детская урология-андрология, педиатрия.

НМИЦ является крупнейшим, современно оснащенным научно-исследовательским, лечебно-диагностическим, образовательным учреждением, которое, объединяя многолетний опыт собственных научных школ, достижения фундаментальной и прикладной науки, используя передовые инновационные медицинские технологии, обеспечивает качественное и эффективное оказание медицинской помощи по укреплению, сохранению, восстановлению репродуктивного здоровья населения и новорожденных и тиражирование новых технологий, повышая их доступность во всех регионах страны.

¹ Указ Президента Российской Федерации от 22.11.2023 № 875 «О проведении в Российской Федерации Года семьи». URL: <https://base.garant.ru/408052277/?ysclid=m7dgfh6un3519608094>.

² Мероприятия нацпроекта «Здравоохранение» были завершены в конце 2024 года. В 2025 году на смену завершённому пришел новый национальный проект – «Продолжительная и активная жизнь».

Цель работы

Представить опыт НМИЦ по внедрению инновационных преобразований в деятельность службы родовспоможения Российской Федерации.

Материалы и методы

Проведен анализ показателей результативности деятельности службы родовспоможения за период 2014–2023 гг. Источниками информации являлись данные федерального статистического наблюдения и аналитические отчеты по результатам проведенных в субъектах РФ выездных мероприятий. Статистический анализ включал методы расчета относительных величин.

Результаты и обсуждение

Деятельность НМИЦ по снижению материнской и младенческой смертности, а также по совершенствованию качества медицинской помощи осуществляется по многим направлениям. Основными из них являются следующие: создание цифрового регистра критических акушерских состояний и обеспечение его функционирования в режиме реального времени; регулярные выезды в регионы для оказания методологической и консультативной помощи; обеспечение доступности телемедицинских консультаций высококвалифицированными специалистами; организация работы перинатального консилиума и концентрация в НМИЦ беременных высокого риска, с тяжелой экстрагенитальной патологией, осложнениями беременности и пороками развития у плода, обширная педагогическая деятельность.

В последние десять лет на фоне устойчивого снижения материнской смертности (с 10,8 на 100 000 родившихся живыми в 2014 до 9,0 в 2019 году) пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 привела к резкому подъему показателя до 34,5 в 2021 году. Одной из мер оперативного реагирования со стороны Министерства здравоохранения Российской Федерации явилось требование обеспечить непрерывный мониторинг состояния здоровья беременных, рожениц и родильниц, находящихся в критическом акушерском состоянии (КАС).

Специалистами НМИЦ в кратчайшие сроки была разработана информационная система «Регистр КАС». Внедрение Регистра КАС позволило взять под контроль и обеспечить консультирование с использованием телемедицинских технологий самых тяжелых случаев по всей стране. [4] Всего в Регистре КАС в 2024 году было зарегистрировано 10 593 случаев. Наряду с этим Регистр КАС значительно повысил качество регистрации случаев, закончившихся летальным исходом, что снизило имевшийся ранее недоучет материнской смертности, и это закономерно сказалось на приросте величины материнской смертности, которая в 2023 году составила 13,3 на 100 000 родившихся живыми. Минздравом России введено обязательное требование рассмотрения каждого случая материнской смерти с участием специалистов НМИЦ и главного внештатного специалиста Минздрава России по акушерству.

В неотложных случаях по запросу органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения осуществляются выезды реанимационной бригады НМИЦ по анестезиологии-реаниматологии для беременных. Так, в 2024 году были осуществлены выезды в Республики Дагестан и Ингушетию, Красноярский край, Ростовскую, Челябинскую, Калининградскую и Владимирскую области для консультирования пациенток с критическими акушерскими состояниями по месту оказания медицинской помощи.

Важным компонентом улучшения результативности акушерской помощи является маршрутизация в НМИЦ наиболее сложных пациентов, число которых увеличивается ежегодно. В 2024 г. доля пациентов, получивших медицинскую помощь в НМИЦ, проживающих на территории других субъектов Российской Федерации, достигала 65% (33,4 тыс. человек). Наибольшее число госпитализированных пациентов были жителями Московской, Тульской областей, Краснодарского края и Республики Дагестан.

В НМИЦ госпитализируются для разрешения беременности с экстрагенитальной патологией, в том числе эндокринными и аутоиммунными заболеваниями,

болезнями крови, тяжелыми аномалиями скелета, после трансплантации органов и тяжелыми осложнениями беременности из всех субъектов Российской Федерации.

Накоплен многолетний опыт проведения операций при вращении плаценты с использованием различных методик хирургического гемостаза и метропластики. [5] С 2020 г. по настоящее время проведено порядка 800 операций с частотой гистерэктомий 2,7%.

За последние пять лет в НМИЦ накоплен опыт внутриутробной коррекции патологических состояний плода, таких как нарушения ритма сердца, неиммунная водянка и др. Проводится широкий спектр внутриутробных операций при аномалиях развития плода: внутриутробная коррекция Spina Bifida, торако-амниотическое шунтирование при кистозном аденоматозе легкого, лечение синдрома амниотических тяжей, фетальная цистоскопия, лазерная деструкция клапана уретры, интерстициальная лазерная коагуляция сосудов крестцово-копчиковой тератомы, а также внутриутробное переливание крови плоду и фетальные операции при осложнениях монохориального многоплодия.

В НМИЦ разработаны и применяются алгоритмы ведения беременных с различными онкологическими заболеваниями, обеспечивающие выбор оптимальной стратегии и проведение противоопухолевого лечения, определение метода и сроков родоразрешения (лимфома Ходжкина, неходжкинские лимфомы, хронические лейкозы, опухоли детского возраста, рак молочной железы, рак шейки матки, опухоли яичников, рак щитовидной железы и др.), позволяющие сохранить беременность, предотвратить репродуктивные потери и улучшить прогноз для жизни матери.

Начиная с 2015 года НМИЦ активно участвует в разработке протоколов, а также в оказании медицинской помощи в рамках клинических апробаций инновационных медицинских технологий по направлениям: родоразрешение пациенток с вращением плаценты; хирургическое лечение лейомиомы матки, эндометриоза, пролапса половых органов; повышение эффективности

программ вспомогательных репродуктивных технологий. Все реализованные клинические апробации показали высокую эффективность предложенных методов диагностики и лечения. Основные положения клинических апробаций включены в клинические рекомендации Российского общества акушеров-гинекологов.

Большой вклад в изменение ситуации с оказанием медицинской помощи в субъектах Российской Федерации вносит работа перинатального консилиума НМИЦ. В 2024 году перинатальный консилиум НМИЦ прошли 2177 пациенток из 80 регионов России, половина из которых в дальнейшем госпитализируются в НМИЦ для оказания своевременной помощи плоду и новорожденным, нуждающимся в хирургическом лечении после родоразрешения. [6] Наибольшая обращаемость на перинатальный консилиум традиционно отмечена среди жителей Центрального, Приволжского и Северо-Кавказского федеральных округов. Рост обращаемости на перинатальный консилиум НМИЦ относительно аналогичного периода 2023 года наблюдался среди жительниц всех регионов страны.

Расширение возможностей телемедицины и консультирование беременных, рожениц, родильниц и новорожденных является инновационным подходом, обеспечивающим доступность квалифицированной медицинской помощи для всех субъектов Российской Федерации.

Телемедицинский центр НМИЦ был создан в 2009 году и проводил несколько десятков консультаций в год. В 2019 году общее число телемедицинских консультаций / консилиумов составляло 2,3 тыс., к 2024 году их количество возросло в 10 раз и достигло 20,6 тыс. за год, из них 7,5 тыс. (36,5%) имели формат экстренных/неотложных консультаций. В настоящее время консультированием охвачены все, в том числе и новые субъекты Российской Федерации.

Масштабирование экспертных знаний реализуется посредством проведения научно-практических мероприятий и создания интерактивных образовательных модулей. За время реализации федерального проекта с использованием телемедицинских

технологий ведущие эксперты НМИЦ провели 449 научно-практических мероприятий для врачей медицинских организаций субъектов Российской Федерации. Формат такого рода мероприятий предполагал разбор сложных клинических случаев, обсуждение дискуссионных вопросов специальности, а также новых версий клинических рекомендаций. По наиболее актуальным клиническим вопросам разработаны и размещены на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования 126 интерактивных образовательных модулей.

С каждым годом расширяется охват субъектов Российской Федерации и увеличивается число подключений к трансляциям научно-практических мероприятий, проводимых НМИЦ с применением телемедицинских технологий. Наиболее активное участие в научно-практических мероприятиях с применением телемедицинских технологий принимают: г. Москва, г. Санкт-Петербург, Архангельская область, Забайкальский край, Кемеровская область, Краснодарский край, Курганская область, Московская область, Оренбургская область, Республика Бурятия, Республика Крым, Республика Саха (Якутия), Республика Северная Осетия–Алания, Самарская область, Сахалинская область, Свердловская область, Томская область, Тюменская область, Чеченская Республика.

В образовательной деятельности задействованы четыре профильных кафедры НМИЦ: акушерства и гинекологии, неонатологии, анестезиологии и реаниматологии, непрерывного профессионального образования и симуляционных технологий, а также симуляционно-тренинговый центр, аккредитационно-симуляционный центр, методический аккредитационно-симуляционный центр.

Особое внимание уделяется работе ведущих специалистов НМИЦ по внесению изменений в уже созданные клинические рекомендации и разработке новых: за 2024 г. актуализированы 22 клинических рекомендации.

Центр цифровой трансформации здравоохранения является самостоятельным

структурным подразделением НМИЦ. В функции Центра входят: развитие подсистем ВИМИС «АКиНЕО», разработка технологий искусственного интеллекта и перспективных систем поддержки принятия врачебных решений, поддержка пользователей ВИМИС «АКиНЕО».

Консультирование по организационным аспектам функционирования службы, направленное на повышение эффективности деятельности, а также на выявление и устранение внешних и внутренних факторов, препятствующих достижению целей, осуществляется с помощью технологии управленческого консалтинга.

Суммарно за период 2019–2024 гг. специалистами НМИЦ было проведено 396 выездных мероприятий для изучения и анализа организации медицинской помощи во всех курируемых субъектах Российской Федерации. В ходе выездного мероприятия проводился анализ маршрутизации пациентов, эффективности внедрения клинических рекомендаций и системы менеджмента качества оказания медицинской помощи, что отражено в аналитических отчетах по результатам выездных мероприятий. Совместно с региональными организаторами здравоохранения определялись проблемные вопросы, обсуждались возможные пути их решения, разрабатывались проекты нормативных правовых актов в сфере здравоохранения и др. По итогам выездной работы в регионы направлялись предложения по совершенствованию оказания медицинской помощи населению.

Технологии консультирования в современном мире трансформировались, появился новый рынок – организационная терапия, когда консультанты встают во главу перемен, помогают воплотить решения в жизнь. За время реализации федерального проекта специалистами НМИЦ усовершенствованы процессы осуществления организационно-методического кураторства; продемонстрирован эффект взаимодействия НМИЦ с региональными органами исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации и акушерскими стационарами III уровня; определены приоритеты и стратегические

направления развития для каждого субъекта Российской Федерации.

Специалистами НМИЦ создана система подготовки стандартизированных предложений при выявлении однотипных ситуаций в субъектах Российской Федерации. С помощью специально разработанного WEB-сервиса «Обратная связь и контроль выполнения рекомендаций НМИЦ» осуществляется мониторинг и контроль результатов выполнения рекомендаций.

В настоящее время можно считать, что система контроля качества медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и критериев оценки качества медицинской помощи внедрена в 39 медицинских организациях III уровня: в Иркутской, Липецкой, Ярославской, Новосибирской и Самарской областях, Красноярском крае, а также в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (2), г. Санкт-Петербурге, Челябинской области, Республике Бурятия (2), Алтайском крае, Республике Татарстан, Забайкальском крае, Оренбургской, Брянской, Кировской и Саратовской областях, Краснодарском и Приморском (3) крае, Республике Саха (Якутия) (2), Саратовской и Астраханской областях, Курской, Свердловской (2) и Московской областях, Кабардино-Балкарской Республике, Республике Башкортостан, Ленинградской, Тверской, Архангельской областях, Самарской и Костромской областях, Республике Мордовия и в г. Севастополе. В ближайшей перспективе к их числу могут присоединиться медицинские организации III уровня еще 41 субъекта Российской Федерации.

Мониторинг и анализ основных качественных показателей деятельности службы страны установил, что в 2024 году, по сравнению с 2018 годом, структурные компоненты службы улучшились в 53 субъектах Российской Федерации, процессные – в 80, при этом результаты повысились в 41 регионе страны.

В целом, совершенствование структуры и процессов, приведших к улучшению результатов оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» отмечалось в 24 субъектах страны: Алтайский край, Архангельская область,

Белгородская область, Владимирская область, Кабардино-Балкарская Республика, Кемеровская область, Курская область, Ленинградская область, Московская область, Мурманская область, Ненецкий автономный округ, Нижегородская область, Псковская область, Республика Марий Эл, Республика Северная Осетия – Алания, Республика Тыва, Самарская область, Смоленская область, Удмуртская Республика, Ханты-Мансийский автономный округ, Челябинская область, Чеченская Республика, Чувашская Республика, Чукотский автономный округ.

Аналогичные позитивные преобразования по профилю «неонатология» отмечались в 18 субъектах страны: Белгородская область, Вологодская область, Воронежская область, Иркутская область, Костромская область, Московская область, Нижегородская область, Республика Башкортостан, Республика Бурятия, Республика Коми, Республика Марий Эл, Республика Саха (Якутия), Республика Северная Осетия – Алания, Республика Татарстан, Рязанская область, Смоленская область, Тамбовская область, Челябинская область.

Итогом проведенной работы явилось существенное снижение значимого индикатора, характеризующего результативность службы родовспоможения – показателя младенческой смертности. В Российской Федерации за последние десять лет младенческая смертность сократилась на 43% (с 7,4 на 1000 родившихся живыми в 2014 году до 4,2 – в 2023 году). В регионах страны показатели варьировали от 2,1 в Чувашской Республике и Ненецком автономном округе до 19,1 в Чукотском автономном округе. Значительно снизилась, а в 53 регионах полностью исчезла летальность новорожденных в акушерских стационарах I уровня.

Перспективные направления развития НМИЦ полностью соответствуют целям национальных проектов, а также планам реализации концепции охраны репродуктивного здоровья населения России, направленной на снижение репродуктивных и перинатальных потерь, уменьшение частоты тяжелых форм детской

инвалидности и повышение качества жизни пациентов.

Заключение

Развитие национальных медицинских исследовательских центров – это наращивание государственного потенциала в решении проблемы снижения смертности, улучшения здоровья населения и расширения доступа к качественной медицинской помощи.

Государственные инвестиции в развитие национальных медицинских исследовательских центров доказали свою эффективность в разработке скоординированных стратегий развития профильных служб в субъектах Российской Федерации.

Оказание медицинской помощи тяжелым пациентам из всех регионов страны, выездные мероприятия, телемедицинские консультации/консилиумы, дистанционные научно-практические мероприятия с применением информационно-коммуникационных технологий, аналитическая работа и консалтинговая поддержка региональных служб родовспоможения позволили добиться значимых результатов.

Вместе с тем, устраняя существующие пробелы, продолжая путь внедрения инноваций и тиражирования лучших практик, возможно добиться больших успехов в оказании медицинской помощи беременным, родильницам и новорожденным.

ИСТОЧНИКИ

1. *Gamberini C., Angeli F. & Ambrosino E.* Exploring solutions to improve antenatal care in resource-limited settings: an expert consultation. *BMC Pregnancy Childbirth* 22, 449 (2022). DOI: 10.1186/s12884-022-04778-w.
2. *Njoroge Kenneth J.* Advancements in Maternal Healthcare: Innovations and Access. *Research invention journal of biological and applied sciences* 3(2): 10–14, 2024.
3. *Савинова Т.Л., Грудкин А.А., Ермолаева И.В., Кундик Т.А., Зингерман Б.В., Абу Аль Лабан Н.А., Бородин Р.А., Яковлева И.В., Холин А.М., Шувалова М.П., Сухих Г.Т.* Дистанционный мониторинг беременных: опыт Оренбурга // *Акушерство и гинекология*. – 2024. – № 11. – С. 162–172. DOI: 10.18565/aig.2024.212.
4. *Пугачев П.С., Сухих Г.Т., Шешко Е.Л., Плутницкий А.Н., Артемова О.Р., Прялухин И.А., Кецкало М.В., Шмаков Р.Г., Гойник Т.А., Гусева Е.В., Пугачева Т.В., Верховцев А.А., Гриненко Г.В.* Российский регистр критических акушерских состояний: от мониторинга к менеджменту лечения // *Вестник Росздравнадзора*. – 2023. – № 5. – С. 69–80.
5. *Сухих Г.Т., Шмаков Р.Г., Курцер М.А., Баринов С.В., Чупрынин В.Д. и др.* Хирургическое лечение при вращении плаценты в Российской Федерации (пилотное многоцентровое исследование) // *Акушерство и гинекология*. – 2024. – №1. – С. 50–66. DOI: 10.18565/aig.2023.306.
6. *Набережнев Ю.И., Тетруашвили Н.К., Гус А.И., Буров А.А., Шнейдерман М.Г., Климов В.А., Шмаков Р.Г.* Ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения врожденной диафрагмальной грыжи плода, по данным перинатального консилиума // *Акушерство и перинатология*. – 2022. – Том 21. – № 5. – С. 31–37. DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-5-31-37.

REFERENCES

1. *Gamberini C., Angeli F. & Ambrosino E.* Exploring solutions to improve antenatal care in resource-limited settings: an expert consultation. *BMC Pregnancy Childbirth* 22, 449 (2022). DOI: 10.1186/s12884-022-04778-w.
2. *Njoroge Kenneth J.* Advancements in Maternal Healthcare: Innovations and Access. *Research invention journal of biological and applied sciences* 3(2): 10–14, 2024.
3. *Savinova T.L., Grudkin A.A., Ermolaeva I.V., Kundik T.A., Zingerman B.V., Abu Al Laban N.A., Borodin R.A., Yakovleva I.V., Kholin A.M., Shuvalova M.P., Sukhikh G.T.* Remote monitoring of pregnant women: the experience of Orenburg. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2024; 11: 162–172. DOI: 10.18565/aig.2024.212. (In Russ.).
4. *Pugachev P.S., Sukhikh G.T., Sheshko E.L., Plutnitsky A.N., Artemova O.R., Prylukhin I.A., Ketskalov M.V., Shmakov R.G., Goinik T.A., Guseva E.V., Pugacheva T.V., Verkhovtsev A.A., Grinenko G.V.* Russian register of critical obstetric conditions: from monitoring to treatment management. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2023; 5: 69–80. (In Russ.).
5. *Sukhikh G.T., Shmakov R.G., Kurtser M.A., Barinov S.V., Chuprynin V.D. and others.* Surgical treatment of placenta accreta in the Russian Federation (pilot multicenter study). *Akusherstvo i ginekologiya*. 2024; 1; 50–66. DOI: 10.18565/aig.2023.306. (In Russ.).
6. *Naberezhnev Yu.I., Tetruashvili N.K., Gus A.I., Burov A.A., Shneiderman M.G., Klimov V.A., Shmakov R.G.* A retrospective analysis of the results of diagnosis and treatment of congenital diaphragmatic hernia of the fetus, according to the perinatal council. *Akusherstvo i perinatologiya*. 2022; 21(5): 31–37. DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-5-31-37. (In Russ.).

УДК 614.2

О.М. ДРАПКИНА^{1,2}, академик РАН, профессор, директор¹,
зав. кафедрой терапии и профилактической медицины²
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0323-2635>

Р.Н. ШЕПЕЛЬ^{1,2}, канд. мед. наук, заместитель директора
по перспективному развитию медицинской деятельности¹,
руководитель отдела научно-стратегического развития первичной
медико-санитарной помощи, ведущий научный сотрудник отдела
научно-стратегического развития первичной медико-санитарной
помощи, доцент кафедры терапии и профилактической медицины²,
доцент кафедры общественного здоровья и организации
здравоохранения¹, RShepel@gnicpm.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8984-9056>

Д.В. ВОШЕВ¹, канд. мед. наук, научный сотрудник отдела
научно-стратегического развития первичной
медико-санитарной помощи, Dvvoshev@yandex.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9216-6873>

И.Е. ТЫЦКИЙ¹, аналитик отдела мониторинга внедрения научных
исследований и разработок Центра организационно-методического
управления и анализа качества оказания медицинской
помощи в регионах, itytsky@gnicpm.ru
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7495-9745>

Цифровизация здравоохранения: внедрение технологий и совершенствование диспансерного наблюдения (часть 1)

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, 101990, Российская Федерация, г. Москва, Петроверигский пер., 10, стр. 3.
Federal State Budgetary Institution National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, 10 building 3 Petroverigsky lane, Moscow, 101990, Russian Federation.

² ФГБОУ ВО «Российский Университет Медицины» Минздрава России, 127006, Российская Федерация, Москва, Долгоруковская ул, д. 4.
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Russian University of Medicine" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 4, Dolgorukovskaya str., Moscow, 127006, Russian Federation.

Ключевые слова: цифровизация здравоохранения, диспансерное наблюдение, электронные медицинские карты, искусственный интеллект, интернет медицинских вещей (IoMT)

Для цитирования: Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Вошев Д.В., Тыцкий И.Е. Цифровизация здравоохранения: внедрение технологий и совершенствование диспансерного наблюдения (часть 1) // Вестник Росздравнадзора. – 2025. – № 2. – С. 53–62.

For citation: Drapkina O.M., Shepel R.N., Voshev D.V., Tytskiy I.E. Digitalization of healthcare: introduction of technologies and improvement of dispensary supervision (part 1) // Vestnik Roszdravnadzora. – 2025. – Vol. 2. – P. 53–62.

Drapkina O.M., Shepel R.N., Voshev D.V., Tytskiy I.E.

Digitalization of healthcare: introduction of technologies and improvement of dispensary supervision (part 1)

The study focuses on the digital transformation of dispensary follow-up for patients with chronic diseases. The possibilities of introducing telemedicine, electronic medical records, remote monitoring technologies and artificial intelligence are being considered. The barriers to digitalization are analyzed, including the lack of a regulatory framework, digital inequality, and investment risks.

The novelty of the research lies in the development of recommendations to eliminate these barriers, create a single digital platform and integrate advanced technologies into the dispensary monitoring system. The implementation of such solutions reduces the burden on doctors, increases the availability of medical care, personalizes patient monitoring and helps reduce the frequency of hospitalizations.

Keywords: digitalization of healthcare; dispensary monitoring; electronic medical records; Artificial intelligence; Internet of Medical Things (IoMT)

Исследование посвящено цифровой трансформации диспансерного наблюдения для пациентов с хроническими заболеваниями. Рассматриваются возможности внедрения телемедицинских технологий, электронных медицинских карт, технологий дистанционного мониторинга и искусственного интеллекта. Анализируются барьеры цифровизации, включая недостаток нормативной базы, цифровое неравенство и инвестиционные риски.

Новизна исследования заключается в разработке рекомендаций по устранению этих барьеров, созданию единой цифровой платформы и интеграции передовых технологий в систему диспансерного наблюдения. Внедрение таких решений снижает нагрузку на врачей, повышает доступность медицинской помощи, персонализирует мониторинг пациентов и способствует снижению частоты госпитализаций.

Введение

Настоящий научный цикл состоит из двух частей и посвящен цифровой трансформации диспансерного наблюдения (ДН) в системе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). **Первая часть** освещает концептуальные основы цифровизации, а также ключевые технологии и инструменты, включая электронные медицинские карты, системы телемедицины, дистанционного мониторинга, искусственный интеллект и интернет медицинских вещей (IoMT). Акцент сделан на потенциале цифровых решений в улучшении качества, доступности и персонализации медицинской помощи для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями.

Вторая часть сфокусирована на практических аспектах внедрения цифровых технологий в систему ДН, включая правовые и этические вопросы, оценку эффективности и формирование новых моделей взаимодействия между пациентом и медицинской организацией. Рассматриваются проблемы нормативной базы, цифрового неравенства, кадрового дефицита, а также предлагаются пути повышения «цифровой зрелости» региональных систем здравоохранения.

Цифровизация здравоохранения занимает важное место в государственной политике в сфере здравоохранения Российской Федерации, поскольку представляет собой один из ключевых инструментов повышения качества, эффективности и доступности оказываемой населению медицинской помощи. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи

(ПМСП), в том числе диспансерного наблюдения (ДН) при хронических неинфекционных заболеваниях (ХНИЗ), безусловно, включает внедрение цифровых технологий (ЦТ).

В 2018 году на основании Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204¹ и в рамках подготовки к запуску национального проекта «Здравоохранение» на уровне Минздрава России был разработан новый федеральный проект в части информатизации, который получил название «Создание единого цифрового контура здравоохранения на основе ЕГИСЗ» («Цифровой контур здравоохранения»). Окончательная версия паспорта проекта была утверждена на заседании президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам 24 декабря 2018 года. Основной задачей цифровизации является получение структурированной, достоверной и оперативной информации, которая необходима как медицинским работникам и населению, так и органам власти. В частности, в рамках входящего в состав национального проекта федерального проекта «Создание единого цифрового контура на основе ЕГИСЗ» (ЕГИСЗ) создается инфраструктура, обеспечивающая доступность цифровых сервисов для граждан и медицинских работников, интеграцию информационных потоков в данной сфере. Развитие такого контура базируется на IT-технологиях, которые обеспечат реализацию инновационных направлений, например, внедрение электронных медицинских

¹ Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.». СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения – 17.03.2025).

карт (ЭМК), программы «подключенный пациент» и телемедицинских технологий (ТМТ)^{2,3}. С 2025 по 2030 годы деятельность по этому направлению осуществляется в рамках нового национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», включая федеральный проект «Национальная цифровая платформа Здоровье».

1. Основная концепция цифровизации в ДН

В самом широком смысле под процессом цифровизации обычно понимают социально-экономическую трансформацию, инициированную массовым внедрением и освоением ЦТ. Данный процесс определяет направления развития всех сфер жизни общества в наши дни, а потому необходим его сущностный анализ и оценка перспектив развития и трудностей реализации. Внедрение современных цифровых решений позволит стране занять передовые позиции в глобальном пространстве здравоохранения, значительно повысив качество медицинских услуг, особенно на уровне ПМСП. Введение единых стандартов цифрового документооборота и ЭМК обеспечит медицинским работникам доступ к истории болезни пациентов, что значительно ускорит принятие клинических решений. ТМТ и дистанционные консультации делают медицинскую помощь доступнее для маломобильных граждан, пожилых людей и жителей удаленных регионов, а также позволяют эффективно контролировать состояние пациентов, которые вынуждены соблюдать режим изоляции в условиях эпидемиологической угрозы [1–3].

Ключевыми направлениями развития цифровой медицины являются внедрение ЭМК, развитие концепции «подключенный пациент» – мониторинг состояния и предоставление медицинских услуг с помощью встроенных интеллектуальных устройств и ТМТ. ЕГИСЗ представляет единую сеть информационных систем медицинских

организаций по всей России и профильных ведомств, организует базу унифицированных ЭМК и списки пациентов с определенными заболеваниями.

Преимущества цифровой трансформации здравоохранения включают следующие аспекты:

- повышение качества клинической практики за счет внедрения систем поддержки принятия врачебных решений, основанных на технологиях искусственного интеллекта (ИИ), что способствует снижению частоты диагностических и терапевтических ошибок, а также обеспечивает раннее выявление заболеваний и факторов риска их развития;
- расширение доступности медицинской помощи, в том числе для социально уязвимых групп населения и жителей удаленных, сельских и труднодоступных территорий, за счет использования цифровых технологий (ЦТ) и активного внедрения телемедицинских технологий (ТМТ);
- обеспечение непрерывного дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов посредством технологий удаленного мониторинга и цифровых каналов коммуникации, что повышает оперативность консультативной поддержки и улучшает взаимодействие между пациентом и медицинским специалистом;
- оптимизация организационных и клинических процессов в медицинских организациях благодаря автоматизации рутинных операций, что приводит к сокращению числа очных визитов, снижению финансовых издержек как для пациентов, так и для системы здравоохранения в целом [4];
- повышение уровня цифровой медицинской грамотности населения, улучшение информированности граждан о состоянии собственного здоровья и современных возможностях его сохранения за счет широкого доступа к цифровым ресурсам и интерактивным сервисам [5, 6].

² Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16).

³ Постановление Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».

Ключевые вызовы цифровизации здравоохранения:

- *цифровое неравенство информационных технологий медицинских организаций*, выражающееся в ограниченном доступе к высокоскоростным каналам связи и низком уровне телекоммуникационной инфраструктуры в сельской местности и отдаленных регионах, что существенно ограничивает возможности использования ЦТ на данных территориях;
- *несовершенство нормативно-правовой базы*, в том числе нерешенные вопросы интеграции частных медицинских организаций в ЕГИСЗ, а также отсутствие четкого правового статуса отдельных видов электронных медицинских документов, препятствующие унификации процессов и правовой определенности при их использовании;
- *финансово-экономические барьеры*, связанные с ограниченностью инвестиционных ресурсов и отсутствием устойчивых механизмов реинвестирования доходов медицинских организаций, что затрудняет масштабное внедрение и сопровождение ЦТ в здравоохранении.

Была проведена большая работа для приведения в соответствие диагнозов, при которых пациенты подлежат ДН. Теперь врач имеет возможность ставить диагноз и подтверждать его, пользуясь системой поддержки принятия врачебных решений (СППВР). Преимущества *СППВР в ДН*: понятный, легко выполнимый алгоритм для пациента, комплаентность пациента, снижение частоты посещений врача, госпитализаций, осложнений заболеваний, снижение неблагоприятных исходов. Она дает возможность получения объективной статистики, позволяет анализировать пул пациентов по выбранному критерию, проводить контроль качества медицинской помощи [7, 8].

Предложена модель дистанционного наблюдения в рамках пилотного проекта, позволяющая осуществлять контроль состояния здоровья одновременно у большего количества пациентов с применением технологии активного телефонного

патронажа, автоматических механизмов получения и обработки данных. В рамках пилотного проекта была разработана и внедрена модель дистанционного диспансерного наблюдения (ДДН), ориентированная на контроль состояния пациентов с ХНИЗ, имеющих коморбидную патологию и высокую частоту обострений, включая случаи экстренных обращений за медицинской помощью. Ключевыми компонентами модели стали технологии активного телефонного патронажа, автоматизированные механизмы сбора и обработки данных, а также мультидисциплинарный подход к ведению пациентов.

Мониторинг состояния осуществлялся участковыми медицинскими сестрами с использованием чек-листов. Пациенты самостоятельно передавали показатели здоровья (артериальное давление, уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП), гликированный гемоглобин (HbA1c)) на электронную почту поликлиники. Для координации маршрутизации пациентов и сбора информации был организован специализированный колл-центр. В процесс оказания помощи активно вовлекалась мультидисциплинарная врачебная команда, включающая терапевта, кардиолога, эндокринолога и невролога [9].

Изначально у 74% пациентов фиксировалась низкая приверженность к медикаментозной терапии и нерегулярный самоконтроль. На момент включения в проект целевых значений артериального давления достигали лишь 48% пациентов (138 человек), целевые уровни ХС ЛНП и HbA1c – соответственно у 12% (10 человек) и 39% (34 человека). По итогам наблюдения в рамках ДДН достигнуты следующие результаты:

- целевой уровень артериального давления достигнут у 80% пациентов (230 человек);
- целевой уровень ХС ЛНП – у 65% (187 человек);
- целевой уровень HbA1c – у 74% (213 человек).

Наряду с улучшением клинических показателей отмечены значительные положительные изменения в медико-социальных

параметрах. Среднее количество дней нетрудоспособности снизилось с 142 до 55 дней. Количество визитов в поликлинику сократилось с 249 до 33, а число вызовов скорой медицинской помощи уменьшилось с 219 до 28 обращений.

Таким образом, внедрение модели ДДН позволило повысить приверженность пациентов к терапии, обеспечить достижение целевых показателей здоровья у большинства участников проекта и существенно улучшить медико-социальные исходы. Полученные результаты подтверждают эффективность дистанционного мониторинга как перспективного инструмента для диспансерного наблюдения пациентов с ХНИЗ [9].

Современные практики внедрения ЦТ в различных регионах нацелены на укрепление наиболее уязвимых зон и способствуют росту цифровой и медицинской грамотности. В качестве авторской рекомендации предлагается создание *интернет-портала*, на котором все заинтересованные стороны могли бы найти информацию об опыте повышения качества предоставления медицинской помощи с описанием ЦТ и возможностей для использования в других регионах. Повышение «цифровой зрелости» здравоохранения в регионе считается ключевым аспектом для успешного внедрения ЦТ, которая отражает степень готовности и способности региональных систем и инфраструктуры адаптироваться к цифровым инновациям и внедрению ЦТ [4].

ХНИЗ, в первую очередь болезни системы кровообращения и эндокринные нарушения, продолжают оставаться одной из ведущих причин смертности населения. Основным принципом ведения данной категории пациентов является соблюдение режима ДН и систематический прием лекарственных препаратов. В этой связи особую актуальность приобретает внедрение ЦТ дистанционного мониторинга физиологических показателей с использованием персональных медицинских устройств и ТМТ [10].

Низкий уровень комплаентности, проявляющийся в нерегулярном самоконтроле

и несоблюдении схемы лекарственной терапии, существенно снижает эффективность проводимого лечения и повышает риск осложнений. В ряде исследований продемонстрирована эффективность интеграции автоматических дозаторов лекарственных препаратов и голосовых помощников в систему дистанционного диспансерного наблюдения. ЦТ формируют устойчивую модель взаимодействия пациента с системой здравоохранения и способствуют повышению приверженности к терапии. Внедрение *автоматических диспенсеров лекарственных препаратов и голосовых помощников* в дистанционные ДН является эффективной системой мер медицинского и профилактического характера, позволяющей сформировать комплаентность у пациентов с ХНИЗ [11].

2. Технологии и инструменты цифровизации

Несмотря на отдельные сложности, связанные с адаптацией клинического персонала к использованию ЭМК, их внедрение остается важным направлением цифровой трансформации здравоохранения. ЭМК обеспечивают систематизацию и структурирование медицинской информации, способствуют формированию целостной картины состояния здоровья пациента и повышают качество междисциплинарного взаимодействия [6].

Исследования, посвященные оценке рисков и перспектив применения ЭМК, подчеркивают как актуальные вызовы (включая временные затраты и необходимость совершенствования интерфейсов), так и значительный потенциал этих технологий. В частности, анализируются механизмы идентификации рисков, рассматриваются пути их минимизации и предлагаются решения, направленные на повышение удобства и эффективности использования ЭМК в практическом здравоохранении. Подчеркивается, что при грамотной интеграции ЭМК становятся важным инструментом повышения клинической эффективности, улучшения документооборота и обеспечения преемственности медицинской помощи [12].

В настоящее время создана система цифрового машинного распознавания, извлечения и структурирования медицинских данных с формированием облачной ЭМК. Она автоматизирует обработку медицинских документов с использованием оцифровки изображений и оптического распознавания символов и формированием базы данных. Автоматизация рутинных действий специалистов прибавляет экономическую и эстетическую выгоду за счет быстрого выполнения интеллектуально обеспеченной работы, служит удобным инструментом для стандартизации медицинской информации в электронном формате и направлена на помощь врачу и пациенту для организации лечебного и профилактического взаимодействия [13].

Анализ развития рынка телемедицинских услуг (ТУ) доказывает, что в последние годы происходит активное внедрение новых технологий в процесс оказания медицинских услуг, чему способствует развитие технических средств связи, увеличение оснащенности медицинских организаций информационными системами, цифровизация процесса оказания медицинских услуг. Имеет место постоянный и значительный рост объемов ТУ. Однако характер данных услуг, а также барьеры, существующие на рынке, не позволяют реализовывать ТУ как полноценную альтернативу медицинским услугам. Оценка вклада каждой из детерминант ТУ в развитие рынка в целом свидетельствует, что его динамика обусловлена ценами и спросом, рост которого значительно опережает предложение [14].

Одним из очевидных преимуществ применения ТМТ является возможность оперативного предоставления ПМСП. В таких случаях пациент получает профессиональную медицинскую консультацию без необходимости предварительной маршрутизации в медицинскую организацию более высокого уровня, что особенно актуально при первичной диагностике и контроле хронических состояний. Данный подход способствует значительной экономии времени пациентов, повышает доступность

медицинской помощи и одновременно снижает нагрузку на систему здравоохранения, в том числе за счет уменьшения числа необоснованных госпитализаций. Дополнительным фактором, ускоряющим и оптимизирующим процесс оказания медицинской помощи, является интеграция электронных рецептов, которая обеспечивает быстрый и удобный доступ пациентов к необходимым лекарственным препаратам без необходимости личного визита к врачу [15].

Период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) наглядно проиллюстрировал рост спроса и высочайшую актуальность ТУ. Особенно актуальна стала проблема снижения уровня нагрузки в целом на системы здравоохранения путем увеличения объема оказания ТУ [16–18]. Так, во время пандемии COVID-19 ТМТ успешно использовались для дистанционного контроля и лечения больных сахарным диабетом [19].

Были отмечены основные тенденции в области ТУ за последние 10 лет развития цифровизации медицины:

- 1) совершенствование законодательной базы;
- 2) развитие информационных интернет-ресурсов для пациентского сообщества с отдельными детально проработанными разделами по консультированию пациентов;
- 3) возможность широкой монетизации ТУ, что несомненно привело к увеличению ответственности врачей, оказывающих ТУ, и развитию их мотивации;
- 4) тенденция использования ТУ как возможности дальнейшей маршрутизации пациента и очной консультации в медицинской организации, стремлении к полноценной консультации и полному осмотру;
- 5) развитие мобильных устройств, гаджетов, приложений и других программ и устройств для постоянного мониторинга состояния здоровья пациентов, включая стремительный рост их использования во время пандемии COVID-19;
- 6) развитие направления дистанционного мониторинга пациентов. Особенное

развитие получило мониторингирование пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями с использованием беспроводных носимых устройств и мобильных приложений. Дистанционный мониторинг явился следствием развития цифровой медицины и увеличил эффективность и точность телемедицинских консультаций (ТМК).

Вместе с этим, остаются проблемы, связанные с недостаточно проработанной законодательной базой оказания ТУ с учетом технологических реалий сегодняшних дней и технологическим фактором [16].

Роскачество и федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный институт качества» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения оценили наиболее популярные *мобильные приложения* для осуществления телемедицинских консультаций «врач – пациент» в российском сегменте магазинов App Store и Google Play. Самыми лучшими телемедицинскими программами по совокупности критериев, в которых учитывались удобство, безопасность и работа ключевых функций приложений, стали: «Доктор Рядом Телемед», SmartMed, «Яндекс.Здоровье», DocDoc, «Онлайн Доктор», Doc+, Pirogov Clinic, My Doc, ONDOC и Doctis⁴.

Актуальной проблемой является обработка собранных баз данных, представляющих собой *огромные массивы*. Разработанная медицинская информационная система (МИС) RuPatient представляет собой компьютерную программу, состоящую из веб-интерфейса пользователя «врач-пациент», который включает алгоритмы распознавания текста медицинской документации и занесения распознанного текста в соответствующие поля системы. Данный модуль является нейросетевым алгоритмом ИИ и частью большой программы по автоматизации рутинных действий медицинского персонала. Веб-сервис представляет собой клиент-серверное приложение с возможностью доступа к интерфейсу через

браузер со смартфона, планшета, ноутбука, персонального компьютера. Показана эффективность представленного фрагмента МИС за счет качества распознавания имеющейся бумажной документации, повышения эффективности документооборота и автоматизации процесса заполнения. Это вписывается в принятую концепцию цифровой трансформации и получения структурированной информации для организации медицинской помощи при неинфекционных, онкологических и заболеваниях, связанных с эпидемическими ситуациями. МИС RuPatient с алгоритмами «машинного обучения» позволит собирать и обрабатывать «большие мультимодальные данные» для повышения эффективности лечебного и организационного процесса в целом [20, 21].

Описан процесс организации *проактивного ДН при ХНИЗ*. На основе *технологии больших данных* сформирована группа пациентов, подлежащих ДН, расширенная в сравнении с федеральными требованиями⁵. В московской медицине внедрен *институт помощника врача* из лиц, имеющих среднее медицинское образование и прошедших обучение в кадровом центре. В ЕМИАС создана отдельная подсистема динамического ДН, включающая рабочие столы врача и помощника, ЭМК и дневник самонаблюдения пациента. Для пациента, включенного в группу динамического ДН, разрабатывается индивидуальная динамичная программа, включающая в себя расширенный спектр медицинских услуг: план диспансерных приемов (осмотров, консультаций, профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, перечень обязательных и, при необходимости, дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, консультаций врачей-специалистов). Помощник врача, выступающий в качестве ключевого элемента модели проактивного динамического ДН, выполняет функцию связующего звена между врачом и пациентом, обеспечивая

⁴ Роскачество. Телемедицинские консультации. –

URL: <https://rskrf.ru/ratings/tekhnika-i-elektronika/mobilnye-prilozheniya/mp-quot-teledimitsinskie-konsultatsii-quot/>

⁵ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». – URL: <https://base.garant.ru/404523658/?ysclid=m99ol8otjf472369097>.

постоянное сопровождение пациента с ХНИЗ на протяжении всего периода наблюдения. Согласно мнению ряда исследователей, реализация данной модели способствует снижению уровня инвалидизации и преждевременной смертности населения за счет разработки индивидуализированных программ наблюдения и повышения мотивации пациентов к ответственному отношению к своему здоровью [22].

Интернет медицинских вещей (IoMT) – это концепция сети, объединяющей «подключенные устройства» и приборы, которые отслеживают состояние организма человека и окружающей его среды, включая приборы, способные интерактивно влиять на профилактический, лечебный и реабилитационный процессы. Технологии IoMT повышают оперативную производительность и эффективность МО за счет оптимизации клинических, информационных и операционных процессов [23].

Ключевые направления применения технологий интернета медицинских вещей (IoMT) в здравоохранении⁶

Визуализация и диагностика. Использование IoMT способствует повышению качества диагностики за счет формирования набора цифровых параметров, отклонения от которых могут свидетельствовать о нарушении функций органов и систем. Так, применение технологий распознавания изображений (в лучевой диагностике, биометрии, при анализе состояния кожи или сетчатки глаза) позволяет выявлять патологические изменения, зачастую недоступные при традиционных визуальных методах обследования.

Поддержка клинических решений. Системы поддержки принятия врачебных решений, интегрированные с IoMT, обеспечивают анализ динамики клинического состояния пациента, способствуют формированию предварительного диагноза и выбору оптимальной тактики лечения либо профилактических мероприятий.

Анализ рисков. IoMT позволяет проводить многофакторный анализ тысяч параметров, обеспечивая раннее выявление отклонений, потенциально приводящих к диагностическим ошибкам или неэффективному лечению.

Разработка и доставка лекарственных средств. Современные технологии дозированной доставки медикаментов на основе IoMT способствуют снижению затрат при разработке новых препаратов. Устройства в режиме реального времени контролируют жизненно важные показатели пациента и корректируют дозировку лекарственного средства. Персонализированные схемы введения, сформированные на основе индивидуальных биомедицинских данных, минимизируют риски побочных эффектов.

Клинические испытания и большие данные. IoMT-решения обеспечивают непрерывный мониторинг участников клинических исследований, что способствует формированию сложных массивов данных и проведению мета-исследований. Это позволяет отслеживать эффективность терапевтических подходов в режиме реального времени.

Прогнозирование эпидемий. Системы IoMT используются для предсказания эпидемиологической ситуации как на основе ретроспективных данных, так и на основе информации, полученной с датчиков, фиксирующих состояние пациентов и лиц, с ними контактировавших.

Мониторинг состояния пациента. Носимые IoMT-устройства обеспечивают постоянное наблюдение за физиологическими параметрами (пульс, артериальное давление, движения глаз), предоставляют напоминания о приеме лекарств и проводят опросы о самочувствии с передачей данных медицинскому персоналу.

Контроль приема лекарственных средств. IoMT предоставляет возможность отслеживать факт и время приема медикаментов. Так, компания Otsuka разработала цифровую систему Abilify MyCite, в состав которой входит таблетка арипипразола

⁶ Электронная образовательная среда Moodle. – URL: https://vec.etu.ru/moodle/pluginfile.php/296365/mod_resource/content/2/Введение.pdf.

с встроенным сенсором. После проглатывания датчик активируется при контакте с желудочным соком, передавая сигнал

на носимый патч MyCite Patch, фиксирующий факт приема препарата.

ИСТОЧНИКИ

1. Касимов Э.М. Оценка роли электронной базы данных «1С – Е.М.С» в выявлении и мониторинге пациентов группы риска развития пролиферативной витреоретинопатии / Э.М. Касимов, С.Р. Меджидова, М.И. Керимов // – 2017. – № 1(23). – С. 64–69.
2. Кундрюков В.А. Цифровизация здравоохранения: достижения и вызовы / В.А. Кундрюков // Национальная концепция качества: государственная и общественная защита прав потребителей: Сборник тезисов докладов международной научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 30 сентября – 2019 года / Под редакцией Е.А. Горбашко. – Санкт-Петербург: Общество с ограниченной ответственностью «Редакционно-издательский центр «КУЛЬТ-ИНФОРМ-ПРЕСС», 2019. – С. 197–200.
3. Скобникова В.К. Цифровизация в Российской системе здравоохранения / В.К. Скобникова, Е.В. Шищенко // Вестник науки. – 2020. – Т. 5, № 5(26). – С. 278–285.
4. Вошев Д.В. Инновационные подходы к развитию первичной медико-санитарной помощи с применением цифровых технологий: лучшие практики и опыт на региональном уровне / Д.В. Вошев, Н.А. Вошева, И.М. Сон и др. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2023. – № 4. – С. 139–150. – URL: <http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2023-4-22>.
5. Доан Т.М. Цифровизация здравоохранения: перспективные инструменты / Т.М. Доан, О.Г. Крестьянинова, В.А. Плотников // Экономика и управление. – 2023. № 29(2). – С. 132–140. – DOI: [10.35854/1998-1627-2023-2-132-140](https://doi.org/10.35854/1998-1627-2023-2-132-140).
6. Зингерман Б.В. Электронная медицинская карта – основа цифровой трансформации здравоохранения / Б.В. Зингерман, Н.Е. Шкловский-Корди // Менеджмент качества в медицине. – 2019. – № 3. – С. 94–99.
7. Колесникова О.П. Стандарт диспансерного наблюдения / О.П. Колесникова // Московская медицина. – 2023. – № 1(53). – С. 92–96.
8. Хараз А.Д. Цифровой контур московского здравоохранения: от записи на прием к врачу до систем поддержки принятия клинических решений / А.Д. Хараз // Московская медицина. – 2020. – № 4(38). – С. 8–13.
9. Петричко Т.А. Эффективность дистанционного диспансерного наблюдения пациентов с высоким и очень высоким риском в первичном звене здравоохранения Хабаровского края / Т.А. Петричко, О.Е. Гусева // Кардиологический вестник. – 2023. – Т. 18, № 2-2. – С. 51.
10. Вишнякова И.А. Дистанционный мониторинг пациентов с сердечно-сосудистой патологией / И.А. Вишнякова // РКЖ. – 2022. – № S7. – С. 50–51.
11. Калинин И.В. Применение персональных медицинских помощников для формирования приверженности к лечению / И.В. Калинин, И.И. Ларионова, Т.И. Кабакова // Фармакоэкономика: теория и практика. – 2023. – Т. 11, № 2. – С. 26. – DOI: [10.30809/rhe.2.2023.14](https://doi.org/10.30809/rhe.2.2023.14).
12. Абрамов В.И. Перспективы применения электронных медицинских карт / В.И. Абрамов, В.А. Малей // Оригинальные исследования. – 2020. – Т. 10, № 5. – С. 64–69.
13. Комков А.А. Система цифрового машинного распознавания, извлечения и структурирования медицинских данных с формированием облачной электронной медицинской карты / А.А. Комков, В.П. Мазаев, С.В. Рязанова, А.А. Кобак // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21, № 12. – С. 55–60. – DOI [10.15829/1728-8800-2022-3482](https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3482).
14. Дворядкина Е.Б. Современные тенденции цифровизации здравоохранения и трансформации рынка медицинских услуг в Российской Федерации / Е.Б. Дворядкина, А.О. Фечина // Научные труды Вольного экономического общества России. – 2022. – Т. 236, № 4. – С. 225–238. – DOI [10.38197/2072-2060-2022-236-4-225-238](https://doi.org/10.38197/2072-2060-2022-236-4-225-238).
15. Шапиро С.Р. Особенности цифровизации медицины в России / С. Р. Шапиро, В.З. Абдрахимов // Проблемы совершенствования организации производства и управления промышленными предприятиями: Межвузовский сборник научных трудов. – 2021. – № 1. – С. 254–259. – DOI: [10.46554/OP-MIE-2021.1-pr.254](https://doi.org/10.46554/OP-MIE-2021.1-pr.254).
16. Бесчастнова С.П. Цифровое пространство и коммуникации: современные тренды в здравоохранении в условиях текущих перемен / С.П. Бесчастнова // Инновации и инвестиции. – 2022. – №9. – С. 200–207.
17. Луговская М.В. Телемедицина как инструмент дистанционных маркетинговых коммуникаций в сфере здравоохранения / М.В. Луговская, Н.Н. Зубарева // Практический маркетинг. – 2020. – № 12(286). – С. 29–34. – DOI: [10.24412/2071-3762-2020-12-29-34](https://doi.org/10.24412/2071-3762-2020-12-29-34).
18. Лунченкова А.А. Цифровизация здравоохранения РФ в период пандемии COVID-19: особенности и перспективы развития / А.А. Лунченкова // Процессы интеграции и дифференциации в мире: социально-гуманитарный аспект: материалы Всероссийской студенческой научной конференции (Екатеринбург, 1–2 декабря 2021 г.). – Екатеринбург, 2022. – С. 126–129. – <http://elar.urfu.ru/handle/10995/120204>.
19. Чичкова В.В. Организация амбулаторной помощи пациентам с сахарным диабетом в условиях пандемии COVID-19 с применением телемедицинских технологий. Зарубежный и отечественный опыт / В.В. Чичкова, М.А. Шаповалова, М.А. Чичкова, М.Б. Анциферов // Сахарный диабет. – 2023. – Т. 26, №4. – С. 334–342. – DOI: <https://doi.org/10.14341/DM13019>.
20. Комков А.А. Первое исследование медицинской информационной системы rupatient по автоматическому распознаванию медицинской документации на основе «машинного обучения» / А.А. Комков, В.П. Мазаев, С.В. Рязанова [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 8. – С. 91–96. – DOI: [10.15829/1728-8800-2021-3080](https://doi.org/10.15829/1728-8800-2021-3080).
21. Комков А.А. Система цифрового машинного распознавания, извлечения и структурирования медицинских данных с формированием облачной электронной медицинской карты / А.А. Комков, В.П. Мазаев, С.В. Рязанова, А.А. Кобак // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21, № 12. – С. 55–60. – DOI: [10.15829/1728-8800-2022-3482](https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3482).
22. Старшинин А.В. Эволюция проактивного диспансерного наблюдения в системе московского здравоохранения / А.В. Старшинин, Е.С. Кучерявых, О.Ф. Гавриленко [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № 2. – С. 255–263. – DOI: [10.32687/0869-866X-2023-31-2-255-263](https://doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-2-255-263).
23. Аксенова Е.И. Интернет медицинских вещей (IoMT): новые возможности для здравоохранения / Е.И. Аксенова, С.Ю. Горбатов. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 36 с.

REFERENCES

1. *Kasimov E.M.* Estimation of the role of the electronic database "1C - E.M.S" in the detection and monitoring of patients of the risk group of development of proliferative vitreoretinopathy / *E.M. Kasimov, S.R. Medjidova, M.I. Kerimov* // *Oftal'mologiya*. – 2017. – № 1(23). – P. 64–69. (In Russian).
2. *Kundryukov V.A.* Digitalization of Healthcare: Achievements and Challenges / *V.A. Kundryukov* // National concept of quality: state and public protection of consumer rights: Collection of abstracts of reports of the international scientific and practical conference, St. Petersburg, September 30, 2019 / Edited by *E.A. Gorbashko*. – St. Petersburg: Limited Liability Company "Editorial and Publishing Center" KULT-INFORM-PRESS", 2019. – P. 197–200. (In Russian).
3. *Skobnikova V.K.* Digitalization in the Russian healthcare system / *V.K. Skobnikova, E.V. Shishchenko* // *Vestnik nauki* (Science Bulletin). – 2020. – Vol. 5, № 5(26). – P. 278–285. (In Russian).
4. *Voshev D.V.* Innovative approaches to the development of primary health care at the regional level using digital technologies: best practices and experience / *D.V. Voshev, N.A. Vosheva, I.M. Son et al.* // *Dal'nevostochnyy' medicinskij zhurnal* (Far Eastern medical journal). – 2023. – № 4. – P. 139–150. – URL: <http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2023-4-22>. (In Russian).
5. *Doan T.M.* Digitalization in health care: Promising tools. / *T.M. Doan, O.G. Krest'yaninova, V.A. Plotnikov* // *E'konomika i upravlenie* (Economics and Management). – 2023. № 29(2). – P. 132–140. – DOI.org/10.35854/1998-1627-2023-2-132-140. (In Russian).
6. *Zingerman B.V.* Electronic medical records is the basis of digital transformation of healthcare / *B.V. Zingerman, N.E. Shklovsky-Kordi* // *Menedzhment kachestva v medicine* (Quality management in medicine). – 2019. – № 3. – P. 94–99. (In Russian).
7. *Kolesnikova O.P.* Dispensary observation standard / *O.P. Kolesnikova* // *Moskovskaya medicina*. – 2023. – № 1(53). – P. 92–96. (In Russian).
8. *Kharaz A.D.* Digital contour of Moscow healthcare: from making an appointment with a doctor to clinical decision support systems / *A.D. Kharaz* // *Moskovskaya medicina*. – 2020. – № 4(38). – P. 8–13. (In Russian).
9. *Petrichko T.A.* Efficiency of remote dispensary monitoring of patients with high and very high risk in the primary health care of Khabarovsk Krai / *T.A. Petrichko, O.E. Guseva* // *Kardiologicheskij vestnik* (Russian cardiology bulletin). – 2023. – Vol. 18, № 2-2. – P. 51. (In Russian).
10. *Vishnyakova I.A.* Remote monitoring of patients with cardiovascular pathology / *I.A. Vishnyakova* // *Rossijskij kardiologicheskij zhurnal* (Russian journal of cardiology). – 2022. – № S7. – P. 50–51. (In Russian).
11. *Kalinin I.V.* The use of personal medical assistants to form adherence to treatment / *I.V. Kalinin, I.I. Larionova, T.I. Kabakova* // *Farmakoe'konomika: teoriya i praktika* (Pharmacoeconomics: theory and practice). – 2023. – Vol. 11, № 2. – P. 26. – DOI: 10.30809/phe.2.2023.14. (In Russian).
12. *Abramov V.I.* Prospects for the use of electronic medical records / *V.I. Abramov, V.A. Maley* // *Original'ny'e issledovaniya* (ORES). – 2020. – Vol. 10, № 5. – P. 64–69. (In Russian).
13. *Komkov A.A.* System for digital character recognition, extraction and structuring of medical data with the formation of a cloud-based electronic health records / *A.A. Komkov, V.P. Mazaev, S.V. Ryazanova, A.A. Kobak* // *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* (Cardiovascular Therapy and Prevention). – 2022. – Vol. 21, № 12. – P. 55–60. – DOI 10.15829/1728-8800-2022-3482. (In Russian).
14. *Dvoryadkina E.B.* Current trends in the healthcare digitalization and the transformation of the medical services market in the Russian federation / *E.B. Dvoryadkina, A.O. Fechina* // *Nauchny'e trudy Vol'nogo e'konomicheskogo obshchestva Rossii* (Scientific works of the free economic society of Russia). – 2022. – Vol. 236, № 4. – P. 225–238. DOI 10.38197/2072-2060-2022-236-4-225-238. (In Russian).
15. *Shapiro S.R.* Features of digitalization of medicine in Russia / *S.R. Shapiro, V.Z. Abdrakhimov* // *Problemy' sovershenstvovaniya organizatsii proizvodstva i upravleniya promyshlenny'mi predpriyatiyami: Mezhdvuzovskij sbornik nauchny'x trudov*. – 2021. – № 1. – P. 254–259. DOI: 10.46554/OP-MIE-2021.1-pp.254. (In Russian).
16. *Beschastnova S.P.* Digital space and communication: modern trends in healthcare service in the context of current changes / *S.P. Beschastnova* // *Innovatsii i investicii* (Innovation & Investment). – 2022. – №9. – P. 200–207. (In Russian).
17. *Lugovskaya M.V.* Telemedicine as a Tool for Remote Marketing Communications in the Healthcare Sector / *M.V. Lugovskaya, N.N. Zubareva* // *Prakticheskij marketing* (Practical Marketing). – 2020. – № 12(286). – P. 29–34. DOI: 10.24412/2071-3762-2020-12-29-34. (In Russian).
18. *Lunchenkova A.A.* Digitalization of healthcare in the Russian Federation during the COVID-19 pandemic: features and development prospects / *A.A. Lunchenkova* // *Integration and differentiation processes in the world: social and humanitarian aspect: materials of the All-Russian student scientific conference* (Ekaterinburg, December 1–2, 2021). – Ekaterinburg, 2022. – P. 126–129. – <http://elar.ufu.ru/handle/10995/120204>. (In Russian).
19. *Chichkova V.V.* Organization of outpatient care for patients with diabetes mellitus in the context of the COVID-19 pandemic using telemedicine technologies. / *V.V. Chichkova, M.A. Shapovalova, M.A. Chichkova, M.B. Antsiferov* // *Diabetes mellitus*. – 2023. – Vol. 26, №4. – P. 334–342. DOI: <https://doi.org/10.14341/DM13019> (In Russian).
20. *Komkov A.A.* First study of the RuPatient health information system with optical character recognition of medical records based on machine learning. / *A.A. Komkov, V.P. Mazaev, S.V. Ryazanova et al.* // *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* (Cardiovascular Therapy and Prevention). – 2021. – Vol. 20, № 8. – P. 91–96. DOI: 10.15829/1728-8800-2021-3080. (In Russian).
21. *Komkov A.A.* System for digital character recognition, extraction and structuring of medical data with the formation of a cloud-based electronic health records / *A.A. Komkov, V.P. Mazaev, S.V. Ryazanova, A.A. Kobak* // *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* (Cardiovascular Therapy and Prevention). – 2022. – Vol. 21, № 12. – P. 55–60. DOI: 10.15829/1728-8800-2022-3482. (In Russian).
22. *Starshinin A.V.* The evolution of proactive dispensary monitoring in the Moscow healthcare system / *A.V. Starshinin, E.S. Kucheryavykh, O.F. Gavrilenko et al.* // *Problemy' social'noj gigieny, zdoravooxraneniya i istorii mediciny* (Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine). – 2023. – Vol. 31, № 2. – P. 255–263. DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-2-255-263. (In Russian).
23. *Aksenova E.I.* Internet of Medical Things (IoMT): New Opportunities for Healthcare / *E.I. Aksenova, S.Yu. Gorbato*. – M.: GBU NII OZMM DZM, 2021. – 36 p. (In Russian).

УДК 614.2

О.А. ЛАЙШЕВА^{1,2}, руководитель Центра медицинской реабилитации¹, врач высшей категории по специальности «физическая и реабилитационная медицина», д-р мед. наук, профессор кафедры реабилитации, спортивной медицины и физической культуры Института профилактической медицины имени З.П. Соловьева²

Г.П. БРЮСОВ¹, заведующий отделением реанимации, интенсивной терапии и реабилитации с применением технологии РеабИТ Центра медицинской реабилитации, врач высшей категории по специальности «анестезиология и реанимация», заслуженный врач Российской Федерации

Т.С. КОВАЛЬЧУК¹, заведующий отделением медицинской реабилитации Центра медицинской реабилитации, врач высшей категории по специальности «физическая и реабилитационная медицина»

С.А. УТКИН¹, заместитель директора по клинико-экспертной работе, врач-педиатр, организатор здравоохранения

Е.А. ПУТИЛИНА¹, заместитель директора по медицинской части, врач высшей категории по специальности «детская эндокринология», врач-педиатр, организатор здравоохранения

А.В. ИВАХИН¹, заместитель директора по эпидемиологическим вопросам, врач-эпидемиолог, организатор здравоохранения

Н.Н. КУЛЕШОВ¹, заместитель директора по проектной деятельности, врач-травматолог-ортопед, организатор здравоохранения

А.А. ГЛАЗЫРИНА^{1,2}, заместитель директора – руководитель Федерального детского реабилитационного центра «Кораблик» Центра медицинской реабилитации¹, врач-ревматолог, врач-педиатр, организатор здравоохранения, канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной педиатрии имени В.А. Таболина Института материнства и детства²

Е.Е. ПЕТРЯЙКИНА^{1,2}, директор¹, врач высшей категории по специальностям «детская эндокринология», «педиатрия», «общественное здоровье и организация здравоохранения», врач-детский эндокринолог, педиатр, организатор здравоохранения, заслуженный врач Российской Федерации и г. Москвы; д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой эндокринологии Института материнства и детства², главный внештатный детский специалист – эндокринолог Департамента здравоохранения г. Москвы и Минздрава России в Центральном федеральном округе

Е.Л. ШЕШКО³, канд. мед. наук, директор Департамента медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья

Развитие службы медицинской реабилитации в федеральном многопрофильном детском стационаре. Опыт Центра медицинской реабилитации Российской детской клинической больницы – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России

¹ Российская детская клиническая больница – филиал ФГАОУ ВО «Российский Национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» (Пироговский университет) Минздрава России, 119571, Российская Федерация, г. Москва, Ленинский пр-т, д. 117, корп. 1.

Russian Children's Clinical Hospital, a branch of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov" of the Ministry of Health of the Russian Federation (Pirogov University), 117, building 1, Leninsky Prospekt, Moscow, 119571, Russian Federation.

² ФГАУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» (Пироговский университет) Минздрава России, Институт профилактической медицины имени З.П. Соловьева, 117513, Российская Федерация, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр. 6.
Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov" (Pirogov University) Ministry of Health of the Russian Federation, Z.P. Solovyov Institute of Preventive Medicine, 1, building 6, Ostrovityanova str., Moscow, 117513, Russian Federation.

³ Министерство здравоохранения Российской Федерации, 127994, Российская Федерация, г. Москва, Рахмановский пер., д. 3/25.
Ministry of Health of the Russian Federation, 3/25, Rakhmanovsky Lane, Moscow, 127994, Russian Federation.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, многопрофильный детский стационар, Центр медицинской реабилитации Российской детской клинической больницы, восстановительное лечение, отделение реанимации и интенсивной терапии, синдром последствий интенсивной терапии

Для цитирования: Лайшева О.А., Брюсов Г.П., Ковальчук Т.С., Уткин С.А., Путилина Е.А., Ивахин А.В., Кулешов Н.Н., Глазырина А.А., Петряйкина Е.Е., Шешко Е.Л. Развитие службы медицинской реабилитации в федеральном многопрофильном детском стационаре. Опыт Центра медицинской реабилитации Российской детской клинической больницы – филиала ФГАУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России // Вестник Росздравнадзора. – 2025. – № 2. – С. 63–78.

For citation: Laisheva O.A., Bryusov G.P., Kovalchuk T.S., Utkin S.A., Putilina E.A., Ivakhin A.V., Kuleshov N.N., Glazyrina A.A., Petryaykina E.E., Sheshko E.L. Development of the medical rehabilitation service in the federal multidisciplinary children's hospital. Experience of the Medical Rehabilitation Center of the Russian Children's Clinical Hospital, a branch of the FSAEI of HE "Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov" of the Ministry of Health of the Russian Federation // Vestnik Roszdravnadzora. – 2025. – Vol. 2. – P. 63–78.

Laisheva O.A., Bryusov G.P., Kovalchuk T.S., Utkin S.A., Putilina E.A., Ivakhin A.V., Kuleshov N.N., Glazyrina A.A., Petryaykina E.E., Sheshko E.L. Development of the medical rehabilitation service in the federal multidisciplinary children's hospital. Experience of the Medical Rehabilitation Center of the Russian Children's Clinical Hospital, a branch of the FSAEI of HE "Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov" of the Ministry of Health of the Russian Federation

Modern intensive care technologies – hardware monitoring, partial or complete replacement of vital functions – with prolonged use can lead to the patient losing his or her autonomy of life. The paradox of intensive care is that the complex of life-saving technologies in itself becomes the cause of prolonged and/or incomplete recovery, a decrease in the quality of life, that is, it leads to more significant consequences than in an emergency condition – the post-intensive care syndrome. Early initiation of rehabilitation helps prevent the development of severe complications of long-term intensive care and helps maintain and restore the patient's physiological and social status after a critical condition.

The article presents aspects of the work of the Center for Medical Rehabilitation of the Russian Children's Clinical Hospital, as well as the first specialized department of resuscitation, intensive care and rehabilitation in Russia, ReabIT, created on the basis of the Center, where assistance is provided to patients in serious and extremely serious conditions at a new qualitative level. The Center's capabilities allow for comprehensive medical rehabilitation of patients with neurological, orthopedic, oncological and somatic diseases. Children with severe chronic diseases, including orphan diseases, "difficult diagnoses", as well as with combined pathologies and particularly severe conditions, victims of natural disasters, road accidents and emergency situations from all regions of our country are admitted for rehabilitation.

Keywords: medical rehabilitation, multidisciplinary children's hospital, Center for Medical Rehabilitation of the Russian Children's Clinical Hospital, rehabilitation treatment, intensive care unit, post-intensive care syndrome

Современные технологии интенсивной терапии – аппаратный мониторинг, частичное или полное замещение витальных функций, – при длительном применении могут привести к утрате пациентом автономности жизнедеятельности. Парадокс интенсивной терапии в том, что комплекс жизнесберегающих технологий сам по себе становится причиной длительного и/или неполного восстановления, снижения качества жизни, то есть приводит к более значимым последствиям, чем при неотложном состоянии – синдрому последствий интенсивной терапии.

Раннее начало реабилитации помогает предотвратить развитие тяжелых осложнений длительной интенсивной терапии, способствует сохранению и восстановлению физиологического и социального статуса пациента после перенесенного критического состояния.

В статье представлены аспекты работы Центра медицинской реабилитации Российской детской клинической больницы, а также первого в России специализированного отделения реанимации, интенсивной терапии и реабилитации РеабИТ, созданного на базе Центра, где оказывается помощь пациентам в тяжелом и крайне тяжелом состоянии на новом качественном уровне. Возможности Центра позволяют проводить комплексную медицинскую реабилитацию пациентам с неврологическими, ортопедическими, онкологическими и соматическими заболеваниями. На реабилитацию поступают дети с тяжелыми хроническими заболеваниями, в том числе с орфанными, «трудным диагнозом», а также с сочетанными патологиями и особой тяжестью состояния, пострадавшие во время природных катастроф, дорожно-транспортных происшествий и чрезвычайных ситуаций из всех регионов нашей страны.

Процесс выздоровления и восстановления функций организма после перенесенных заболеваний или травм является не только следствием исчезновения патологических изменений в поврежденных органах и тканях. Раннее,

активно начатое лечение, направленное на предотвращение необратимого повреждения, если это возможно, и регресс обратимых изменений являются главным гарантом благополучного функционального исхода и отсутствия критических дефектов функций или их минимизации. Однако восстановительный процесс базируется не только на ликвидации морфологических последствий повреждения или заболевания, но и на активном влиянии на последующие функциональные перестройки всего организма в целом, которые совершаются по определенным законам и механизмам и, как правило, имеют стадийный характер.

Именно в этом направлении исторически работали отделения лечебной физкультуры и физиотерапии нашей страны. Такое отделение, в числе других в хирургических стационарах, было организовано в открытой в 1985 году Российской детской клинической больнице Минздрава России (далее – РДКБ), в которую госпитализировались пациенты со сложными диагнозами, высокой коморбидностью, тяжестью клинического состояния, которым было необходимо применение нестандартных инновационных методик лечения. Это потребовало разработки и внедрения уникальных методов диагностики и лечения, что и осуществлялось в отделении физиотерапии и лечебной физкультуры РДКБ.

С момента открытия детский федеральный многопрофильный стационар стал университетской клиникой, в работе РДКБ участвовали ведущие специалисты ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России (далее – Пироговский университет).

В области восстановительного лечения к работе была привлечена кафедра лечебной физкультуры и врачебного контроля (в настоящее время – кафедра реабилитации, спортивной медицины и физической культуры) Пироговского университета. Союз специалистов больницы и университета позволял не только обеспечивать высокий профессиональный уровень работы, но и постоянно обучать специалистов.

Однако, с высоты уровня современной медицинской реабилитации, восстановительное лечение того времени в РДКБ, как и в других медицинских учреждениях по всей стране, было ограничено методами аппаратной физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа и иглорефлексотерапии. В 80-х годах XX века в нашем стационаре были открыты отделения микрохирургии, травматологии и ортопедии, абдоминальной и торакальной хирургии, онкологии, урологии, гинекологии, пересадки почки, оториноларингологии. Работа отделения физиотерапии и лечебной физкультуры была направлена на пред- и послеоперационное лечение пациентов. Особо следует отметить, что с 1986 года в РДКБ специалисты восстановительного лечения работали в отделении реанимации и интенсивной терапии и в отделении онкологии фактически первыми в стране.

Союз специалистов больницы и университета позволял не только обеспечивать высокий профессиональный уровень работы, но и постоянно обучать специалистов.

РДКБ сегодня, в год своего 40-летия – это один из крупнейших федеральных детских многопрофильных стационаров Минздрава России (рисунки 1).

В 90-х годах прошлого века при введении в эксплуатацию новых корпусов РДКБ открывались новые отделения, профиль которых требовал внедрения все новых технологий восстановительного лечения (в области неврологии и нейрохирургии; сосудистой, челюстно-лицевой и реконструктивной хирургии; онкогематологии; трансплантации костного мозга и др.). В этот период, в силу сложности заболеваний пациентов РДКБ, было практически невозможно обеспечить их дальнейшую реабилитацию по месту жительства.

В 1995 году при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации в РДКБ впервые в стране открывается

35-коечное отделение восстановительного лечения (согласно сегодняшней номенклатуре – отделение II этапа реабилитации), а отделению физиотерапии и лечебной физкультуры (отделению I этапа реабилитации) выделяется целый блок специализированных помещений для работы с пациентами всех отделений РДКБ, включая и отделение реанимации и интенсивной терапии (далее – ОРИТ).

Лечение и реабилитация детей, пострадавших при землетрясении в Армении (1988 г.), стало началом тесного сотрудничества с ведущими специалистами мира в области реабилитации. С этого времени 3-4 раза в год на базе РДКБ проводились курсы, мастер-классы и тренинги коллег из Германии, США, Франции, Италии. В свою очередь, ряд врачей и инструкторов лечебной физкультуры (далее – ЛФК) РДКБ прошли обучение и стажировку в зарубежных странах. Именно в РДКБ впервые были внедрены современные методики кинезитерапии (PNE, методика Vojta и др.) и создана в рамках прохождения ординатуры Пироговского университета школа обучения молодых специалистов (рис. 2).

Восстановление нарушенных функций вследствие различных заболеваний и состояний занимало и продолжает занимать умы многих исследователей в различных областях медицинской науки и практики. На базе отделений реабилитации РДКБ защищены 13 диссертационных работ на соискание степени кандидата медицинских наук и четыре – на соискание степени доктора медицинских наук, завершено и проводится четыре клинических апробации новых методов реабилитации.

Конец XX века и начало XXI были ознаменованы активными преобразованиями в философии оказания медицинской помощи, и, особенно, помощи по медицинской реабилитации. В 2001 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) утверждает третью версию Международной классификации функционирования и ограничений жизнедеятельности и здоровья (2001 год), которая вносит существенные изменения в формат организации помощи по реабилитации пациентов как медицинских организаций, так и социальных учреждений, становится действующим инструментом практической

Рисунок 1. Структура, мощность и некоторые статистические показатели РДКБ



РДКБ принимает пациентов по заявкам регионов России, **ОКОЛО 90% КОТОРЫХ СОДЕРЖАТ ПРОСЬБУ О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДИВШИХ, ЗАЧАСТУЮ НЕОДНОКРАТНО, КУРСЫ ЛЕЧЕНИЯ** в региональных больницах и узкопрофильных федеральных клиниках. Развившиеся у них осложнения или недостаточная эффективность предшествующего лечения потребовали экспертного **МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ И/ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ**

деятельности. Активная работа специалистов по развитию и распространению философии комплексного лечения, направленного на результат, способствовала распространению интегральных, а затем и биопсихосоциальных подходов к организации лечебного процесса, особенно при значительных повреждениях и серьезных инвалидизирующих заболеваниях.

Возможности реабилитации определяются не только уровнем развития функциональных наук и клинических дисциплин, но и зрелостью организационной системы оказания медицинской помощи больным, уровнем экономического развития и социального обеспечения. С 2008 года в России были инициированы федеральные мероприятия по совершенствованию медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями, травмами, полученными вследствие дорожно-транспортных происшествий. В этот

период впервые были сформулированы положения по организации помощи по медицинской реабилитации в системе оказания медицинской помощи этим категориям пациентов на новом, современном, уровне. Первым этапом стало внедрение порядка организации медицинской реабилитации, созданного на основе анализа имеющихся возможностей в Российской Федерации на тот период¹. Порядок предусматривал создание отделений медицинской реабилитации, соответствующие штатные расписания и стандартное оснащение, механизмы финансирования.

В РДКБ на базе отделения физиотерапии и ЛФК было организовано отделение медицинской реабилитации. Только поступательное развитие научно-практических исследований позволило прийти в настоящее время к пониманию необходимости организации комплексной мультидисциплинарной службы реабилитации

Рисунок 2. Международное сотрудничество по профилю «медицинская реабилитация» в РДКБ

ПОДДЕРЖИВАЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО С МИРОВЫМИ ЭКСПЕРТАМИ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ДОСТУПНЫХ МЕТОДИК И ПРАКТИК

МЕТОДЫ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ



(PNF)

Гудрун Мик

признанный физиотерапевт



(VOJTA)

Дорит фон Ауфштайнер

ученица Вацлава Войты, одна из ведущих терапевтов-педагогов его методики



Управление дыханием

Мехтхильд Брок

признанный физиотерапевт, автор учебников и специалист в области дыхательной кинезотерапии



Кинезиотейпинг

Кензо Касе

основатель метода кинезиотейпинга. Доктор хиропрактики, основатель и директор международных ассоциаций и сообществ, основатель и председатель Академии кинезиотейпирования

НЕЙРОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ



Кинезио тейпирование

Мелани Бёрнс

доктор физиотерапии и ЛФК, сертифицированный специалист в области клинической педиатрии, специалист по нейроразвивающей терапии

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ



Электротерапия

Хейко Ван Влит

эксперт ВОЗ по электротерапии при реабилитации

МИКРОМАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ



Стефано Фрассине

доктор наук в области физиотерапии

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.12 №1705н «Порядок организации медицинской реабилитации». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70230294/?ysclid=m8o7kpzzm590533953>.

пациентов с различными заболеваниями и состояниями. Анализ представлений о необходимости и возможности реабилитационного процесса больных в различные периоды течения заболеваний или травм, а также о необходимости формирования его организационно-методических основ необходим для выработки правильных

современных установок и индивидуализированной терапевтической тактики с внедрением новых эффективных методов лечения и реабилитации.

Отделение медицинской реабилитации входит в Центр медицинской реабилитации РДКБ, осуществляет свою работу в условиях интенсивного развития научных исследований в области биомеханики, нейробиологии, нейропсихологии, реабилитационной инженерии. Участвует в разработке и совершенствовании отечественного высокотехнологичного реабилитационного оборудования на основе робототехники, биологической обратной связи, виртуальной реальности, нейроинтерфейсов, нейромодуляции. Развивает методы диагностики и исследований функции, активности и участия. В отделении открыта лаборатория анализа движений и ходьбы. Используя диагностические возможности РДКБ, в отделении внедряются методики работы на основании ультразвуковых и функциональных методов исследования, включая и передовые методы нейровизуализации, лучевой диагностики (КТ, МРТ). В отделении совершенствуются методы нейропсихологической и логопедической диагностики и коррекции, методики эрготерапии, методики использования современных технических средств реабилитации и ассистивных технологий в Российской Федерации, то есть фактически реализуется новое содержание специальности медицинской реабилитации, что позволяет продвигать концепцию ее развития в рамках главной задачи – повышения качества жизни граждан Российской Федерации, независимо от состояния здоровья.

В отделениях на первом этапе медицинской реабилитации за 2024-й год прошли лечение 5779 пациентов, из них 61,5% детей-инвалидов, выполнено 95 947 процедур (табл. 1).

На втором этапе медицинской реабилитации за 2024-й год прошли лечение 1523 пациентов, из них 73,6% со статусом детей-инвалидов (табл. 2, 3).

В феврале 2017 года на первой Ассамблее ВОЗ по реабилитации была открыта программа «Реабилитация 2030: призыв к действию». На второй Ассамблее

Таблица 1. Распределение пациентов РДКБ, получивших услуги по медицинской реабилитации первого этапа, по профилям оказания медицинской помощи

Профиль оказания медицинской помощи	Количество пациентов	Количество выполненных процедур
Амбулаторный прием врача физической и реабилитационной медицины в катамнезе	124	1339
Реанимационный	90	553
Гинекологический	15	62
Дерматологический	606	11351
Нейрохирургический	154	4360
Нефрологический	53	389
Онкологический для детей	30	450
Хирургический для детей	309	1982
Гастроэнтерологический	17	59
Гематологический	336	3727
Кардиологический для детей	23	30
Инфекционный, в том числе для лечения детей с COVID-19	133	1376
Иммунологический	99	850
Ревматологический	18	106
Неврологический/педиатрический (орфанные заболевания)	955	21559
Оториноларингологический	31	388
Торакальный	28	529
Травматологический/ортопедический	379	6496
Гематологический/хирургический (трансплантация костного мозга)	42	314
Челюстно-лицевой	14	79
Офтальмологический	58	314
Педиатрический	524	5512
Психоневрологический для детей	669	14266
Уроandroлогический для детей	18	92
Эндокринологический для детей	1054	19764
Итого	5779	95 947

по реабилитации в июле 2019 года комиссия ВОЗ обращает внимание на необходимость реабилитационных мероприятий для граждан, имеющих любые ограничения функционирования – как обратимые, так и стойкие; на профилактический характер реабилитационных мероприятий, направленных на предупреждение инвалидности, а если это невозможно – на улучшение и поддержание здоровья и качества жизни инвалида; дает Рекомендации ВОЗ по реабилитации в системах здравоохранения на основании опыта более 200 заинтересованных сторон из различных стран-членов ВОЗ².

За период с 2012 года в Российской Федерации накопился большой опыт по медицинской реабилитации, который профессиональное сообщество обобщило и внесло в новую редакцию Порядка по медицинской реабилитации для взрослых и детей^{2,3} с целью усовершенствования организации помощи и повышения эффективности использования ресурсов медицинских организаций субъектов Российской Федерации³. Согласно приказу Минздрава России от 25.09.2019 № 788⁴, была утверждена ведомственная целевая программа «Медицинская реабилитация» на период 2019–2024 гг., направленная на достижение целей и задач государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Основными задачами этой программы стали:

1. Предоставление государственных услуг по медицинской реабилитации.
2. Совершенствование материально-технической базы медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, а также строительство и ввод в эксплуатацию Федерального детского реабилитационного центра (ФДРЦ) на 200 коек в г. Подольске.

Таблица 2. Распределение пациентов РДКБ, получивших услуги по медицинской реабилитации второго этапа, по профилям оказания медицинской помощи

Профиль оказания медицинской помощи	Количество пациентов
Неврология	862
Реабилитационные соматические	373
Реабилитационные для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы	106
Реабилитационные для больных с заболеваниями центральной нервной системы и органов чувств	182
Итого	1523

Таблица 3. Распределение пациентов РДКБ, получивших услуги по медицинской реабилитации второго этапа, по возрастам

Возрастные группы	0–4 года	4–8 лет	8–13 лет	13–17 лет
Всего	783	1196	2455	1365
Из них дети-инвалиды	343	770	1564	877

С 2022 года на основании инициатив социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 года, утвержденных распоряжением Правительства Российской Федерации от 06.10.2021 № 2816-р⁵, стартовал федеральный проект «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация», предусматривающий создание в России трехэтапной системы помощи по медицинской реабилитации на основании единой лицензии по медицинской реабилитации, единых стандартов оснащения по утвержденным протоколам, единой кадровой модели (специалисты мультидисциплинарных реабилитационных команд) в медицинских организациях четырех групп пациентам при заболеваниях нервной

² Second Global Rehabilitation 2030 Meeting 8–9 July 2019 Geneva, Switzerland.

URL: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2019/07/08/default-calendar/second-global-rehabilitation-2030-meeting>.

³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74581688/?ysclid=m8o87mrvdc669887753>.

⁴ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.10.2019 № 878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых». URL: <https://base.garant.ru/73325898/?ysclid=m8o88k86xc398453205>.

⁵ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.09.2019 № 788 «Об утверждении ведомственной целевой программы «Медицинская реабилитация»» (документ не действует). URL: <https://base.garant.ru/72862230/?ysclid=m8o8bjamgh18713823>.

⁶ Распоряжение Правительства РФ от 06.10.2021 № 2816-р «Об утверждении перечня инициатив социально-экономического развития РФ до 2030 г.». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402792803/?ysclid=m8o8op973p705040417>.

Рисунок 3. Внешний вид и параметры ФДРЦ «Кораблик» в г. Подольске



и сердечно-сосудистой систем, опорно-двигательного аппарата, дыхательной системы, при онкологических заболеваниях. Проект предполагает помощь субъектам РФ в закупке реабилитационного оборудования, в подготовке кадров, в совершенствовании механизмов оплаты помощи по медицинской реабилитации, в информировании населения о возможностях медицинской реабилитации через государственные услуги.

Реализация программы оснащения и дооснащения оборудованием отделений реабилитации реализуется и в РДКБ. На оснащение и дооснащение отделений реабилитации РДКБ были выделены следующие средства: 2022 год – 50 316 800 руб.; 2023 год – 49 911 500 руб.; 2024 год – 28 613 700 руб. На эти средства было закуплено современное реабилитационное оборудование, позволяющее добиваться наилучших клинических результатов.

Реализуется также подготовка профильных специалистов, как одна из важнейших задач университетской клиники – программы подготовки кадров. В 2024 году

на базе РДКБ в ординатуре проходили обучение 40 врачей, 15 из которых уже закончили обучение.

Совместно и при поддержке Минздрава России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) врачи-специалисты по медицинской реабилитации участвуют в разработке программ совершенствования механизмов оплаты помощи по медицинской реабилитации. Специалисты РДКБ приняли участие в разработке трех технологических карт по медицинской реабилитации в медицинской организации четвертого уровня на втором этапе, на основе которых в «Программу госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»⁶ вошли три клинико-статистических группы (КСГ): ST37.027; ST37.028; ST37.029.

Федеральный детский реабилитационный центр (ФДРЦ) «Кораблик» в г. Подольске Московской области был открыт в День защиты детей 1 июня 2023 года Президентом Российской Федерации В.В. Путиным

⁶ Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов».
URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/411138101/?ysclid=m8o8yil12g635316057>.

совместно с министром здравоохранения России М.А. Мурашко и губернатором Московской области А.Ю. Воробьевым. ФДРЦ стал преемственной частью Центра медицинской реабилитации РДКБ (рис. 3–5).

Новый детский реабилитационный центр «Кораблик» в Подольске – это первый из трех безаналоговых федеральных

детских реабилитационных центров, реализованный в рамках президентского национального проекта по здравоохранению. Готовятся к открытию в 2025–2026 гг. еще два уникальных ФДРЦ в городах Евпатория и Новосибирск.

ФДРЦ «Кораблик» стал принимать пациентов по полису обязательного медицинского страхования с одного месяца

Рисунок 4. Кадры торжественного открытия Федерального детского реабилитационного центра «Кораблик» Президентом Российской Федерации В.В. Путиным и министром здравоохранения Российской Федерации М.А. Мурашко 1 июня 2023 года

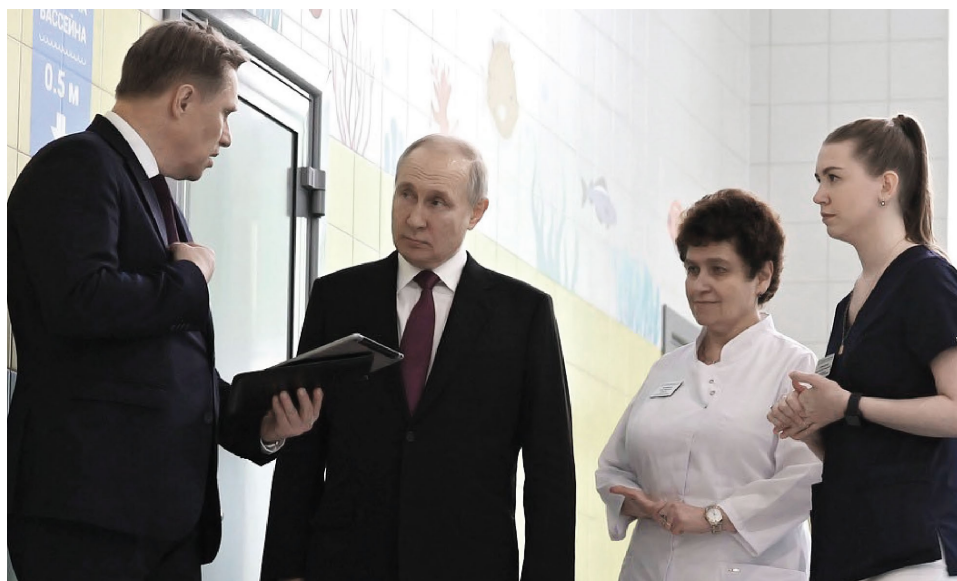


Рисунок 5. Структура и возможности Федерального детского реабилитационного центра «Кораблик»

СТАЦИОНАР 200 коек круглосуточного пребывания*

- БЛОК А**
- 35 коек детское нейрореабилитационное отделение для детей старшего возраста
 - 35 коек детское соматическое реабилитационное отделение
 - 35 коек детское нейрореабилитационное отделение для детей с нейродегенеративными заболеваниями ЦНС
- БЛОК Б**
- 35 коек детское ортопедическое реабилитационное отделение
 - 35 коек детское нейрореабилитационное отделение для детей младшего возраста
- БЛОК В**
- 25 коек детское онкологическое реабилитационное отделение
 - Психолого-педагогическая служба
 - Арт-студия
- БЛОК Г**
- Клинико-диагностический центр
 - Отделение функциональной диагностики
 - Бассейн, блок водолечения
 - Физиотерапевтическое отделение, отделение мануальной и рефлексотерапии
 - Социально-педагогическая реабилитация (школа)
- БЛОК Д**
- Приемное отделение стационара
 - Пищеблок
 - Аптека
- * Кроме того:**
- 10 коек дневного стационара
 - 1 койка реанимации и интенсивной терапии

Рисунок 6. Регионы, из которых приезжают пациенты до 18 лет в ФДРЦ «Кораблик»

«ГЕОГРАФИЯ» ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

ТОП-10 регионов РФ по госпитализации

С 1 ЯНВАРЯ ПО 31 ИЮНЯ
2024 ГОДА ПОСТУПИЛО
3 603 ПАЦИЕНТА
СО ВСЕЙ СТРАНЫ

**89** регионов РФ**3 603** пациента**2 012** детей-инвалидов

до 18 лет сразу после открытия. Сюда приезжают дети из всех регионов нашей страны, которым требуется квалифицированная помощь с сочетанными травмами и при тяжелом течении заболеваний. Реабилитационный центр является неотъемлемой частью крупнейшего многопрофильного детского стационара Минздрава России – РДКБ. Все лучшие традиции и методики реабилитации, которые в течение 40 лет разрабатывались в РДКБ, теперь применяются здесь. Современный Центр расположен на площади свыше 48 тыс. кв. метров и рассчитан на 200 коек в семи отделениях круглосуточного пребывания и 30 коек дневного стационара.

Возможности Центра позволяют проводить комплексную медицинскую реабилитацию пациентам с неврологическими, ортопедическими, онкологическими и соматическими заболеваниями. На реабилитацию поступают дети с тяжелыми хроническими заболеваниями, в том числе с орфанными, «трудным диагнозом», а также с сочетанными патологиями и особой тяжестью состояния, пострадавшие во время природных катастроф, дорожно-транспортных происшествий и чрезвычайных ситуаций из всех регионов нашей страны (рис. 6).

Работа на втором этапе медицинской реабилитации, как и работа РДКБ в целом, охватывает пациентов из всех регионов РФ (табл. 4).

В ФДРЦ «Кораблик» в 2024 году прошли лечение 5605 пациентов, из них со статусом детей-инвалидов 3666 (**65,4%**), выполнено 281 247 процедур (табл. 5). Также представлены данные по возрастам (табл. 6).

Сохраняя традиции медицинской реабилитации в РДКБ, для каждого пациента командой врачей разрабатывается индивидуальный план лечения, а оснащенность Центра позволяет реализовать персонализированный подход в полной мере.

Оснащение Центра более чем 1300 единицами современного медицинского оборудования позволяет применять в программах комплексной реабилитации аппараты различной направленности:

Таблица 4. Распределение пациентов на втором этапе медицинской реабилитации по регионам РФ в 2024 году в ФДРЦ «Кораблик»

Регион РФ	Количество пациентов, прошедших второй этап медицинской реабилитации на базе РДКБ	Количество пациентов, прошедших второй этап медицинской реабилитации на базе ФДРЦ «Кораблик»
Адыгея Республика	6	7
Алтай Республика	1	1
Алтайский край	7	30
Амурская область	3	24
Архангельская область	10	80
Астраханская область	6	54
Байконур город	39	2
Башкортостан Республика	28	82
Белгородская область	31	75
Брянская область	1	59
Бурятия Республика	17	26
Владимирская область	32	154
Волгоградская область	9	79
Вологодская область	16	43
Воронежская область	88	57
Дагестан Республика	20	101
Донецкая Народная республика	1	57
Еврейская автономная область	9	5
Забайкальский край	3	23
Запорожская область	29	12
Ивановская область	12	42
Ингушетия Республика	4	41
Иркутская область	1	33
Кабардино-Балкарская Республика	32	29
Калининградская область	37	17
Калмыкия Республика	7	20
Калужская область	7	132
Камчатский край	4	74
Карачаево-Черкесская Республика	1	8
Карелия Республика	4	18
Кемеровская область	1	18

Таблица 4. Продолжение

Регион РФ	Количество пациентов, прошедших второй этап медицинской реабилитации на базе РДКБ	Количество пациентов, прошедших второй этап медицинской реабилитации на базе ФДРЦ «Кораблик»
Кировская область	15	35
Коми Республика	18	29
Костромская область	11	36
Краснодарский край	52	145
Красноярский край	3	53
Крым Республика	10	15
Курганская область	3	17
Курская область	33	43
Ленинградская область	21	16
Липецкая область	12	49
Луганская Народная Республика	9	40
Магаданская область	4	17
Марий Эл Республика	15	17
Мордовия Республика	155	26
Москва город	159	633
Московская область	8	1166
Мурманская область	8	29
Ненецкий автономный округ	7	11
Нижегородская область	2	72
Новгородская область	4	4
Новосибирская область	21	38
Омская область	18	33
Оренбургская область	29	31
Орловская область	15	48
Пензенская область	1	37
Пермский край	2	54
Приморский край	15	48
Псковская область	23	14
Ростовская область	23	61
Рязанская область	23	27
Самарская область	3	65
Санкт-Петербург город	19	30

для разработки активных и пассивных движений суставов, увеличения толерантности к физической нагрузке, увеличения мышечной силы и физической выносливости. Современные роботизированные тренажеры на основе биологической обратной связи и информационных технологий, такие как «Локомат» и «Примус», способствуют формированию активных движений верхних и нижних конечностей.

Наличие в Центре бассейна и зоны водолечения позволяет осуществлять реабилитацию с антигравитационным эффектом в воде – такая возможность в РДКБ впервые появилась именно в стенах ФДРЦ «Кораблик».

Кроме физической реабилитации, в Центре функционирует психолого-логопедическая служба, как одна из составляющих комплексного восстановления. В распоряжении специалистов есть кабинеты для диагностики, психотерапии, сенсорно-моторной интеграции, социальной бытовой адаптации, а также сенсорная комната, залы для развития крупной и мелкой моторики, кабинеты с биологической обратной связью, кабинет игротерапии, зал для арт-терапии.

Курс реабилитации в среднем занимает более двух недель. Чтобы ребенок за этот период не отстал от школьной программы, в Центре работает госпитальная школа проекта «УчимЗнаем». Здесь проходят полноценные уроки со школьными учителями, которые помогают юным пациентам получать необходимые знания. Кроме того, для детей предусмотрены дополнительные занятия, в том числе творческой направленности.

Для маленьких пациентов и их родителей созданы комфортные условия пребывания: одноместные или двухместные палаты, полностью отвечающие всем современным требованиям. Организованы зоны для игр, досуга, творческие пространства: картинная галерея, выставка дымковской игрушки и другие арт-объекты.

В декабре 2024 года при поддержке Минздрава России в Центре медицинской реабилитации РДКБ открылось отделение реанимации, интенсивной терапии

и реабилитации с применением технологии РеабИТ под руководством заслуженного врача России Г.П. Брюсова. Это отделение является первым в России в практике детских лечебных учреждений. Для взрослого населения данная технология разработана и внедрена ранее доктором медицинских наук, профессором А.А. Белкиным в Екатеринбургe.

Технологии интенсивной терапии в виде аппаратного мониторинга, частичного или полного замещения витальных функций создают для пациента статус утраты автономности жизнедеятельности. Парадокс интенсивной терапии в том, что комплекс жизнесберегающих технологий сам по себе становится причиной длительного и/или неполного восстановления, снижения качества жизни, то есть приводит к более значимым последствиям, чем при неотложном состоянии, по поводу которого ребенку оказывалась помощь в отделении реанимации и интенсивной терапии. Это явление получило название синдрома последствий интенсивной терапии (ПИТ-синдром, ПИТС). Патофизиологическую основу составляет феномен «наученного неиспользования» (феномен *learned non-use*), «искусственного функционального бездействия». Суть данного состояния заключается в том, что двигательное бездействие и когнитивная изоляция способствуют сенсомоторному разобщению, то есть нарушению целостности условных и безусловных рефлекторных циклов.

Жизненно важно сохранение реабилитационного потенциала для восстановления преморбидного статуса социализированности, качества жизни ребенка, степени его физической и когнитивной активности посредством профилактики ПИТС, обусловленного иммобилизацией, когнитивными и социально-бытовыми ограничениями, как неизбежным сопутствующим эффектом использования методов интенсивной терапии и реанимации, необходимых для лечения неотложного состояния и спасения пациента.

На этапе отделения реанимации, интенсивной терапии и реабилитации основной

Таблица 4. Окончание

Регион РФ	Количество пациентов, прошедших второй этап медицинской реабилитации на базе РДКБ	Количество пациентов, прошедших второй этап медицинской реабилитации на базе ФДРЦ «Кораблик»
Саратовская область	4	37
Саха /Якутия/ Республика	14	17
Сахалинская область	6	18
Свердловская область	2	60
Севастополь город	12	11
Северная Осетия – Алания Республика	8	23
Смоленская область	25	50
Ставропольский край	28	96
Тамбовская область	8	67
Татарстан Республика	31	46
Тверская область	1	86
Томская область	41	12
Тульская область	22	90
Тыва Республика	3	16
Тюменская область	21	131
Удмуртская Республика	7	43
Ульяновская область	16	34
Хабаровский край	8	36
Хакасия Республика	14	6
Ханты-Мансийский Автономный округ – Югра автономный округ	1	51
Херсонская область	12	4
Челябинская область	24	36
Чеченская Республика	4	94
Чувашская Республика – Чувашия	11	36
Чукотский автономный округ	2	5
Ямало-Ненецкий автономный округ	13	82
Ярославская область	2	51

упор делается именно на восстановление утраченных функций, и эта утрата проявляется в виде развития полимионейропатии критических состояний (ПНМКС) у больного ребенка: диффузном снижении

Таблица 5. Распределение пациентов в ФДРЦ «Кораблик» по профилям оказания медицинской помощи в 2024 году

Профиль оказания медицинской помощи	Количество пациентов
Неврологические	141
Реабилитационные соматические	1587
Реабилитационные для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы	848
Реабилитационные для больных с заболеваниями центральной нервной системы и органов чувств	3029
Итого	5605

силы в конечностях; респираторной мионейропатии, приводящей к удлинению сроков респираторной поддержки из-за слабости дыхательной мускулатуры и диафрагмы; снижении толерантности к нагрузкам (слабость) и одышке при минимальной двигательной активности в связи с постпневмоническим фиброзом; осложнениям вынужденного позиционирования («bed-rest» и пропозияция): травме плечевого сплетения, «свисающим» столам и ранним подошвенным сгибательным контрактурам, пролежням; ортостатической недостаточности при высаживании; нарушению пассажа мочи и склонности к уролитиазу; констипации; осложнению наученного неиспользования: дисфагии из-за трахеопищеводного разобщения (зонд + эндотрахеальная трубка или трахеостома); делирию; хронизирующемуся болевому синдрому (мышечно-суставной, нейропатический); эмоционально-когнитивным нарушениям (депрессии; снижению памяти); диссомнии.

Критериями для госпитализации в специализированное отделение реанимации, интенсивной терапии и реабилитации для проведения мероприятий

Таблица 6. Распределение пациентов в ФДРЦ «Кораблик» по возрастам в 2024 году

Возрастные группы	0–4 года	4–8 лет	8–13 лет	13–17 лет
Всего	1722	1303	1455	1125
Из них детей-инвалидов	1037 (60,2%)	902 (69,2%)	1001 (68,8%)	726 (64,5%)

по медицинской реабилитации пациентам с ПИТС, находящимся в хроническом критическом состоянии (ХКС) и/или с хронической недостаточностью сознания (ХНС) являются:

- окончание острого периода заболевания (стабильная клиническая и рентгенологическая картина в легких, но продолжающееся замещение витальных функций);
- пребывание в отделении реанимации и интенсивной терапии более 20 дней; продолжительность ИВЛ более 14 дней;
- низкий уровень сознания или функционально-личностные изменения;
- последствия длительной иммобилизации: спастический синдром, дегенеративные изменения в суставах;
- нарушение нутритивного статуса в связи с длительной иммобилизацией;
- пациенты, у которых применение средств и методов реабилитации сопровождается высоким риском дестабилизации витальных функций.

Обязательными условиями для перевода в отделение реанимации, интенсивной терапии и реабилитации (РеабИТ) являются: наличие у ребенка обоснованного реабилитационного потенциала, стабильная клиническая и гемодинамическая картина, но, при этом, возможное и потенциальное продолжение замещения витальных функций.

В конце декабря 2024 года министр здравоохранения РФ М.А. Мурашко посетил РДКБ и ознакомился с работой уникального отделения, где впервые в стране для детей внедрена технология реабилитации в реанимации «РеабИТ» (рис. 7, 8). Первыми пациентами отделения РеабИТ стали шесть детей с тяжелейшими травмами, полученными в результате ДТП и чрезвычайных происшествий, которые длительное время находились в условиях интенсивной терапии по месту жительства. Среди первых пациентов – дети из Курской области и Луганской Народной Республики. Они получили серьезные внутричерепные травмы и поступили в РДКБ в тяжелом состоянии. Команде врачей удалось достичь больших успехов: ясного сознания у пациентов и их

вертикализации. В январе 2024 г. эти дети были переведены в профильные отделения РДКБ.

Специализированное отделение РеабИТ позволяет оказывать медицинскую помощь пациентам в тяжелом и крайне тяжелом состоянии на новом качественном уровне. Технологически сложная реабилитация в реанимации сегодня активно применяется во взрослой медицине, а отделение РеабИТ РДКБ распространяет этот подход на педиатрическую практику. Здесь получают шанс на восстановление пациенты, которые сохранили реабилитационный потенциал, несмотря на тяжесть состояния и длительное пребывание в реанимации. Отделение РеабИТ объединяет в своей работе мультидисциплинарный подход к каждому ребенку и «золотой стандарт» реабилитации, применяемый в РДКБ для оказания помощи пациентам с самыми тяжелыми заболеваниями. Взаимодействие реаниматологов и бригад реабилитологов обеспечивает подбор индивидуальной программы восстановления. Раннее начало реабилитации помогает предотвратить развитие тяжелых осложнений длительной интенсивной терапии

(ПИТ-синдрома), способствует сохранению и восстановлению физиологического и социального статуса пациента после перенесенного критического состояния. Круг специалистов для лечения ребенка определяет врач физической и реабилитационной медицины на основании состояния пациента и непрерывного мониторинга его реабилитационного потенциала. Непосредственно в реанимации врачи и инструкторы ЛФК, эрготерапевты, физиотерапевты, логопеды, психологи, неврологи работают над восстановлением физической активности и утраченных навыков, проводят физиотерапевтические процедуры и ЛФК, отслеживают психологический и неврологический статус маленького пациента.

Открытие отделения реанимации, интенсивной терапии и реабилитации (РеабИТ) впервые в России в педиатрической практике в Центре медицинской реабилитации многопрофильного детского федерального стационара позволяет полностью реализовать персонализированный и персонифицированный подход к комплексной реабилитации пациентов одной междисциплинарной командой

Рисунок 7. Посещение министром здравоохранения РФ М.А. Мурашко первого в России детского отделения реанимации, интенсивной терапии и реабилитации с технологией «РеабИТ» Центра медицинской реабилитации РДКБ, декабрь 2024 года



Рисунок 8. Коллектив первого в России детского отделения реанимации и реабилитации с технологией «РеабИТ» Центра медицинской реабилитации РДКБ



специалистов в рамках «замкнутого цикла» в одной медицинской организации, с преемственностью подходов к восстановлению пациента, возможностью ведения пациентов с сочетанной патологией, «трудным», неочевидным диагнозом, развитием интеркуррентных заболеваний, в том числе при развитии критических и неотложных состояний. Планируется открытие аналогичного отделения в ФДРЦ «Кораблик» с преемственной передачей лучших практик и опыта в рамках Центра медицинской реабилитации РДКБ.

Центр медицинской реабилитации РДКБ, возглавляемый профессором, доктором медицинских наук О.А. Лайшевой, включает: отделения I и II этапов медицинской реабилитации на основной территории стационара и в ФДРЦ «Кораблик», отделение реанимации, интенсивной терапии и реабилитации (РеабИТ), использует все возможности крупнейшей детской

федеральной многопрофильной университетской клиники России, на сегодняшний день не имеет аналогов в детском здравоохранении России.

Центр медицинской реабилитации РДКБ, являясь не только научно-практическим, но и образовательным Центром крупнейшей федеральной университетской клиники, при поддержке Минздрава России, продолжает развитие, внедряет не только новые научно-практические медицинские методы комплексной реабилитации в ежедневную педиатрическую практику, но и образовательные технологии для заинтересованных специалистов всех регионов России и зарубежья, тиражирует лучшие практики детского здравоохранения для повышения эффективности, качества и доступности многопрофильной медицинской помощи детям и подросткам.

УДК 614.2

В.С. ФИСЕНКО¹, канд. фарм. наук, первый заместитель министра здравоохранения Российской Федерации, fisenkovs@minzdrav.gov.ru

О.С. КОБЯКОВА², д-р мед. наук, профессор, директор kobyakovaos@mednet.ru

В.С. ВЫСКОЧКОВ², младший научный сотрудник отдела научных основ организации здравоохранения, vyskochkovvs@mednet.ru

Д.С. ТЮФИЛИН², начальник управления стратегического развития здравоохранения, tyufilinds@mednet.ru

В.А. МЕДВЕДЕВ², ведущий специалист управления стратегического развития здравоохранения, medvedevva@mednet.ru

И.А. ДЕЕВ³, д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры управления, экономики здравоохранения и медицинского страхования kafedra-rgm@mail.ru

Анализ уровня удовлетворенности населения медицинской помощью в Российской Федерации за 2023–2024 гг.

¹ Министерство здравоохранения Российской Федерации, 127994, Российская Федерация, г. Москва, Рахмановский пер., д. 3/25. Ministry of Health of the Russian Federation, 3/25 Rakhmanovsky Lane, Moscow, 127994, Russian Federation.

² Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 127254, Российская Федерация, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11. Federal State Budgetary Institution "Central Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Informatization" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 11, Dobrolyubova str., Moscow, 127254, Russian Federation.

³ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» (Пироговский университет) Минздрава России, 117513, Российская Федерация, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1 стр. 6. Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov" (Pirogov University) Ministry of Health of the Russian Federation, 1, building 6, Ostrovityanova str., 117513, Russian Federation.

Ключевые слова: удовлетворенность пациентов медицинской помощью, оценка качества и эффективности медицинской помощи, пациентоориентированный подход, результативность системы здравоохранения, федеральный проект «Модернизация первичного звена здравоохранения»

Для цитирования: Фисенко В.С., Кобякова О.С., Выскочков В.С., Тюфиллин Д.С., Медведев В.А., Деев И.А. Анализ уровня удовлетворенности населения медицинской помощью в Российской Федерации за 2023–2024 гг. // Вестник Росздравнадзора. – 2025. – № 2. – С. 79–86.

For citation: Fisenko V.S., Kobyakova O.S., Vyskochkov V.S., Tyufilin D.S., Medvedev V.A., Deev I.A. Analysis of the level of population satisfaction with medical care in the Russian Federation for 2023–2024 // Vestnik Roszdravnadzora. – 2025. – Vol. 2. – P. 79–86.

Fisenko V.S., Kobyakova O.S., Vyskochkov V.S., Tyufilin D.S., Medvedev V.A., Deev I.A.

Analysis of the level of population satisfaction with medical care in the Russian Federation for 2023–2024

The paper presents the main results obtained during monitoring the level of population satisfaction with medical care for 2023–2024. The analysis was conducted both for the general indicator "Level of population satisfaction with medical care" and for the domains: "Availability of an appointment", "Waiting for medical care", "Interaction with medical organization personnel", etc.

Over the past two years, there has been a steady increase in the average annual indicator "General level of satisfaction of the population with medical care", indicating a positive effect from the implementation of comprehensive measures within the framework of national and federal projects. However, there has been a slowdown in the growth rate of this indicator, which highlights the need to develop and implement additional measures aimed at further improving the quality and accessibility of medical services.

An important step in this direction will be the continuation of the primary health care modernization project, planned for implementation from 2026, as well as the launch of the national project "Long and Active Life".

Keywords: patient satisfaction with medical care, assessment of the quality and effectiveness of medical care, patient-oriented approach, effectiveness of the healthcare system, federal project "Modernization of primary health care"

В работе приведены основные результаты, полученные в ходе мониторинга уровня удовлетворенности населения медицинской помощью за 2023–2024 гг. Анализ проводился как по общему показателю «Уровень удовлетворенности населения медицинской помощью», так и по доменам: «Доступность записи на прием», «Ожидание медицинской помощи», «Взаимодействие с персоналом медицинской организации» и др.

За последние два года отмечается устойчивый рост среднегодового показателя «Общий уровень удовлетворенности населения медицинской помощью», свидетельствующий о положительном эффекте от реализации комплексных мероприятий в рамках национальных и федеральных проектов. Однако наблюдается замедление темпов роста данного показателя, что подчеркивает необходимость разработки и внедрения дополнительных мер, направленных на дальнейшее повышение качества и доступности медицинских услуг.

Важным шагом в этом направлении станет продолжение проекта модернизации первичного звена здравоохранения, запланированное к реализации с 2026 года, а также запуск национального проекта «Продолжительная и активная жизнь».

Введение

Удовлетворенность пациентов медицинской помощью стала одним из ключевых параметров, используемых для оценки качества оказания медицинской помощи и ее эффективности с точки зрения достижения результатов, ориентированных на пациента, его потребности и нужды [1]. С одной стороны, уровень удовлетворенности отражает эффективность внедрения пациентоориентированного подхода, с другой, показывает, как пациенты относятся к системе здравоохранения в целом, включая ее результативность [2].

Измерение уровня удовлетворенности населения медицинской помощью во многих странах уже стало рутинной практикой и неотъемлемой частью оценки результативности отдельных медицинских организаций и систем здравоохранения в целом [3, 4]. В Российской Федерации с 2022 г. измерение уровня удовлетворенности населения медицинской помощью инициировано в рамках федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения» и регламентируется приказом Минздрава России от 19.07.2022 № 495 «Об утверждении методики расчета дополнительного показателя “Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент” федерального проекта “Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации”, входящего в национальный проект “Здравоохранение”» [5]. Для мониторинга данного

показателя используется валидированный однофакторный опросник «Удовлетворенность пациентов медицинской помощью», который позволяет оценить как общий уровень удовлетворенности населения медицинской помощью на уровне региона, так и отдельно по девяти доменам удовлетворенности [6].

Данные, получаемые в ходе всероссийского мониторинга уровня удовлетворенности населения медицинской помощью, используются для разработки соответствующих мероприятий как на региональном, так и на федеральном уровне [3].

Цель работы

Представить основные результаты, полученные в ходе мониторинга уровня удовлетворенности населения медицинской помощью за 2023–2024 гг.

Методы и материалы

Общее число респондентов, чьи данные включены в анализ, составило 1 028 314 чел., из них 466 909 (45,4%) – мужчины, 561 404 (54,6%) – женщины. В сельской местности проживало 290 211 (28,2%) респондентов, в городах – 738 102 (71,8%). Представленное распределение популяции соответствовало таковому в целом по Российской Федерации согласно Федеральной службе государственной статистики [7]. Важно отметить, что 698 810 (68,0%) респондентов получали медицинскую помощь в течение 1–6 месяцев до момента проведения

опроса, а 329 272 чел. (32,0%) – более 6 месяцев назад.

Анализ проводился как по общему показателю «Уровень удовлетворенности населения медицинской помощью», так и по доменам: «Доступность записи на прием», «Ожидание медицинской помощи», «Ожидание у кабинета врача», «Комфорт пребывания в медицинской организации», «Взаимодействие с персоналом медицинской организации», «Объяснение назначений», «Соответствие ожиданиям», «Решение медицинских проблем» и «Лояльность медицинской организации».

Годовое значение показателя определяется как среднеарифметическое за 12 месяцев календарного года. В Российской Федерации оценка этих показателей осуществляется посредством вычисления взвешенных долей для каждого домена удовлетворенности (d) в период 2023–2024 гг. Для этого используется следующая формула:

$$\pi^{(d)} = \sum_{i=1}^r w_i \pi_i^{(d)},$$

где:

$\pi^{(d)}$ – итоговая взвешенная доля удовлетворенных в домене (d) по всей России в период 2023–2024 гг.;

$\pi_i^{(d)}$ – доля удовлетворенных в домене (d) в i -ом регионе за период 2023–2024 гг.;

w_i – вес региона i -ом регионе, пропорциональный его населению;

r – количество регионов.

Вес региона w_i определяется следующим образом:

$$w_i = \frac{N_i}{\sum_{i=1}^r N_i},$$

где:

N_i – численность населения региона на 1 января предыдущего года к опросу.

Аналогично вычислены доли по всем признакам относительно подвыборок. Подробно требования к выборке и правила проведения опроса указаны в приказе Минздрава России от 19.07.2022 № 495 [5].

Для проведения сравнительного анализа данных использовался критерий хи-квадрат Пирсона с корректировкой

Рао-Скотта. Применение данной корректировки обусловлено необходимостью учета возможных диспропорций в дизайне выборки, что позволяет минимизировать систематические ошибки и получать более точные статистические оценки. Такой подход обеспечивает корректность интерпретации результатов, особенно в случаях, когда выборка имеет сложную многослойную структуру или значительные различия в весах наблюдений.

Результаты

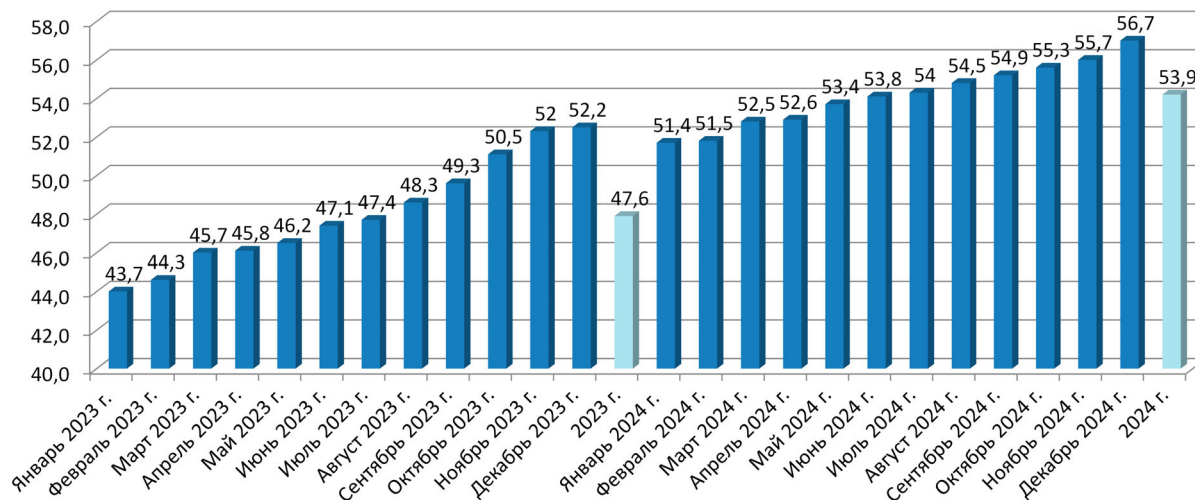
Максимальный общий уровень удовлетворенности населения медицинской помощью по итогам оценки по Российской Федерации составил 56,7% (декабрь 2023 г.), минимальный – 43,7% (январь 2022 г.), данные представлены на *рисунке 1*.

При сравнении доли удовлетворенных граждан по уровню общей удовлетворенности и ее отдельным доменам в разрезе сроков получения медицинской помощи и возрастным группам участников были выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) по всем изучаемым параметрам. Результаты анализа представлены в *таблице 1*.

Существенно большая доля удовлетворенных медицинской помощью граждан по всем доменам, кроме «Решения медицинских проблем», была в группе получавших медицинскую помощь менее одного месяца назад. Меньшая доля лиц, удовлетворенных медицинской помощью, по домену «Решение медицинских проблем» зафиксирована в группе респондентов, получавших медицинскую помощь менее одного месяца назад, по показателю «Удовлетворенность населения медицинской помощью» – от четырех до шести месяцев назад и более года назад, по остальным доменам – от четырех до шести месяцев назад.

По всем доменам, кроме «Отношение персонала медицинской организации» статистически большая доля удовлетворенных зафиксирована в группе 18–24 лет по сравнению с остальными участниками. Вместе с тем, статистически значимо меньшая доля лиц, удовлетворенных медицинской помощью, зафиксирована абсолютно

Рисунок 1. Общий уровень удовлетворенности населения медицинской помощью в Российской Федерации, %



по всем доменам в группе старше 65 лет по сравнению с остальными участниками.

По доменам «Решение медицинских проблем», «Доступность записи на прием» и «Ожидание медицинской помощи» доля удовлетворенных граждан была выше среди женщин, а по доменам «Ожидание у кабинета врача», «Комфорт пребывания в медицинской организации», «Отношение

персонала медицинской организации», «Объяснение назначений», «Соответствие ожиданиям» – у мужчин. Результаты сравнения представлены в *таблице 2*.

Доля удовлетворенных граждан также была выше среди жителей сельской местности по общей удовлетворенности и всем доменам, кроме «Комфорт пребывания в медицинской организации».

Таблица 1. Доля удовлетворенных респондентов в зависимости от возрастной группы и срока получения медицинской помощи, %

№ п/п	Домен	Срок получения медицинской помощи (месяцев назад)					Возрастная группа, лет				
		<1	1–3	4–6	7–12	>12	18–24	25–34	35–44	45–64	>65
1	Решение медицинских проблем	73,2	75,9	77,5	78,1	74,7	79,7	79,1	76,9	74,5	72,3
2	Доступность записи на прием	39,4	35,7	34,4	36,5	37,8	41,2	39,3	37,5	35,1	33,6
3	Ожидание медицинской помощи	37,9	35,2	34,3	36,0	36,0	39,7	39,0	36,5	34,3	32,6
4	Ожидание у кабинета врача	43,4	39,4	37,7	39,2	38,4	42,5	41,5	40,2	38,5	38,0
5	Комфорт пребывания в медицинской организации	52,6	49,4	47,6	48,5	47,5	51,8	51,3	50,0	48,1	47,0
6	Отношение персонала медицинской организации	56,9	52,9	50,7	51,2	51,6	54,6	54,7	53,3	51,7	51,3
7	Объяснение назначений	55,5	51,4	49,1	49,9	50,1	54,0	53,7	51,5	50,1	49,5
8	Соответствие ожиданиям	48,4	44,9	43,0	43,9	43,8	48,7	47,7	45,7	43,2	42,1
9	Лояльность медицинской организации	48,9	45,8	44,2	44,8	45,0	49,6	48,1	46,8	44,2	43,3
10	Общая удовлетворенность	49,6	47,2	46,6	47,6	46,6	52,3	50,7	48,0	45,8	44,8

Таблица 2. Распределение удовлетворенных респондентов по доменам показателя и характеристикам граждан, %

Домен, %	Доля удовлетворенных респондентов	Пол		р	Место проживания		
		Мужской	Женский		Город	Село	р
Решение медицинских проблем	75,9	75,2	76,6	0	75,4	77	0
Доступность записи на прием	36,6	36,5	36,7	0,008	35,6	39	0
Ожидание медицинской помощи	35,8	35,5	36,2	0	34,9	38	0
Ожидание у кабинета врача	39,6	39,9	39,3	0	39,3	40,4	0
Комфорт пребывания в медицинской организации	49,2	49,8	48,4	0	49,3	48,8	0
Отношение персонала медицинской организации	52,8	53,2	52,2	0	52,4	53,5	0
Объяснение назначений	51,3	51,8	50,6	0	51	52	0
Соответствие ожиданиям	44,8	45	44,6	0,005	44,5	45,5	0
Лояльность медицинской организации	45,8	45,8	45,7	0,093	45,5	46,4	0
Общий уровень удовлетворенности	47,5	47,4	47,7	0,125	47,1	48,5	0

Примечание: данные представлены в виде процента, р – уровень статистической значимости при сравнении частоты встречаемости удовлетворенных респондентов по доменам между мужчинами и женщинами, теми, кто проживает в городе или сельской местности, а также теми, кто пользуется услугами частных или государственных медицинских организаций.

Отдельно сравнивались средние значения показателя «Общий уровень удовлетворенности» за период с января 2023 г. по декабрь 2024 г. между федеральными округами Российской Федерации.

Максимальный уровень был зафиксирован в Северо-Западном федеральном округе (53,7%), минимальный – в Дальневосточном (45,4%). Результаты представлены на рисунке 2.

Рисунок 2. Сравнение федеральных округов (ФО) Российской Федерации по среднему уровню удовлетворенности населения медицинской помощью за период с января 2023 г. по декабрь 2024 г., %

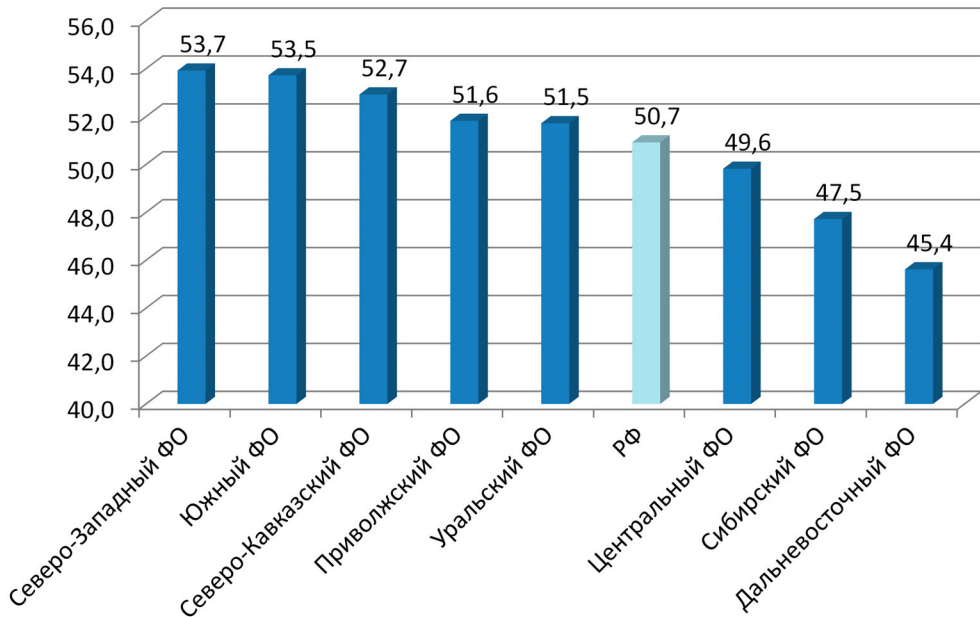
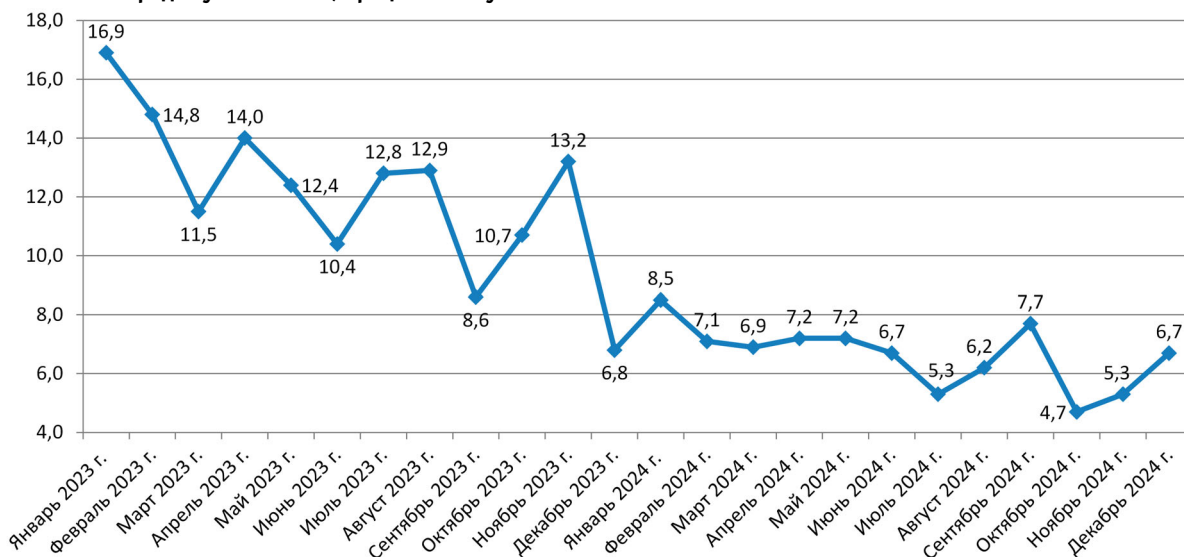


Рисунок 3. Динамика разницы между максимальным и минимальным уровнем удовлетворенности среди субъектов РФ, процентные пункты



Кроме этого, было зафиксировано снижение уровня разброса значений показателя (разница между максимальным и минимальным уровнем среди федеральных округов Российской Федерации, *рисунок 3*). Выявлено, что максимальный разброс был зафиксирован в январе 2023 г. (16,9 п.п.), минимальный – в октябре 2024 г. (4,7 п.п.).

Обсуждение

За последние два года отмечается устойчивый рост среднегодового показателя «Общий уровень удовлетворенности населения медицинской помощью»: с 47,6 % в 2023 году до 53,9 % в 2024 году. Данная положительная динамика может быть связана с реализацией комплекса мер в рамках национального проекта «Здравоохранение». В частности, значительный вклад в улучшение ситуации внесли создание и реконструкция более 6,5 тыс. объектов

здравоохранения, что способствовало повышению доступности первичной медико-санитарной помощи для населения.

Однако в 2024 году при помесечной оценке наблюдается замедление темпов роста показателя по сравнению с предыдущим годом. Это явление может быть объяснено закономерностями, связанными с феноменом удовлетворенности: как показывают многочисленные исследования, чем выше достигнутый уровень удовлетворенности, тем сложнее обеспечить его дальнейшее повышение при использовании уже реализуемых мер. Таким образом, выход на плато является ожидаемым этапом, который подчеркивает необходимость разработки и внедрения новых подходов и инструментов для дальнейшего улучшения качества медицинской помощи [3].

Потенциал для увеличения уровня удовлетворенности существует на уровне внедрения пациентоцентричного управления на уровне медицинских организаций. Подходы к такому внедрению, в частности, заложены в Стандарте системы управления медицинской организацией, направленном на повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью (СТИ-МУЛ), а также в Методических рекомендациях для руководителей медицинских

Потенциал для увеличения уровня удовлетворенности существует на уровне внедрения пациентоцентричного управления на уровне медицинских организаций.

организаций первичного звена здравоохранения [8, 9].

В ходе проведенного исследования были выявлены дополнительные факторы, которые могут способствовать разработке эффективных мер по поддержанию высокого уровня удовлетворенности медицинской помощью и обеспечению его дальнейшего роста. Одним из ключевых аспектов, требующих особого внимания, является работа с представителями старшего поколения. Согласно данным исследования, молодые респонденты в целом оценивают качество медицинской помощи выше, чем представители старшей возрастной группы. При этом пожилые люди, как правило, чаще взаимодействуют с системой здравоохранения и выражают более критичное отношение в рамках социологических опросов. Устранение существующих барьеров, таких как транспортные, организационные и информационные, может существенно повысить уровень удовлетворенности среди пожилых граждан [10–12].

Кроме того, исследование показало, что уровень удовлетворенности медицинской помощью выше среди жителей сельских территорий, за исключением показателя «Комфорт пребывания в медицинской организации». Это связано с меньшим потоком пациентов в сельских медицинских учреждениях по сравнению с городскими, что способствует сокращению времени ожидания приема, снижению нагрузки на медицинский персонал и позволяет врачам уделять больше внимания каждому пациенту. Эти факторы положительно влияют на удовлетворенность по таким параметрам, как «Объяснение назначений» и «Отношение персонала медицинской организации».

Анализ региональной специфики выявил неоднородность уровня удовлетворенности

медицинской помощью в различных федеральных округах. Центральный федеральный округ демонстрирует относительно низкие значения удовлетворенности, что может быть обусловлено более высокими ожиданиями населения от системы здравоохранения. В то же время Южный и Северо-Кавказский федеральные округа характеризуются повышенной лояльностью населения к системе здравоохранения, что может быть связано с региональными особенностями и уровнем доступности медицинской помощи.

Выводы

Подводя итоги, можно констатировать, что значительный рост уровня удовлетворенности медицинской помощью за последние два года свидетельствует о положительном эффекте от реализации комплексных мероприятий в рамках национальных и федеральных проектов. Однако наблюдаемое замедление темпов роста данного показателя подчеркивает необходимость разработки и внедрения дополнительных мер, направленных на дальнейшее повышение качества и доступности медицинских услуг.

Важным шагом в этом направлении станет продолжение проекта модернизации первичного звена здравоохранения, запланированное к реализации с 2026 года, а также запуск национального проекта «Продолжительная и активная жизнь». Эти инициативы могут существенно повлиять на факторы удовлетворенности, в том числе через трансформацию процессов и будут способствовать не только закреплению достигнутых высоких показателей удовлетворенности, но и обеспечению их устойчивого роста в долгосрочной перспективе.

ИСТОЧНИКИ

1. Kravitz R. Patient satisfaction with health care: critical outcome or trivial pursuit? / R. Kravitz // Journal of General Internal Medicine. – 1998. – № 13(4). – С. 280–282. – DOI 10.1046/j.1525-1497.1998.00084.x.
2. Теоретический конструкт понятия удовлетворенности пациентов медицинской помощью / Д.А. Шелегова, Д.С. Тюфилин, И.А. Деев, О.С. Кобякова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 2. – С. 1027–1047. – DOI 10.24412/2312-2935-2023-2-1027-1047.

3. Мировой опыт мониторинга удовлетворенности медицинской помощью: аналитический обзор / Д.С. Тюфилин, В.П. Чигрина, О.С. Кобякова, И.А. Деев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – Т. 32, № 2. – С. 215–222. – DOI 10.32687/0869-866X-2024-32-2-215-222.
4. Measuring Patient Experience and Patient Satisfaction-How Are We Doing It and Why Does It Matter? A Comparison of European and U. S. American Approaches / A.L. Friedel, S. Siegel, C.F. Kirshtein // Healthcare (Basel). – 2023. – № 11(6). – С. 797. – DOI 10.3390/healthcare11060797.
5. Приказ Минздрава РФ от 19.07.2022 № 495 «Об утверждении методики расчета дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», входящего в национальный проект «Здравоохранение» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-19072022-n-495-ob-utverzhdenii/> (дата обращения: 20.02.2025).
6. Разработка и валидация однофакторного опросника «Удовлетворенность пациентов медицинской помощью» / Л.Д. Чаргазия, Д.А. Шелегова, В.С. Выхочков [и др.] // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2023. – Т. 78, № 3. – С. 185–193. – DOI 10.15690/vramn2254.
7. ЕМИСС [Электронный ресурс]. URL: <https://fedstat.ru/indicator/43701> (дата обращения: 20.02.2025).
8. Разработка и апробация стандарта системы управления медицинской организацией, направленной на повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью / Д.С. Тюфилин, И.П. Шибалков, В.С. Выхочков, Д.А. Шелегова, И.А. Деев, О.С. Кобякова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 4. – С. 1106–1128.
9. Методические рекомендации для руководителей медицинских организаций первичного звена здравоохранения. Методические рекомендации / О.М. Драпкина, А.В. Концевая, Е.С. Иванова [и др.]. – М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2021. – 129 с. ISBN 978-5-6046966-0-6.
10. Использование цифровых медицинских сервисов пациентами пожилого возраста: основные барьеры и пути / О.В. Кунгурцев, Д.С. Тюфилин, А.В. Чукавина, А.В. Труханов, О.Н. Ткачева // Врач и информационные технологии. – 2024. – № 4. – С. 20–27. – DOI 10.25881/18110193_2024_4_20.
11. Факторы, влияющие на доверие пожилых пациентов к системе здравоохранения в России / А.В. Чукавина, В.С. Выхочков, Д.С. Тюфилин [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – № 1. – С. 1078–1095. – DOI 10.24412/2312-2935-2024-1-1078-1095.
12. Барьеры доступности и организационные барьеры при получении медицинской помощи пожилыми людьми / А.В. Чукавина, В.С. Выхочков, Д.С. Тюфилин [и др.] // Российский журнал гериатрической медицины. – 2024. – № 4(20). – С. 296–304. – DOI 10.37586/2686-8636-4-2024-296-304.

REFERENCES

1. Kravitz R. Patient satisfaction with health care: critical outcome or trivial pursuit? / R. Kravitz // Journal of General Internal Medicine. – 1998. – № 13(4). – P. 280–282. – DOI 10.1046/j.1525-1497.1998.00084.x.
2. What is patient satisfaction with medical care: an analytical review / D.A. Shelegova, D.S. Tyufilin, I.A. Deev, O.S. Kobayakova // Sovremennyye problemy` zdravooxraneniya i medicinskoj statistiki (Current problems of health care and medical statistics). – 2023. – № 2. – P. 1027–1047. – DOI 10.24412/2312-2935-2023-2-1027-1047. (In Russian).
3. Satisfaction with medical care: the analytical review / D.S. Tyufilin, V.P. Chigrina, O.S. Kobayakova, I.A. Deev // Problemi socialnoi gigieni, zdravooxraneniya i istorii meditsini. – 2024. – Vol. 32, № 2. – P. 215–222. – DOI 10.32687/0869-866X-2024-32-2-215-222. (In Russian).
4. Measuring Patient Experience and Patient Satisfaction-How Are We Doing It and Why Does It Matter? A Comparison of European and U. S. American Approaches / A.L. Friedel, S. Siegel, C.F. Kirshtein // Healthcare (Basel). – 2023. – № 11(6). – С. 797. – DOI 10.3390/healthcare11060797.
5. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated July 19, 2022 No. 495 “On approval of the methodology for calculating the additional indicator “Assessment of public opinion on population satisfaction with medical care, percentage” of the federal project “Modernization of primary health care in the Russian Federation”, included in the national project “Healthcare” [Website]. – Available at: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-19072022-n-495-ob-utverzhdenii/> (Accessed: 20.02.2025). (In Russian).
6. Development and Validation of the One-Factor Questionnaire “Patient Satisfaction with Medical Care” / L.D. Chargazia, D.A. Shelegova, V.S. Vyskochkov et al. // Vestnik Rossijskoj akademii medicinskix nauk (Annals of the Russian Academy of Medical Sciences). – 2023. – Vol. 78, № 3. – P. 185–193. – DOI 10.15690/vramn2254. (In Russian).
7. EMISS [Website]. URL: <https://fedstat.ru/indicator/43701> (Accessed: 20.02.2025). (In Russian).
8. Development and testing of a standard for a medical organization management system aimed at increasing patient satisfaction / D.S. Tyufilin, I.P. Shibalkov, V.S. Vyskochkov, D.A. Shelegova, I.A. Deev, O.S. Kobayakova // Sovremennyye problemy` zdravooxraneniya i medicinskoj statistiki (Current problems of health care and medical statistics). – 2023. – № 4. – P. 1106–1128. (In Russian).
9. Methodological recommendations for heads of primary health care organizations. Methodological recommendations / O.M. Drapkina, A.V. Kontsevaya, E.S. Ivanova [et al.]. – М.: FGBU “NMIC TPM” of the Ministry of Health of Russia, 2021. – 129 p. ISBN 978-5-6046966-0-6. (In Russian).
10. Use of digital health services by elderly patients: main barriers and solutions / O.V. Kungurtsev, D.S. Tyufilin, A.V. Chukavina, A.V. Trukhanov, O.N. Tkacheva // Vrach i informacionny`e tehnologii (Medical doctor and it). – 2024. – № 4. – P. 20–27. – DOI 10.25881/18110193_2024_4_20. (In Russian).
11. Factors affecting older patients' trust in the health care system in Russia / A.V. Chukavina, V.S. Vyskochkov, D.S. Tyufilin et al. // Sovremennyye problemy` zdravooxraneniya i medicinskoj statistiki (Current problems of health care and medical statistics). – 2024. – № 1. – P. 1078–1095. – DOI 10.24412/2312-2935-2024-1-1078-1095. (In Russian).
12. Barriers to accessibility and organizational barriers to health care for older people / A.V. Chukavina, V.S. Vyskochkov, D.S. Tyufilin et al. // Rossijskij zhurnal geriatricheskoj mediciny` (Russian Journal of Geriatric Medicine). – 2024. – № 4(20). – P. 296–304. – DOI 10.37586/2686-8636-4-2024-296-304. (In Russian).

УДК 614.2

И.В. БАЛАНИН¹, канд. экон. наук, председатель**О.В. ЦАРЕВА**¹, канд. мед. наук, заместитель председателя
otsareva@ffoms.gov.ru

Анализ трансформации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в период 2020–2025 годов

¹ Федеральный фонд обязательного медицинского страхования,
127994, Российская Федерация, г. Москва, ул. Новослободская, д. 37, корп. 4 А.
Federal Compulsory Medical Insurance Fund, 37, Novoslobodskaya st, Moscow, 127994, Russian Federation.

Ключевые слова: базовая программа обязательного медицинского страхования, профилактические мероприятия, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, медицинская реабилитация

Для цитирования: Баланин И.В., Царева О.В. Анализ трансформации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в период 2020–2025 годов // Вестник Росздравнадзора. – 2025. – № 2. – С. 87–92.

For citation: Balanin I.V., Tsareva O.V. Analysis of the program of state guaranties of free medical care for 2020–2025 // Vestnik Roszdravnadzora. – 2025. – Vol. 2. – P. 87–92.

Balanin I.V., Tsareva O.V.

Analysis of the program of state guaranties of free medical care for 2020–2025

The article presents the results of an analysis of the formation of the program of state guaranties of free medical care in terms of the basic compulsory medical insurance program of in 2020–2025. It has been revealed that the major ratio of resources is directed to early detection of diseases by means of increasing the volume of various screening programs. More than 100 million citizens will be able to receive consultations and diagnostic tests in 2025, while this figure was at the level of 63 million people in 2020. In addition, the possibilities of receiving specialized, including high-tech, care for the profiles of diseases that are the primary reasons of death, as well as medical rehabilitation, are expanding.

Keywords: basic program of compulsory medical insurance, preventive measures, specialized, including high-tech medical care, and medical rehabilitation

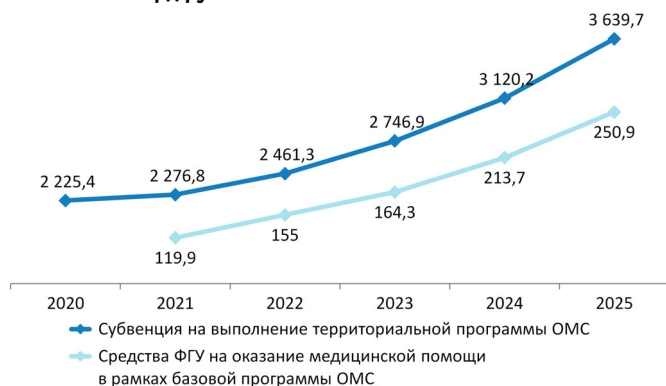
Введение

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа) устанавливает гарантированный объем медицинской помощи, оказываемый без взимания платы, а также служит одним из драйверов развития системы здравоохранения в Российской Федерации, вбирая в себя как рутинные технологии, так и эксклюзивные, высокотехнологичные методы лечения. Финансирование Программы обеспечивается за счет средств обязательного медицинского страхования (базовая Программа), а также бюджетных ассигнований федерального и регионального бюджетов. Настоящий обзор будет посвящен трансформации базовой Программы в период 2020–2025 годов. Указанный период был сопряжен как с вызовами борьбы с COVID-19, так и с мероприятиями, направленными на стабилизацию процессов,

В статье представлены результаты анализа формирования программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования в период 2020–2025 годов. Выявлено, что основная концентрация ресурсов направляется на раннее выявление заболеваний путем увеличения объемов проведения различных скрининговых программ. В 2025 году более 100 млн граждан смогут получить консультации и диагностические исследования, в то время как в 2020 году этот показатель был на уровне 63 млн человек. Кроме того, расширяются возможности получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, помощи по профилям заболеваний, являющимся основными причинами смертности, а также медицинской реабилитации.

связанных с постковидным периодом. Вместе с этим, несмотря на модификацию подходов как к формированию натуральных (объемных) показателей, так и финансовых, неизменной оставалась человекоцентричность, включая концентрацию

Рисунок 1. Финансовое обеспечение базовой Программы, млрд руб.



ресурсов в целях сохранения жизни и здоровья граждан нашей страны.

Цель работы

Проведение сравнительного анализа формирования базовой Программы период с 2020 по 2025 годы в Российской Федерации.

Материал и методы

Проведен анализ объемных и финансовых показателей, предусмотренных базовой Программой, в период 2020-2025 годов. Использованы методы сравнительного, логического и графического анализов.

Результаты и обсуждение

Объем финансирования базовой Программы в период с 2020 по 2025 год

увеличился на 74% – с 2,2 трлн рублей в 2020 году до 3,9 трлн рублей в 2025 году (без учета дополнительно направленных средств в соответствии с отдельными решениями Правительства Российской Федерации) (рис. 1). С 2021 года финансовое обеспечение специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителя в отношении которых осуществляет Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (ФГУ), выведен в отдельный пул расходов Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Данное решение позволило сконцентрировать ресурсы и увеличить доступность наиболее затратоемкой высокотехнологичной медицинской помощи для граждан, независимо от региона их проживания.

Вторым фактором, существенно повлиявшим на формирование базовой Программы в период 2021–2023 годов, можно назвать распространение заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). В данном временном промежутке вводились дополнительные элементы как финансирования медицинских организаций, включая авансирование оплаты медицинской помощи в размере до одной двенадцатой объема годового финансового обеспечения предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, распределенного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, без учета фактического выполнения объемов предоставления медицинской помощи, так и отдельные нормативы исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, а также включение программы углубленной диспансеризации и установление отдельных тарифов как на лечение коронавирусной инфекции, так и медицинской реабилитации после нее.

Рисунок 2. Норматив объема и финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной помощи

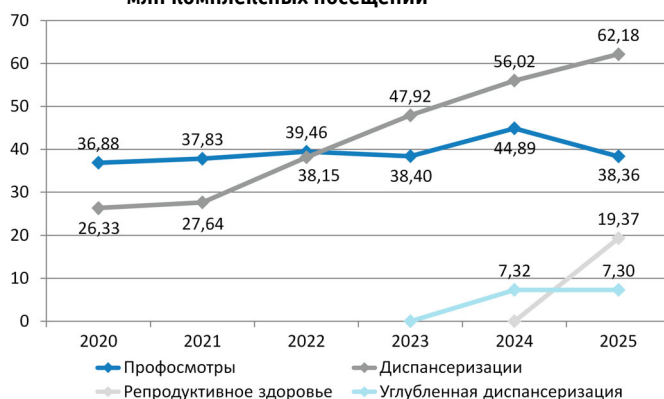


Эволюцию формирования базовой Программы предлагается рассмотреть в разрезе видов и условий оказания медицинской помощи.

Скорая медицинская помощь. Подходы к формированию как объемных, так и финансовых показателей для планирования скорой медицинской помощи остаются в рассматриваемый период неизменными (рис. 2). В целях недопущения снижения доступности скорой медицинской помощи количество вызовов планируется на уровне 42 млн случаев. Несмотря на ежегодное увеличение финансирования службы скорой медицинской помощи (рост с 2020 года по 2025 год на 76%), новеллой базовой Программы на 2025 год стал нормативный запрет на использование медицинской организацией средств, полученных на оплату скорой медицинской помощи, на расходы в целях оказания иных видов медицинской помощи.

Первичная медико-санитарная помощь, оказываемая в амбулаторных условиях (за исключением медицинской реабилитации). Наиболее существенные изменения коснулись планирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях. Коррективы, прежде всего, были связаны с усилением профилактического направления, увеличением

Рисунок 3. Объемы комплексных посещений при прохождении профосмотров и диспансеризаций, млн комплексных посещений



доступности отдельных видов диагностических и лабораторных исследований, а также с включением в рутинную практику телемедицинских консультаций и технологий с применением искусственного интеллекта.

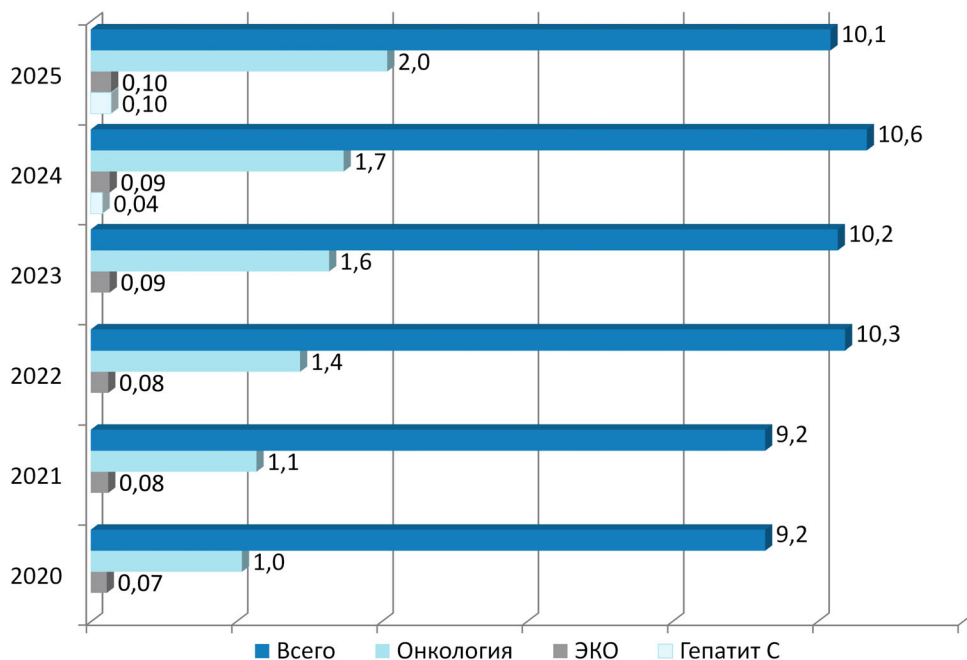
В настоящее время скрининговые исследования проходят более 100 млн человек, рост с 2020 года по 2025 год составил около 59% – с 63,2 млн случаев до 100,4 млн случаев профилактических осмотров и диспансеризации.

Усилия государства по сохранению репродуктивного потенциала населения нашли свое отражение во введенном впервые

Рисунок 4. Объемы проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, млн исследований



Рисунок 5. Объемы оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, млн случаев лечения



в 2024 году особым скрининге женщин и мужчин с 18 до 49 лет. В 2025 году более 19 млн граждан детородного возраста смогут провести углубленное исследование своей репродуктивной сферы (рис. 3).

Важным элементом предотвращения осложнений при уже установленном диагнозе является регулярное прохождение диспансерного наблюдения. В целях стимулирования медицинских организаций для работы с данным контингентом,

начиная с 2024 года базовой Программой предусматриваются отдельные нормативы для проведения диспансерного наблюдения, в первую очередь по основным хроническим неинфекционным заболеваниям (сердечно-сосудистая патология, онкологические заболевания и сахарный диабет). Чтобы приблизить к гражданам, страдающим указанными заболеваниями, получение соответствующих консультаций и диагностических исследований, а также увеличить комплаентность, базовой Программой установлена возможность проведения диспансерного наблюдения не только по месту жительства, но и по месту работы гражданина.

Последовательность решений по обеспечению граждан возможностью прохождения наиболее затратных диагностических исследований реализовано в базовой Программе путем установления отдельных нормативов. Спектр нормируемых медицинских услуг представлен компьютерной и магнитно-резонансной томографией, ультразвуковым исследованием сердечно-сосудистой системы, эндоскопическими исследованиями, молекулярно-генетическими и патолого-анатомическими исследованиями биопсийного материала с целью диагностики онкологических заболеваний, а также введенных в 2025 году

Рисунок 6. Объемы оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, млн случаев лечения

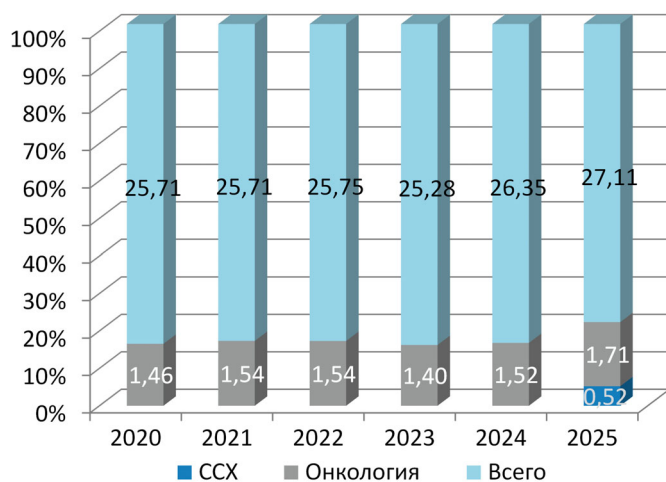


Рисунок 7. Трансформация ВМП в ОМС (Раздел I) за период с 2020 по 2025 годы

2020	2021	2022	2023	2024	2025
■ +18 методов	■ +3 метода	■ +3 метода	■ +5 методов	■ +26 методов	■ +43 метода
■ Онкология	■ Отоларингология ■ Педиатрия	■ Офтальмология ■ ССХ	■ Травматология ■ Офтальмология ■ Онкология	■ ССХ ■ Гинекология ■ Травматология ■ Педиатрия ■ Офтальмология ■ Урология	■ ССХ ■ Нейрохирургия ■ Травматология ■ Хирургия

позитронно-эмиссионной компьютерной томографии и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией. Динамика объемных показателей указанных диагностических исследований в период 2020–2025 годов представлена на *рисунке 4*.

Такие структуры, как Центры здоровья, должны наполниться новым смыслом – они должны быть модернизированы. Контроль за факторами риска, влияющими на снижение биологического возраста граждан, позволит на ранних стадиях выявить состояния, ассоциированные с ускорением биологического старения и предложить не только коррекцию образа жизни, но и подходы к замедлению старения. Начиная с 2025 года на данное направление работы с населением предусматривается финансирование в размере 13,3 млрд рублей для проведения более 4,7 млн консультаций.

Обобщая вышеизложенные факты, можно уверенно говорить не только о существенном увеличении финансирования оказания первичной медико-санитарной помощи (рост с 756,9 млрд рублей в 2020 году до 1,4 трлн рублей в 2025 году), но и о развитии механизмов, повышающих ее эффективность.

Первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь, оказываемая в условиях дневных стационаров, за исключением медицинской реабилитации. Развитие стационарозамещающих технологий находится в актуальной повестке при формировании базовой Программы. За последние годы изменилась структура медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара. Отмечается рост объемов медицинской

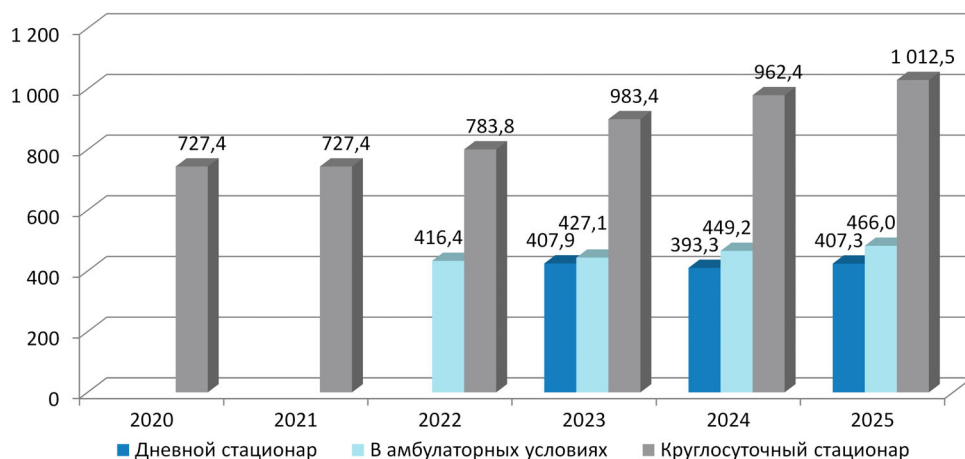
помощи по профилю «онкология», а также наращиваются объемы при проведении экстракорпорального оплодотворения, лечении гепатита С, расширяются возможности применения генно-инженерных препаратов для лечения широкого круга заболеваний в соответствии с клиническими рекомендациями (*рис. 5*).

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, оказываемая в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской реабилитации. Сравнительный анализ формирования объемных показателей при формировании базовой Программы показывает рост планируемых госпитализаций с 25,7 млн случаев в 2020 году до 27,1 млн случаев в 2025 году (*рис. 6*). Кроме того, базовой Программой в 2025 году предусмотрено установление нормативов для наиболее эффективных методов лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы: стентирование коронарных артерий, имплантация частотно-адаптированного кардиостимулятора,

Таблица 1. Уникальные методы ВМП (Раздел III) с 2022 по 2025 годы

Год	Профили ВМП	Группы ВМП	Методы ВМП
2022	Сердечно-сосудистая хирургия	8	6
	Трансплантация		2
2023	Сердечно-сосудистая хирургия	9	7
	Трансплантация		2
2024	Сердечно-сосудистая хирургия	9	7
	Трансплантация		2
2025	Сердечно-сосудистая хирургия	11	9
	Трансплантация		2

Рисунок 8. Объемы медицинской помощи при реабилитации, тыс. случаев лечения (госпитализаций)



эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца и оперативные вмешательства на брахиоцефальных артериях.

Увеличение объемов оказания стационарной помощи обусловлено как наращиванием помощи больным, страдающим онкологическими заболеваниями, так и существенным расширением спектра высокотехнологичной медицинской помощи, ранее финансируемой вне базовой Программы. В период с 2020 по 2025 год дополнительно в базовую программу было включено 98 методов лечения по наиболее востребованным профилям медицинской помощи (рис. 7).

Следует отметить, что, начиная с 2022 года, для граждан в рамках базовой Программы стали доступны наиболее эксклюзивные методы лечения по сердечно-сосудистой хирургии и трансплантации, включая открытое протезирование аорты, реконструкцию митрального клапана сердца по типу «край в край» и трансплантацию комплекса органов в различных сочетаниях (табл. 1).

Специализированная медицинская помощь по медицинской реабилитации, оказываемая в амбулаторных условиях, стационарных условиях и дневном стационаре. Существенные резервы полноценного восстановления функциональных возможностей различных систем организма и опорно-двигательного аппарата определяют поэтапное наращивание объемов медицинской помощи по профилю

«медицинская реабилитация». В период 2020–2025 годов в базовой Программе было запланировано от 727,4 тыс. случаев до 1,9 млн случаев проведения мероприятий по медицинской реабилитации граждан (рост в 2,6 раза) (рис. 8).

Базовой Программой предусмотрены как методы лечения с применением физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, так и технологии с применением сложных реабилитационных систем.

Заключение

Проведенный сравнительный анализ формирования базовой Программы в период 2020–2025 годов позволяет сделать вывод о корреляции установления основных объемных показателей медицинской помощи с национальными целями развития, определенными Президентом Российской Федерации: сохранение населения, здоровья и благополучия людей, а также повышение продолжительности жизни граждан до 78 лет к 2030 году.

Происходящие события, накладывающие отпечаток на качество жизни населения, в том числе пандемия из-за распространения коронавируса, специальная военная операция, также находят свое отражение в Программе путем расширения ее возможностей за счет увеличения объемов медицинской помощи, включения новых видов медицинской помощи, специализированной помощи, в том числе высокотехнологичной.



1945 2025

**С ПРАЗДНИКОМ
ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ!**

УДК 614.2-051:94(47).084.8

Т.А. ПОЛИНСКАЯ¹, канд. фарм. наук, руководитель

О.Б. СТАРЖИНСКАЯ², канд. мед. наук, и.о. ректора
starzhinskaya_ob@rostgmu.ru

М.А. ШИШОВ², д-р мед. наук, зав. кафедрой
медицинского права

Вместо диплома – удостоверение врача и призыв: «Родина в опасности. Она ждет вас!»: об «Огненном выпуске» Ростовского медицинского университета 1941 года

¹ Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Ростовской области, 344037, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, ул. Ченцова, д. 71в / 63в.
Territorial body of Roszdravnadzor for Rostov region, 71v / 63v, Chentsova str., Rostov-on-Don, 344037, Russian Federation.

² ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 344022, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, Нахичеванский переулок, д. 29.
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Rostov State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, 29 Nakhichevansky Lane, Rostov-on-Don, 344022, Russian Federation.

Для цитирования: Полинская Т.А., Старжинская О.Б., Шишов М.А. Вместо диплома – удостоверение врача и призыв: «Родина в опасности. Она ждет вас!»: об «Огненном выпуске» Ростовского медицинского университета 1941 года // Вестник Росздравнадзора. – 2025. – № 2. – С. 93–96.

For citation: Polinskaya T.A., Starzhinskaya O.B., Shishov M.A. Instead of a diploma – a doctor's certificate and a call: "The Motherland is in danger. It is waiting for you!": about the "Fiery graduation" of the Rostov Medical University in 1941 // Vestnik Roszdravnadzora. – 2025. – Vol. 2. – P. 93–96.

Polinskaya T.A., Starzhinskaya O.B., Shishov M.A.

Instead of a diploma – a doctor's certificate and a call: "The Motherland is in danger. It is waiting for you!": about the "Fiery graduation" of the Rostov Medical University in 1941

Великая отечественная война стала примером героизма и самоотверженности нашего многонационального народа, с честью прошедшего через все тяготы и невзгоды к победе над фашизмом. Победа далась дорогой ценой, она – плод совместных усилий фронтовиков-красноармейцев и тружеников тыла, свой значимый вклад внесли и медицинские работники. Широко известны слова маршала Советского Союза Ивана Христофоровича Баграмяна: «То, что сделано советской военной медициной в годы минувшей войны, по всей справедливости может быть названо подвигом. Для нас, ветеранов Великой Отечественной войны, образ

военного медика останется олицетворением высокого гуманизма, мужества и самоотверженности». Действительно на плечи советских медиков легла колоссальная нагрузка и огромная ответственность. Так, в период с 22 июня 1941 по сентябрь 1945 было госпитализировано более 22,3 млн человек, среди которых были и больные, не принимавшие непосредственного участия в боевых действиях¹. Было вылечено более 17 млн солдат – 70% раненых вернулись к нормальной жизни.

При этом вероломный характер нападения гитлеровской Германии и первоначально стремительное продвижение немецкой армии по территории Советского Союза

¹ Гладких П.Ф. Санитарные потери Красной армии в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. как объект профессиональной деятельности ее медицинской службы (к 70-летию победы) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – № 2. – С. 103–105.

привело к потере около 40% от общего количества врачей и 36% коечного фонда.² Перед организаторами здравоохранения стояли сложные задачи: было необходимо не только наладить медицинское обеспечение войск, в том числе посредством лечебно-эвакуационных мероприятий, но и восполнить потери медицинского персонала, своевременно эвакуировать госпитали, решать иные организационные вопросы. Отметим, что во время Великой отечественной войны погибли и пропали без вести более 84 тыс. медицинских работников, из них – более 5 тыс. врачей. Как следствие, подготовка врачебных кадров стала одной из первостепенных задач.

В 1940 году, до начала Великой отечественной войны, в СССР функционировало 72 высших медицинских учебных заведения.³ Среди них был Ростовский медицинский институт, выделенный в 1930 году из состава Северо-Кавказского государственного университета. В первые же дни войны с участием преподавателей и студентов мединститута прошли митинги. На одном из них ветеран трех войн (Русско-японской, Первой мировой и Гражданской), заслуженный деятель науки, профессор Павел Иосифович Эмдин сказал, что наш народ умеет воевать, у него есть опыт, сила и единодушие в стремлении к победе над врагом. Тогда же заслуженный деятель науки профессор Константин Хрисанфович Орлов закончил свою речь так: «Нас нельзя разбить, ибо нет такой силы, которая может нас сокрушить!».

В 1941 году в Ростовском медицинском институте (далее – РМИ) вышли три «огненных» приказа. Первым приказом РМИ от 30.06.1941 № 90 руководство института отзывало с производственной практики пятикурсников. Далее приказами от 20.08.1941 № 123 и от 16.10.1941 № 136А был организован досрочный

выпуск четверокурсников. Они прошли ускоренный курс обучения и получили навыки военно-медицинской практики. Основными направлениями подготовки специалистов стали вопросы переливания крови, хирургии, обезболивания, офтальмологии, фармакологии. В 1941 году в РМИ состоялся объединенный «огненный выпуск» студентов 5 и 4 курса, в рамках которого для нужд фронта было направлено 1386 медицинских работников. Вместо дипломов они получали удостоверение врача, которые им вручали со словами: «Родина в опасности. Она ждет вас!». Для них путевки наркома здравоохранения были заменены на мобилизационные листки военного комиссариата, и вчерашние студенты срочно следовали в разные города страны: Новороссийск, Сталинград, Ставрополь, Киев – где формировались полки, дивизии, бригады и армии. На Южном фронте молодых врачей направляли в полевые, сортировочно-эвакуационные, подвижные и другие госпитали.

Географическое положение города Ростова-на-Дону, образно названного «Вратами Северного Кавказа», делало его желанной целью для немецко-фашистских захватчиков. В 1942 году, в связи с оккупацией города, РМИ был эвакуирован в начале в Куйбышев (с 1991 года возвращено историческое наименование – Самара), затем – в Орджоникидзе (с 1990 года – Владикавказ). Больше года институт находился в эвакуации, вернувшись в родной город только в декабре 1943 года. При этом в результате ожесточенных боев Ростова-на-Дону вошел в перечень наиболее пострадавших городов, город дважды сдавался и дважды освобождался Красной Армией, было разрушено 85% административных и жилых многоэтажных зданий, из 286 заводов и фабрик 280 были взорваны и сожжены.⁴ Не стали исключением

² Винокуров В. Г., Белостоцкий А. В., Алленов А. М. Медицинское и фармацевтическое обеспечение тыловых лечебных учреждений в годы Великой Отечественной войны // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 3-3. – С. 342–348.

³ Погодин Ю. И., Кульбачинский В. В., Медведев В. Р., Тарасевич Ю. В. Советское здравоохранение и военная медицина в Великой отечественной войне // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2015. – Т. 5, № 1. – С. 8–15.

⁴ Манько Ю. В. Трагическое и героическое в сражении за Ростов-на-Дону в 1941–1943 годах (к 70-летию Победы в Великой Отечественной войне) // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета технологии и дизайна. Серия 3: Экономические, гуманитарные и общественные науки. – 2015. – № 1. – С. 29–37.

и помещения РМИ. Тем не менее, почти сразу же возобновились занятия.

Все участники «Огненного выпуска» с честью выполняли свой долг. Все они шли в едином строю, у всех была одна цель – защита родного Отечества. За беспримерный героизм, самопожертвование и спасение раненых 75% выпускников 1941 года были удостоены различных наград. К сожалению, не всем было суждено вернуться назад. На территории Ростовского государственного медицинского университета создан мемориальный обелиск врачам, павшим на полях сражений Великой Отечественной войны. Сегодня на нем выбито 64 имени, поисковые работы продолжаются даже по истечении 80 лет со дня Великой Победы. Символично, что открытие обелиска состоялось в один день с открытием мемориального архитектурного ансамбля «Могила Неизвестного Солдата» в Александровском саду Москвы.

После победы в Великой Отечественной войне многие участники «Огненного выпуска» вернулись в Ростовский медицинский институт и стали его гордостью. Около пятидесяти выпускников 1941 года получили ученые звания докторов и кандидатов наук, более сорока удостоены почетного звания «Заслуженный врач», «Заслуженный деятель науки», «Отличник здравоохранения», многим за успешную деятельность в сфере медицины были вручены правительственные награды. Среди них – Петр Петрович Коваленко, выдающийся хирург и ректор РМИ с 1959-го по 1963-й год. В 22 года он ушел на фронт, выполнил сотни операций на желудке и кишечнике, на сердце и легких, тысячам раненых оказал помощь при повреждении рук и ног. При этом он не только спасал жизнь бойцам, но и успевал разрабатывать уникальные методы помощи раненым. В частности, им был разработан способ отогревания обмороженных участков тела водой комнатной температуры, в последствии применявшийся в фронтовых условиях во многих соединениях. После демобилизации он вернулся в РМИ, стал

доктором медицинских наук, профессором, членом-корреспондентом РАМН, лауреатом Государственной премии СССР. Также нужно отметить: Харагезова Маргоса Мартиросовича, прошедшего путь от младшего врача полка до начальника окружного госпиталя, награжденного орденами Красной Звезды, Отечественной войны I и двумя II степени; Анисимову Анастасию Тимофеевну, с 21 августа 1941 находившуюся в должности начальника хирургического отделения на Южном, затем Сталинградском фронтах, награжденную орденом Отечественной войны II степени. Память о них и других врачах-героях Великой Отечественной войны бережно хранится в музее РМИ.

Около пятидесяти выпускников 1941 года получили ученые звания докторов и кандидатов наук, более сорока удостоены почетного звания «Заслуженный врач», «Заслуженный деятель науки», «Отличник здравоохранения», многим за успешную деятельность в сфере медицины были вручены правительственные награды.

Многие вернувшиеся с фронта участники «Огненного выпуска» пришли работать в Ростовский медицинский институт и стали основоположниками врачебных династий. Однако не только выпускники, но и преподавали РМИ отдали свои жизни нуждам фронта. Заведующий кафедрой инфекционных болезней профессор Георгий Павлович Руднев был направлен на Сталинградский фронт, где боролся с эпидемией туляремии. Профессор Николай Алексеевич Богораз в возрасте 67 лет эвакуировался в Ташкент, где работал в госпитале, а также заведовал кафедрой военно-полевой хирургии. Профессор Григорий Сергеевич Ивахненко возглавлял в годы Великой Отечественной войны Ростовский институт переливания крови, был главным хирургом 56-й армии,

награжден орденами Красной Звезды, «Знак Почета», медалями⁵.

В Ростовском медицинском университете память об «Огненном выпуске», о Победе в Великой отечественной войне, о ежедневных малых и больших подвигах наших предшественников – врачах и медицинских сестрах, вернувшихся домой и навсегда оставшихся на полях сражений – священна. Так, в музее университета хранится письмо Елизаветы Саркисянц, выпускницы «Огненного выпуска», участвовавшей в обороне Севастополя, где есть такие строчки: «только помни обо мне – это бережет меня». Работа по сохранению наследия о героях «Огненного выпуска» не прекращается. На протяжении многих лет информация о выпускниках 1941 года кропотливо собирается и систематизируется. Собираются

реликвии и экспонаты, оцифровано более 300 анкет выпускников, содержащих данные об участии в боевых действиях и наградах. У мемориального обелиска врачам, павшим на полях сражений Великой Отечественной войны, в Ростовском медицинском университете проводятся торжественные мероприятия, выпускники принимают присягу врача, первокурсники посвящаются в студенты.

Так память о подвигах уже ушедших юношей и девушек «Огненного выпуска» помогает нам и нашим современникам всегда хранить в своих сердцах и помнить о чести, долге, совести, человечности, о служении людям и своей стране, – понятиях, на которых основана и без которых невозможна наша отечественная медицина. ■

ИСТОЧНИКИ

1. Винокуров В.Г., Белостоцкий А.В., Алленов А.М. Медицинское и фармацевтическое обеспечение тыловых лечебных учреждений в годы Великой Отечественной войны // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 3-3. – С. 342–348.
2. Гладких П.Ф. Санитарные потери Красной армии в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. как объект профессиональной деятельности ее медицинской службы (к 70-летию победы) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – № 2. – С. 103–105.
3. Манько Ю.В. Трагическое и героическое в сражении за Ростов-на-Дону в 1941–1943 годах (к 70-летию Победы в Великой Отечественной войне) // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета технологии и дизайна. Серия 3: Экономические, гуманитарные и общественные науки. – 2015. – № 1. – С. 29–37.
4. Погодин Ю.И., Кульбачинский В.В., Медведев В.Р., Тарасевич Ю.В. Советское здравоохранение и военная медицина в великой отечественной войне // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2015. – № 1. – С. 8–15.
5. Харламов Е.В., Склярова Е.К. «Огненный выпуск» 1941 года: Учителя и ученики // Гуманитарные и социальные науки. – 2016. – № 1. – С. 12–19.

REFERENCES

1. Vinokurov V.G., Belostotsky A.V., Allenov A.M. Organization of medical and pharmaceutical supply nearest rear during the great patriotic war // Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy. – 2015. – Vol. 3-3. – P. 342–348. (In Russian).
2. Gladikh P.F. Sanitary losses of the Red army in the Great patriotic war of 1941–1945 as an object of professional activities of its medical service (on the 70th anniversary of the victory) // Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko. – 2016. – Vol. 2. – P. 103–105. (In Russian).
3. Man'ko Yu.V. The tragic and heroic in the battle for Rostov-on-Don in 1941–1943 (the 70th anniversary of Victory in the Great Patriotic war) // Vestnik Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo universiteta tekhnologii i dizajna. Seriya 3: Ekonomicheskie, gumanitarnye i obshchestvennye nauki. – 2015. – Vol. 1. – P. 29–37. (In Russian).
4. Pogodin Yu.I., Kulbachinsky V.V., Medvedev V.R., Tarasevich Yu.V. Soviet healthcare and military medicine in the great patriotic war // Rossijskij vestnik detskoj khirurgii, anesteziologii i reanimatologii. – 2015. – Vol. 1. – P. 8–15. (In Russian).
5. Kharlamov E.V., Sklyarova E.K. The «Fiery turn-out» of 1941: Teachers and their pupils // Gumanitarnye i sotsial'nye nauki. – 2016. – Vol. 1. – P. 12–19. (In Russian).

⁵ Харламов Е.В., Склярова Е.К. «Огненный выпуск» 1941 года: Учителя и ученики // Гуманитарные и социальные науки. – 2016. – № 1. – С. 12–19.



1945 2025

С ПРАЗДНИКОМ
ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ!

УДК 614.2-051:94(47).084.8

Д.О. ИВАНОВ¹, д-р мед. наук, профессор, ректор, зав. кафедрой неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО, главный неонатолог Минздрава России, srb@grmu.org

Г.Л. МИКИРТИЧАН¹, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики, glm306@efndex.ru

В.В. СИДОРИН¹, проректор по информационно-аналитическому обеспечению, 79219446057@yandex.ru

Об особенностях организации акушерско-гинекологической помощи в период блокады Ленинграда (1941-1944 гг.)

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, 194100, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "St. Petersburg State Pediatric Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2, Litovskaya st., St. Petersburg, 194100, Russian Federation.

Для цитирования: Иванов Д.О., Микиртичан Г.Л., Сидорин В.В. Об особенностях организации акушерско-гинекологической помощи в период блокады Ленинграда (1941–1944 гг.) // Вестник Росздравнадзора. – 2025. – № 2. – С. 97–106.

For citation: Ivanov D.O., Mikirtichan G.L., Sidorin V.V. On the specifics of the organization of obstetric and gynecological care during the siege of Leningrad (1941–1944) // Vestnik Roszdravnadzora. – 2025. – Vol. 2. – P. 97–106.

Ivanov D.O., Mikirtichan G.L., Sidorin V.V.

On the specifics of the organization of obstetric and gynecological care during the siege of Leningrad (1941–1944)

В 2024 году, 27 января, праздновалась 80-летняя годовщина со дня освобождения Ленинграда от блокады, длившейся 872 дня. Беспрецедентный подвиг жителей города, их стойкость и сила человеческого духа стали символом мужества и героизма. Особая тяжесть блокады определялась воздействием психологического стресса, связанного с воздушными тревогами, бомбовыми ударами и артиллерийскими обстрелами, ежедневной угрозой для жизни, потерей родных и близких, длительным голоданием, жестоким холодом первой блокадной зимы [1].

В этих условиях не прекращалась работа медицинских работников по спасению жизни больных и раненых. Продолжали свою работу и ленинградские акушеры-гинекологи, т.к. «исключительные условия, в которые было поставлено население

нашего города в период блокады, не могли не отразиться на течении беременности и родов, а также гинекологических заболеваниях ленинградонок» [2]. Не прекращалась научно-исследовательская работа, проводились заседания научных обществ, издавались сборники научных трудов.

В Ленинграде до войны сформировалась сильная научная школа в области акушерства и гинекологии. Высокопрофессиональные коллективы работали на кафедрах акушерства и гинекологии медицинских вузов: Ленинградского педиатрического медицинского института (ЛПМИ, ныне Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет), Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, Первого Ленинградского медицинского института имени И.П. Павлова, Второго Ленинградского

медицинского института (ныне Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова).

С началом Великой Отечественной войны многие врачи ушли на фронт. Численный состав врачей и медсестер значительно сократился. Однако в Ленинграде остались и продолжали свою многогранную деятельность известные и опытные акушеры-гинекологи: К.К. Скробанский, Д.А. Глебов, К.Н. Рабинович, Г.М. Шполянский, Р.Г. Лурье, И.И. Богоров, П.А. Белошапко, М.А. Петров-Маслаков, А.И. Петченко и другие. Благодаря их знаниям и опыту оставшиеся в городе врачи и медицинские сестры поддерживали работу учреждений акушерско-гинекологического профиля [3].

Население города сокращалось, сначала в связи с призывом в армию, эвакуацией женщин и детей, отправкой некоторых предприятий вместе с рабочими и специалистами в тыл страны, а позже, по мере нарастания тягот блокады, с увеличением смертности. К концу 1942 г. население Ленинграда уменьшилось по сравнению с октябрём 1941 г. (3 300 000) в пять раз, а 1943 г. численность населения Ленинграда была наименьшей за все годы войны: около 600 000 человек. Сократилось и число женщин, хотя они составляли большую часть населения блокированного города: к лету 1942 г. на 100 жителей было 75 женщин и только 25 мужчин, к лету 1943 г. в рабочих возрастах от 16 до 49 лет на 100 жителей приходилось всего 18 мужчин [4, 171–175]. По мере ухода рабочих-мужчин на фронт, их места стали занимать женщины, они составляли около 78% всего числа рабочих и служащих промышленных предприятий блокадного Ленинграда. Среди медицинского персонала этот показатель достигал 80% [5, с. 78].

В системе медицинского обслуживания городского населения особое внимание было уделено лечебно-профилактической помощи женщинам и детям. 22 июня 1941 г. вышел Указ Президиума Верховного совета СССР «О военном положении», в соответствии с которым Ленинградским городским Советом депутатов трудящихся 27 июня 1941 г. принято Решение о привлечении к трудовой повинности всех трудоспособных граждан. К работам привлекались

мужчины в возрасте от 16 до 50 лет и женщины в возрасте от 16 до 45 лет. Беременные женщины освобождались от выполнения работ за 8 недель до родов. Роженицы не привлекались к работам в течение 8 недель после родов. Этим указом от работ освобождались также кормящие женщины; женщины, имеющие детей до 8-летнего возраста (при отсутствии лица, ухаживающего за ними) [6].

Война потребовала срочной реорганизации имеющейся акушерско-гинекологической сети города. В Ленинграде в 1939 г. для оказания акушерской помощи функционировало 3 197 коек [7]. Они размещались в 19 самостоятельных родильных домах, в 11 акушерских отделениях больниц (например, при больнице «В память 25 октября», больницы им. И.Г. Коняшина Московского района и др.) и в двух институтах: Научно-исследовательском акушерско-гинекологическом институте им. Д.О. Отта и Ленинградском педиатрическом медицинском институте (ЛПМИ), клиника которого в то время по своему устройству, оборудованию и вместимости представляла образец наиболее совершенного акушерско-гинекологического учреждения [8].

Амбулаторную помощь беременные получали в консультациях для беременных, которые в те годы были объединены с детскими консультациями. Таких учреждений в Ленинграде на 1939–1940 г. насчитывалось 46 [7].

С началом войны в ряду первоочередных задач была организация госпиталей для больных и раненых воинов и гражданского населения. Для их размещения были заняты помещения нескольких родильных домов. Например, большая часть родильного дома на пр. Газа использовалась в качестве госпиталя, где проходили лечение больные дистрофией. В эвакогоспиталь был преобразован Институт акушерства и гинекологии. В сентябре 1941 г. в помещении акушерско-гинекологического корпуса ЛПМИ был развернут госпиталь хирургического профиля для раненых бойцов Красной Армии на 250 коек и для гражданского населения на 150 коек. Родильные койки были развернуты в другом корпусе. Многие здания родильных домов были повреждены

или разрушены из-за прямых попаданий авиабомб. Известно, что на фашистских картах артобстрелов как цель для прямых бомбардировок были отмечены медицинские учреждения. Так, ЛПМИ значился как «объект № 708», Первый Ленинградский медицинский институт им. академика И. П. Павлова – как «объект № 102».

Работа лечебных учреждений осложнялась выходом из строя центрального отопления, канализации, водопровода. Зимой водопроводные магистрали замерзли [5]. Не ходил транспорт. В феврале 1942 г. в результате нехватки топлива, перебоев в электроснабжении, выхода из строя отопительной системы и водопровода температура в помещениях лечебных учреждений колебалась от + 5°C до + 12°C.

По воспоминаниям директора ЛПМИ профессора Ю.А. Менделевой, частые налеты фашистской авиации требовали большой напряженности в работе персонала. Начиная с декабря 1941 г. из-за налетов и артобстрелов по несколько раз в сутки, пришлось все клинические отделения разместить в газоубежищах. Несмотря на тяжелые условия пребывания в газоубежищах – без дневного света, при высокой влажности воздуха, – качество помощи женщинам старались не снижать [9]. В ночь с 23 на 24 мая 1942 г. клиники ЛПМИ в очередной раз подверглись артиллерийскому обстрелу: «В акушерской клинике, – вспоминала Ю.А. Менделева, – находилось более 40 рожениц, из них три родили во время обстрела. Благодаря принятым героическим мерам дежурного персонала, ни одна роженица и их новорожденные дети не пострадали, несмотря на то, что все стекла в родильной комнате были разбиты» [9].

Подобная ситуация была на кафедре акушерства и гинекологии Первого ЛМИ им. акад. И. П. Павлова, ее описывал профессор К.К. Скробанский: «... Воздушные бомбардировки города днем и ночью вынуждали оставшийся персонал работать с огромным напряжением физических сил и нервов. По несколько раз в сутки приходилось переносить тяжело больных и новорожденных в бомбоубежище, расположенное в подвальном этаже

занимаемого клиникой здания. В декабре 1941 г. клиника, как и весь институт, осталась полностью без тепла, воды и освещения. Несмотря на резко подорванное к этому времени голодом и лишениями здоровье всего персонала, клиника продолжала принимать тяжелейших больных, истощенных до крайности, и отечных рожениц» [10].

В целом бомбардировке и обстрелам фашистских захватчиков за время блокады подверглось более 150 учреждений охраны материнства и раннего детства, и только благодаря своевременно принятым мерам, самоотверженному поведению медицинского персонала, жертвы среди матерей и детей были минимальными.

Закончив свою профессиональную работу, весь личный состав лечебных учреждений отправлялся устранять причиненные бомбежкой и обстрелами повреждения, носить на себе воду, ставить печки, ремонтировать водопровод и канализацию, вместе со всеми ленинградцами очищать улицы и дворы [11]. Многие неполадки устранить было невозможно, и учреждения приходилось закрывать.

Таким образом, условия блокады отрицательно сказались на состоянии коечного фонда родильных домов, но, учитывая значительное уменьшение населения города и снижение рождаемости, относительное количество коек (на 1000 человек населения) было удовлетворительным. В октябре 1941 г. в Ленинграде число родильных домов сократилось до 15 (1492 койки), в августе 1942 г. их работало 11 (976 коек), в октябре – 6 (731 койка) [4]. Здесь в 1941 г. работали 164 врача и 693 медицинских сестры, которые оказали помощь 71 578 роженицам, в 1942 г. – 73 врача и 210 акушеров, а количество обслуженных ими рожениц сократилось до 15 718 человек. В 1943 г. в действовавших 6 родильных домах число коек возрастает до 810.

Блокада оказала существенное негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин, что повлекло за собой резкое снижение рождаемости: в 1940 г. показатель рождаемости составил 25,1 на 1000 населения, в 1941 г. – 22,7%, в 1942 г. – 6,4%, 1944 г. – 30,5%, 1945 г. – 32,5% [5]. Соответственно,

сократилось число родов. Так, по сравнению с 1940 г., число родов уменьшилось в 1942 г. в 7,9 раз, а в 1943 г. – в 10,4 раза. Реальный рост рождаемости начинается с 1944 г.: в I квартале – 4153 родов, во II – 4218, в III – 6171 и в IV – 878. В 1944 г. в 6 родильных домах насчитывается уже 1350 коек (125 родовых, 1080 послеродовых, 195 для патологии беременных, 75 для госпитализации беременных с повышенной температурой) [12].

Большое значение в улучшении акушерской помощи в тот сложный период имело решение бюро Ленинградского горкома ВКП(б) от 24 марта 1942 г. «О состоянии родильных домов».

В каждом районе города продолжали действовать женские и детские консультации. В 1941 г. их общее число составляло 41, в 1942 г. оно сократилось до 40, в 1943 г. – до 30, а в 1944 г. увеличилось до 50 [4]. Под их наблюдением в 1940 г. состояло 109 056 женщин, в 1942 г. – 36 372, в 1943 г. – 16 662, в 1944 г. – 39 616.

Заведующий акушерско-гинекологической клиникой ЛПМИ профессор И.И. Богоров провел анализ работы женских консультаций Ленинграда за самый тяжелый период блокады 1941–1942 гг. По результатам анализа он выступил с докладом на заседании Ленинградского акушерско-гинекологического общества 4 июня 1942 г. В женских консультациях также не хватало врачей и акушеров, у многих из них были проявления дистрофии и авитаминоза. Наиболее характерными симптомами дистрофии являлись быстрое и резкое похудание, мышечная слабость, боли в ногах, пояснице и спине, зябкость, замедленное сердцебиение, снижение артериального давления, отсутствие стула или понос, общая заторможенность и апатия. Преодолевая невероятные трудности и лишения, врачи и медсестры шли на работу, хорошо понимая свой долг и ответственность перед жителями города.

По данным заведующего городским отделом здравоохранения того времени Ф.И. Машанского, алиментарной дистрофией страдали до 90% ленинградцев [13]. Соответственно, эта же патология наблюдалась и у пациенток, причем она стала

проявляться у беременных женщин значительно раньше, чем у остальных групп населения. Так, по данным женской консультации при ЛПМИ, в декабре 1942 г. 74% всех пациенток оказались больными алиментарной дистрофией и авитаминозами [14]. В разные годы блокады на учете состояло от 2 до 58 тысяч женщин.

Заведующий акушерско-гинекологической клиникой ЛПМИ профессор И.И. Богоров анализировал работу женских консультаций в самые тяжелые месяцы блокады – с ноября 1941 г. по апрель 1942 г. В ряде случаев осмотр беременных женщин проводился поверхностно «без применения общеизвестных обычных для консультации методов исследования во всей их полноте», что иногда приводило к диагностическим ошибкам [14]. Сотрудники женских консультаций стремились, как в довоенный период, осуществлять связь с роддомами, все беременные должны были поступать в роддом с картой беременной. Большинство врачей женских консультаций работали и в роддомах, где имели возможность наблюдать своих пациенток. За 2–3 дня до выписки матери с новорожденным сотрудники роддома были обязаны сообщать в детскую консультацию о необходимости повторного патронажа бытовых условий матери. Однако в условиях жизни блокадного города такое взаимодействие осуществлялось лишь в небольшом числе случаев.

Понятно, что работа родильных домов и других учреждений охраны детства была осложнена целым рядом обстоятельств, вызванных блокадой. Об этом писал К.К. Скробанский: «Само собой понятна необходимость хотя бы скудного освещения, теплой воды, возможности поддержания в асептическом состоянии рук врача и предметов ухода, наличия чистого белья и, что особенно было трудно в условиях суровой зимы 1941/42 г., поддержания надлежащей температуры в помещениях, предназначенных для ведения родов, чтобы согреть как обнаженную мать, так и новорожденного. Даже этих минимальных условий для акушерской работы многие отделения не могли предоставить, и для их создания медицинским работникам часто приходилось предпринимать

героические усилия: согреть воду и помещение, осветить палату, дать женщине, только что родившей, горячую пищу» [15].

Влияние количественного и качественного голодания на течение беременности отразилось, прежде всего, на «исключительной наклонности к преждевременным родам». Так, в январе 1942 г. преждевременные роды составляли в среднем по городу 41 %, а в феврале – 60% всех случаев родов, тогда как до войны они регистрировались в 8–9% всех случаев родов.

Анализ работы женских консультаций также выявил, что значительно увеличилась частота родов на дому. Это было обусловлено не только организационными причинами (затруднение с транспортировкой рожениц, недостаточная госпитализация некоторых категорий беременных, неудовлетворительная постановка дела патронажа и т. д.), но даже в большей степени с проявившейся особенностью родов – их довольно быстрым и даже стремительным течением. Так, если до войны, по данным женской консультации при ЛПМИ, роды на дому исчислялись единицами на протяжении года, то уже в первые полгода войны было зарегистрировано 32 случая, а в следующие 5 месяцев их уже было 164. Вот почему со второй половины 1942 г. в Ленинграде стали широко практиковать профилактическую госпитализацию беременных задолго до сроков родов. Показаниями для госпитализации служили малейшие признаки угрозы прерывания беременности, выраженный полиавитаминоз, дистрофия II и III степени, а при особенно плохих бытовых условиях – и I степени [2].

Ю.А. Менделева отмечала эффективность такого подхода для здоровья как матери, так и будущего ребенка, и в своих воспоминаниях писала, что многие из матерей, родоразрешение которых произошло в ЛПМИ, «выражали благодарность за уход и обслуживание». В одном из благодарственных писем были такие слова: «Мы, группа беременных, находившихся в течение длительного периода на излечении, единодушно благодарим администрацию, медицинский персонал акушерского отделения

за те условия, которые создаются коллективом работников клиники в напряженные для Родины и нашего героического города дни. Большинство из вышеуказанной группы больных уже разрешилось и прекрасно чувствуют себя, несмотря на все прошедшие испытания и невзгоды. Новорожденным детям тоже оказано максимальное медицинское внимание..» [9].

Врачи женских консультаций и родильных домов наблюдали в период блокады Ленинграда резкое увеличение осложнений беременности и более тяжелое их течение. Выявлялся высокий процент исключительно тяжелых форм эклампсии. Так, случаи эклампсии составляли в среднем по городу в январе-феврале 1942 г. 10%, а в марте-апреле – 15–18% беременных, между тем как в обычное время эта патология регистрировалась у 1–2% женщин. Среди особенностей течения эклампсии указывалось на ее раннее проявление (в 50% случаев – уже на 20–28-й неделе беременности), наличие нормального артериального давления (в 35% случаев артериальное давление систолическое не превышало 130 мм. рт. ст.), частое (30%) заболевание эклампсией повторнородящих, тяжелое течение, сопровождающееся высокой летальностью [14]. Многие специалисты связывали неблагоприятное протекание беременности с авитаминозом, который сказывается на беременных в значительно большей степени и раньше, чем на прочих женщинах [16]. Что касается смертности от эклампсии, то она также была небывало высокой: около 20% всех случаев эклампсии заканчивались летально.

Однако, не только при эклампсии, но и при других осложнениях, смертность беременных, рожениц и родильниц была очень высокой: в январе 1942 г. средняя общая материнская смертность равнялась 3,7%, а в феврале – 9,1% [14]. Отмечалось, что не только беременность протекала тяжелее на фоне алиментарной дистрофии и авитаминоза, но и последние в свою очередь принимали у беременных значительно более тяжелое течение, давая у них значительно большую летальность.

Среди особенностей блокадной патологии отмечалось также практически

отсутствие больных с острыми воспалениями органов женской половой сферы, составлявшими в довоенное время наибольший контингент гинекологических отделений. Анализируя это парадоксальное явление, Л.М. Полиектова объясняла его, как и другие проявления патологии женщин, воздействием факторов блокады, аменореей и «половым покоем», обусловленным «в то время понятными причинами» [17]. В то же время заметно возросло количество больных с опущениями и выпадениями влагалища и матки, появилось очень много больных, страдавших аменореей, специфической формой авитаминозных кольпитов, участились случаи разрывов влагалища *sub coitus*, различного рода метроррагии, а также значительно увеличилось число больных, поступавших со злокачественными новообразованиями [18].

Внимание привлек и еще один тревожный факт: у женщин, перенесших алиментарную дистрофию и авитаминоз, под влиянием наступившей беременности происходило часто тяжелое обострение туберкулезного процесса, а также тяжелые расстройства сердечной деятельности с летальным исходом.

В марте и апреле 1942 г. значительно повысилась общая смертность среди беременных, рожениц и родильниц, превысив показатели довоенных лет. Заведующий второй акушерско-гинекологической клиникой Первого Ленинградского медицинского института имени И.П. Павлова, профессор К.Н. Рабинович свидетельствовал: «По данным нашей клиники, смертность матерей порой, вместо обычных 3–5%, достигала 20%, а в некоторых учреждениях Ленинграда доходила даже до 50%» [18]. К 1943 г., по сравнению с 1942 г., показатель материнской смертности уменьшился в 19 раз, что было связано с улучшением питания и укреплением здоровья женщин Ленинграда. После прорыва блокады уровень материнской смертности приблизился к довоенному.

В этот период возросла общая смертность новорожденных, достигшая 35–37%. Как отмечал И.И. Богоров, «мы теряли более одной трети родившихся младенцев; это, конечно, было очень чувствительным при чрезвычайной ограниченности числа

родившихся тогда детей». Высокий показатель объясняли, главным образом, большим процентом недоношенных детей. По данным А.Ф. Тура, в довоенное время количество недоношенных детей в Ленинграде не превышало 9–10% по отношению ко всем живым новорожденным. В январе 1942 г. число недоношенных детей достигло 40,8%, в марте – 62% [19]. Затем, в связи с улучшением условий питания и быта, показатель начал снижаться и составил в IV квартале 1942 г. – 20%, в декабре 1943 г. – 17%, в I полугодии 1944 г. – 11,8%. В то же время, во всех группах новорожденных наблюдался значительно более высокий процент смертности по сравнению с мирным временем. Так, среди недоношенных умирало в среднем до 50% детей (до войны – не более 22–26%), среди доношенных – 12% (до войны – не более 1,5–2%). Столь резкое повышение показателей смертности «нельзя объяснить одними лишь внешними условиями (неудовлетворительные санитарно-технические и общие условия обслуживания новорожденных в родильных домах, в особенности холод), которые, конечно, играли исключительно большую роль, но не являлись единственной причиной высокой смертности новорожденных. Несомненно, что и «эндогенные» факторы имели определенное значение, а именно: пониженная жизнеустойчивость маловесных и малорослых детей, рождавшихся даже в срок, при выраженных степенях дистрофии и, особенно, полиавитаминоза у матерей...» [14].

Блокада отрицательно сказалась на физическом развитии новорожденных: по данным акушерской клиники ЛПМИ, в 1942 г. масса тела их уменьшилась, по сравнению с 1940 г., в среднем больше чем на 600 г, рост – на 2 см, окружность головы и груди – почти на 1,5 см [20].

В этих сложных условиях работы женских консультаций с особенной силой выявилась важность таких испытанных методов, как хорошо поставленный учет, максимально полный и ранний охват всех беременных женщин систематическим наблюдением со стороны женских консультаций, полноценный патронаж, хорошо налаженная связь с родильными домами, санитарное просвещение.

В целях улучшения организационно-методического руководства и координации резко возросшей и усложнившейся деятельности лечебно-профилактических учреждений при Ленинградском городском отделе здравоохранения (заведующий – Ф.И. Машанский) в 1942 г. впервые в СССР был создан институт главных специалистов в составе главного терапевта (М.Д. Тушинский), главного хирурга (И.П. Виноградов), главного эпидемиолога (И.М. Аншелес), главного акушера-гинеколога (К.К. Скробанский), главного педиатра (А.Ф. Тур) и других, а также – институт главных специалистов районов и крупных лечебных учреждений [21].

Проявляя особую заботу о женщинах и учитывая их высокую занятость в производственной деятельности (около 78%), Ленгорздравотдел при научно-методической и практической помощи Ленинградского акушерско-гинекологического общества создал специальную комиссию по обследованию условий «женского» труда на предприятиях различных отраслей промышленности и организовал на 40 ведущих предприятиях акушерско-гинекологические кабинеты. Первые итоги этой работы были обобщены на заседании Ленинградского акушерско-гинекологического общества в докладе профессора И.И. Богорова «К методике работы акушерско-гинекологических кабинетов на производственных предприятиях». Главной задачей этих кабинетов было приближение специальной медицинской помощи к работающим женщинам, проведение профилактических осмотров. Также среди обязанностей акушеров-гинекологов этих кабинетов было систематическое углубленное изучение условий женского труда и общих санитарных условий с целью снижения заболеваемости женщин и повышения производительности их труда, не забывая о «правильном синтезе между интересами производства и интересами работниц» [22]. В кабинетах проводились осмотры поступающих на работу, профилактические осмотры с целью выявления противопоказаний к тому или иному виду труда, особенно беременных и кормящих матерей, санитарно-просветительная работа среди женщин-работниц. Оказывалась систематическая медицинская помощь гинекологическим

больным, беременным и женщинам после родов с теми или иными осложнениями. На предприятиях организовывались комнаты и кабинеты личной гигиены женщины с целью профилактики гинекологических заболеваний и привития работницам специальных и общих гигиенических навыков.

Опыт работы показал, что на некоторых предприятиях работницы поначалу неохотно посещали акушерско-гинекологические кабинеты и избегали профилактических осмотров из боязни снятия с работы или перемещения на другую работу, предпочитая иногда работать в ущерб здоровью, что в конечном итоге приводило к постепенной наступающей инвалидности женщин. Врачам-гинекологам рекомендовалось находить правильный подход к работницам, добиваться их полного доверия.

В докладе И.И. Богорова были приведены результаты осмотра 10 893 женщин. Среди осмотренных, прежде всего, были выявлены работницы, страдающие длительной аменореей. Предполагалось, что основными причинами аменореи являются алиментарная дистрофия и полиавитаминоз, психогенные факторы, чрезмерно тяжелый и непривычный труд, а также длительное пребывание (в быту и на работе) в условиях холода. В среднем аменорея наблюдалась у 81–85% работниц, причем существенной разницы между различными типами предприятий выявлено не было. В 1943 г. заболеваемость аменореей уменьшилась до 42%.

Из числа осмотренных по различным показаниям были переведены на облегченную работу 268 (2,5%), направлены на амбулаторное лечение 853 (8%), направлены на стационарное лечение 103 (1%). Показаниями к лечению служили: хронические воспалительные заболевания придатков матки и эндоцервициты, эрозии шейки матки, опущения и выпадения половых органов и др. Таким образом, в исключительных условиях жизни в Ленинграде в 1942 г. акушеры-гинекологи проявили максимальную гибкость, была апробирована новая организационная форма по специальному медико-санитарному обслуживанию женщин, работающих в различных отраслях промышленности,

в том числе на оборонных предприятиях, в самое суровое время войны и блокады.

Ленинградское акушерско-гинекологическое общество возобновило свою работу 4 июня 1942 г., на котором заслушало доклады по актуальным темам клинического и организационного характера, стоящим перед акушерско-гинекологической службой: доклад заслуженного деятеля наук, проф. К.К. Скробанского «Родовспоможение и материнская смертность в Ленинграде в период блокады», доклад проф. Г.М. Шполянского «Беременность и авитаминозы» и доклад проф. И.И. Богорова «К особенностям работы женских консультаций Ленинграда по обслуживанию беременных в период блокады 1941–1942 гг.». По этим докладам была принята Резолюция Акушерско-гинекологического общества, в которой была дана оценка работы акушеров-гинекологов в тяжелейших условиях блокады и намечены меры по улучшению качества обслуживания больных и беременных в родильных домах и женских консультациях. Вот выдержки из этого документа:

«I. В период блокады акушеры-гинекологи ряда родильных домов и консультации проделали колоссальную работу, несмотря на тяжелейшие условия. Вместе с тем общество находит, что работа по улучшению качества обслуживания больных и беременных в родильных домах и женских консультациях должна быть еще более улучшена, для чего необходимо:

- 1) поднять трудовую дисциплину и санитарно-техническое состояние в учреждениях;
- 2) каждый случай смерти матери и ребенка должен обсуждаться и изучаться так же, как и все случаи ошибочных диагнозов и неправильной терапии;
- 3) врачи акушеры-гинекологи будут по-прежнему принимать самое широкое и активное участие в общей оборонной, противоэпидемической и других видах общественной работы вместе со всеми гражданами героического города Ленина...

Необходимо улучшить в консультациях учет беременных и дело патронажа, связь с родильными домами и активом домохозяйств, поднять санпросветработу, а также

неуклонно совершенствовать и улучшать материальную базу и техническое состояние учреждений.

IV. Просить Горздравотдел войти с ходатайством перед президиумом Исполкома Ленсовета депутатов трудящихся о предоставлении права пользования продовольственными карточками рабочей категории всем беременным женщинам с момента установления факта беременности, а также об освобождении всех беременных с признаками дистрофии и авитаминоза от тяжелого физического труда ввиду выявившейся склонности к преждевременному прерыванию беременности и тяжелым осложнениям в течение последнего периода ее у указанных категорий беременных женщин.

V. Общество призывает всех акушеров Ленинграда энергично бороться за эффективное снижение материнской и детской смертности, широко используя при этом для данной цели испытанные методы соцсоревнования, волна которого так широко охватила всех трудящихся нашей родины» [2].

Акушеры-гинекологи были услышаны. Этот документ послужил основанием для принятия бюро Ленинградского горкома ВКП (б) решения, согласно которому с 22 июля 1942 г. беременным женщинам, начиная с 6 мес. беременности и в течение 2 мес. после родов, ежемесячно отпускался дополнительный набор продуктов сверх установленных норм по продовольственным карточкам в следующем количестве на одного человека: масла – 400 г, сахара – 300 г, крупы – 600 г, молока свежего (или сухим молоком по установленным коэффициентам) – 6 л. Эти нормы также распространялись на кормилиц. По справкам детских консультаций проводилась продажа белья для новорожденных. В этот период суточный рацион беременной женщины включал 87 г крупы, 60 г мясных изделий, 40 г сахара, такое же количество жира и сгущенного молока, 500 г кефира или молока, 600 г хлеба. Общая энергетическая ценность пищи достигала 2357,9 ккал [4]. В условиях блокады такое питание было важным подспорьем в поддержании сил и здоровья будущих матерей, если учесть, что еще с 3 января 1942 г. решением бюро Ленинградского

горкома ВКП(б) беременные стали получать продукты по нормам рабочих и инженерно-технических работников, а за 4 мес. до родов – дополнительный паек.

Лишь после прорыва блокады ситуация в акушерско-гинекологических учреждениях Ленинграда начинает постепенно меняться в лучшую сторону. Из эвакуации начинают возвращаться медицинские работники. Число врачей-акушеров достигает 487 чел.; акушеров и фельдшериц-акушеров, соответственно, – 362 и 549 человек. Широко развернулись восстановительные работы в родовспомогательных учреждениях. Исключительно важное значение имел изданный 8 июля 1944 г. Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении

охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства»».

Профессор К.Н. Рабинович, всю блокаду трудившийся в Ленинграде, отдавая дань героической работе акушеров-гинекологов в эти годы, писал: «Напрягая всю свою волю, энергию, мы преодолевали все стоявшие на нашем пути трудности, не стесняясь при надобности снимать с себя белые халаты и, облачившись в серые, ломать дома для топлива, строить печи, таскать воду и т.д. Ни холод, ни голод, ни тьма, ни отсутствие транспорта, ни бомбежки, ни артобстрелы наших лечебных учреждений не могли помешать медицинскому персоналу выполнять порученное ему дело» [23].

ИСТОЧНИКИ

1. Магаева С.В., Симоненко В.Б. Физиологические основы выживания и восстановления ленинградских блокадников // Клиническая медицина. – 2012. – №8. – С. 4–10.
2. Сборник работ членов Ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады. – Ленинград: Гос. изд-во мед. лит. Ленингр. отд. – 1943. – Вып. 1. – С. 122.
3. Цвелев Ю.В., Шмидт А.А. Работа ленинградских акушеров-гинекологов в годы Великой отечественной войны и блокады города // Журнал акушерства и женских болезней. – 2003. – Т. 2. – № 2. – С.151–158.
4. Гладких П.Ф. Очерки истории отечественной военной медицины. Здравоохранение и военная медицина в битве за Ленинград глазами историка и очевидцев. 1941 – 1944 гг. – СПб.: Дмитрий Буланин. – 2006. – 520 с.
5. Гладких П.Ф. Здравоохранение блокированного Ленинграда (1941–1943). – Ленинград: Медицина. Ленингр. отд-ние. – 1980. – 247 с.
6. Блокада Ленинграда в документах рассекреченных архивов / Под ред. Н.Л. Волковского. – Москва: АСТ; СПб.: Полигон. – 2004. – 766 с.
7. Здоровье и здравоохранение в Ленинграде за 1939 год / отв. ред. Л.А. Эмдин; Ленингр. гор. отдел здравоохранения, Ин-т организации здравоохранения. – [Ленинград]. – 1940. – 134 с.
8. Скорбанский К.К. Работа ленинградских акушеров за 25 лет существования советской медицины. // Сборник работ членов Ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады. – Ленинград: Гос. изд-во мед. лит. Ленингр. отд. – 1943. – Вып.1. – С.117–122.
9. Менделева Ю.А. Воспоминания: – рукопись. – Государственный Мемориальный Музей Обороны и блокады Ленинграда. Рукописный документальный фонд, Оп. 1. – Д. 217. – Л. 34.
10. 50 лет Первого Ленинградского медицинского института им. акад. И.П. Павлова. – Л.: Медгиз, – 1947. – С. 323. 50 лет Первого Ленинградского медицинского института имени академика И. П. Павлова. / Отв. ред. Н. И. Озерский. – [Ленинград]: Ленингр. отд-ние Медгиза, – 1947. – 452 с.
11. Хромов Б.М., Свеишиков А.В. Здравоохранение Ленинграда. Краткий исторический очерк. – Л.: Лениздат. – 1969. – 207 с.
12. Симоненко В.Б., Абашинов В.Г., Александров А.С., Травин Н.О. Материнство и детство в блокадном Ленинграде (ко дню снятия блокады Ленинграда). – URL: <http://www.2cvkg.ru/new/index.php/blokada>. (Дата обращения – 03.03. 2025).
13. Машанский Ф.И. В ответе за жизнь людей / В кн.: Медики и блокада: взгляд сквозь годы: Воспоминания, фрагменты дневников, свидетельства очевидцев, док. материалы / Сост. Т.М. Голубева, Н.Б. Ветошников. – СПб. – 1997. – 271 с.
14. Богоров И.И. Об особенностях работы женских консультаций Ленинграда по обслуживанию беременных в период блокады 1941–1942 гг. // Сборник работ членов Ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады. – Ленинград: Гос. изд-во мед. лит. Ленингр. отд. – 1943. – Вып.1. – С. 92–96.
15. Скорбанский К.К. Родовспоможение и течение беременности и родов в первые 11 месяцев блокады (с июля 1941 г. по май 1942 г.) // Сборник работ членов Ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады. – Ленинград: Гос. изд-во мед. лит. Ленингр. отд. – 1943. – Вып.1. – С. 1–8.
16. Шполянский Г.М. Беременность и авитаминозы // Сборник работ членов Ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады. – Ленинград: Гос. изд-во мед. лит. Ленингр. отд. – 1943. – Вып.1. – С. 25.
17. Полищкова Л.М. Особенности течения некоторых гинекологических заболеваний в период войны и блокады Ленинграда // Сборник работ ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады / Под ред. проф. К.К. Скорбанского. Наркомздрав СССР. – Л.: Медгиз. – 1945. – С. 59, 61.
18. Рабинович К.Н. Рак матки в период блокады Ленинграда // Сборник работ ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады / Под ред. проф. К.К. Скорбанского. Наркомздрав СССР. – Л.: Медгиз. – 1945. – С. 80–81.
19. Тур А.Ф. Алиментарные дистрофии у детей Ленинграда в 1941–1944 гг. // В сб. Вопросы педиатрии в дни блокады Ленинграда. Л.: Изд. ЛГПМИ. – 1946. – С. 5.

20. Менделеева Ю.А. Физическое развитие новорожденных в Ленинграде. // Вопросы охраны материнства и детства. [Период войны и блокады]: Сборник трудов Кафедры организации здравоохранения Ленингр. гос. педиатр. мед. ин-та / Под ред.: проф. Ю. А. Менделеевой, действ. чл. Акад. мед. наук проф. С. А. Новосельского и проф. А. Н. Антонова. – Л.: [б. и.], – 1946 – С. 51–63.
21. Свешников А.В., Хромов Б.М. Здравоохранение. Очерки истории Ленинграда. / Отв. ред. В.М. Ковальчук. Т. 5. Период Великой Отечественной войны Советского Союза 1941–1945 гг. – Москва; Ленинград: Изд-во АН СССР. – 1967. – С. 495–496.
22. Богоров И.И. К методике работы акушерско-гинекологических кабинетов на производственных предприятиях // Сборник работ членов Ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады. – Ленинград: Гос. изд-во мед. лит. Ленингр. отд. – 1943. – Вып.1. – С. 12–16.
23. Сборник работ ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады / Под ред. проф. К.К. Скробанского. Наркомздрав СССР. – Л.: Медгиз. – 1945. – С. 158–161.

REFERENCES

1. Magaeva S.V., Simonenko V.B. Physiological foundations of survival and recovery of Leningrad blockade runners // *Klinicheskaya medicina*. – 2012. – №8. – S. 4–10. (In Russian)
2. Collection of works by members of the Leningrad Obstetric and Gynecological Society during the war and the blockade. – Leningrad: Gos. izd-vo med. lit. Leningr. otd. – 1943. – V. 1. – S. 122. (In Russian)
3. Czvelev Yu.V., Shmidt A.A. The work of Leningrad obstetricians and gynecologists during the Great Patriotic War and the blockade of the city // *Zhurnal akusherstva i zhenskix boleznej*. – 2003. – T.52. – № 2. – S. 151–158 (In Russian)
4. Gladkikh P.F. Essays on the history of Russian military medicine. Healthcare and military medicine in the Battle for Leningrad through the eyes of a historian and eyewitnesses. 1941–1944. – SPb.: Dmitrij Bulanin. – 2006. – 520 s. (In Russian)
5. Gladkikh P.F. Healthcare of the blockaded Leningrad (1941–1943). – Leningrad : Medicina. Leningr. otd-nie. – 1980. – 247 s. (In Russian)
6. The Siege of Leningrad in the documents of declassified archives / Pod red. N. L. Volkovskogo. – Moskva : AST ; SPb.: Poligon. – 2004. – 766 s. (In Russian)
7. Health and healthcare in Leningrad in 1939 / otv. red. L.A. E'mdin ; Leningr. gor. otdel zdravooxraneniya, In-t organizacii zdravooxraneniya. – [Leningrad]. – 1940. – 134 s. (In Russian)
8. Skrobanskij K.K. The work of Leningrad obstetricians for 25 years of the existence of Soviet medicine. // *Sbornik rabot chlenov Leningradskogo akushersko-ginekologicheskogo obshhestva za vremya vojny` i blokady`*. – Leningrad: Gos. izd-vo med. lit. Leningr. otd. – 1943. – V. 1. – S. 117–122. (In Russian)
9. Mendeleva Yu.A. Memories: – rukopis`. – Gosudarstvenny`j Memorial'ny`j Muzej Oborony` i blokady` Leningrada. Rukopisny`j dokumental'ny`j fond, Op. 1. – D. 217. – L. 34. (In Russian)
10. 50 years of the First Leningrad Medical Institute named after Academician I. P. Pavlov. – L.: Medgiz, – 1947. – S. 323. 50 let Pervogo Leningradskogo medicinskogo instituta imeni akademika I.P. Pavlova / Otв. red. N. I. Ozereckij. – [Leningrad] : Leningr. otd-nie Medgiza, – 1947. – 452 s. (In Russian)
11. Khromov B.M., Sveshnikov A.V. Healthcare of Leningrad. A brief historical sketch. – L.: Lenizdat. – 1969. – 207 s. (In Russian)
12. Simonenko V.B., Abashin V.G., Aleksandrov A.S., Travin N.O. Motherhood and childhood in besieged Leningrad (on the day of the lifting of the siege of Leningrad). – URL: <http://www.2cvkg.ru/new/index.php/blokada> (available 16.06. 2023). (In Russian)
13. Mashanskij F.I. Responsible for people's lives. / V kn.: Mediki i blokada: vzglyad skvoz` gody`. Vospominaniya, fragmenty` dnevnikov, svidetel'stva ochevidcev, dok. materialy` / Sost. T.M. Golubeva, N.B. Vetoshnikova. – SPb. – 1997. – 271 s. (In Russian)
14. Bogorov I.I. About the peculiarities of the work of women's clinics in Leningrad for the care of pregnant women during the blockade of 1941–1942. // *Sbornik rabot chlenov Leningradskogo akushersko-ginekologicheskogo obshhestva za vremya vojny` i blokady`*. – Leningrad: Gos. izd-vo med. lit. Leningr. otd. – 1943. – V. 1. – S. 92–96. (In Russian)
15. Skrobanskij K.K. Obstetrics and the course of pregnancy and childbirth in the first 11 months of the blockade (from July 1941 to May 1942) // *Sbornik rabot chlenov Leningradskogo akushersko-ginekologicheskogo obshhestva za vremya vojny` i blokady`*. – Leningrad: Gos. izd-vo med. lit. Leningr. otd. – 1943. – V. 1. – S. 1–8. (In Russian)
16. Shpolyanskij G.M. Pregnancy and vitamin deficiency // *Sbornik rabot chlenov Leningradskogo akushersko-ginekologicheskogo obshhestva za vremya vojny` i blokady`*. – Leningrad: Gos. izd-vo med. lit. Leningr. otd. – 1943. – V. 1. – S. 25. (In Russian)
17. Poliektova L.M. Features of the course of some gynecological diseases during the war and the siege of Leningrad // *Sbornik rabot leningradskogo akushersko-ginekologicheskogo obshhestva za vremya vojny` i blokady`* / Pod red. prof. K.K. Skrobanskogo. Narkomzdrav SSSR. – L.: Medgiz. – 1945. – S. 59, 61. (In Russian)
18. Rabinovich K.N. Uterine cancer during the siege of Leningrad // *Sbornik rabot leningradskogo akushersko-ginekologicheskogo obshhestva za vremya vojny` i blokady`* / Pod red. prof. K.K. Skrobanskogo. Narkomzdrav SSSR. – L.: Medgiz. – 1945. – S. 80–81. (In Russian)
19. Tur A.F. Alimentary dystrophy in Leningrad children in 1941–1944 // V sb. Voprosy` pediatrii v dni blokady` Leningrada. L.: Izd. LGPMI. – 1946. – S. 5. (In Russian)
20. Mendeleva Yu.A. Physical development of newborns in Leningrad. // *Voprosy` oxrany` materinstva i detstva* [Period vojny` i blokady`]: *Sbornik trudov Kafedry` organizacii zdravooxraneniya Leningr. gos. pедиатр. мед. ин-та* / Pod red.: prof. Yu. A. Mendeleevoj, dejstv. chl. Akad. med. nauk prof. S.A. Novosel'skogo i prof. A. N. Antonova. – L.: [b. i.], – 1946 – S. 51–63 (In Russian)
21. Sveshnikov A.V., Xromov B.M. Zdravooxranenie. Healthcare. Essays on the history of Leningrad. / Otв. red. V.M. Koval'chuk. T. 5. Period Velikoj Otechestvennoj vojny` Sovetskogo Soyuza 1941–1945 gg. – Moskva; Leningrad: Izd-vo AN SSSR. – 1967. – S. 495–496. (In Russian)
22. Bogorov I.I. To the methodology of obstetric and gynecological offices at industrial enterprises // *Sbornik rabot chlenov Leningradskogo akushersko-ginekologicheskogo obshhestva za vremya vojny` i blokady`*. – Leningrad: Gos. izd-vo med. lit. Leningr. otd. – 1943. – V. 1. – S. 12–16. (In Russian)
23. Collection of works of the Leningrad Obstetric and Gynecological Society during the war and the blockade. / Pod red. prof. K.K. Skrobanskogo. Narkomzdrav SSSR. – L.: Medgiz. – 1945. – S. 158–161. (In Russian)



1945 2025

**С ПРАЗДНИКОМ
ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ!**

УДК 614.2-051:94(47).084.8

В.М. ПРОХОРЕНКО¹, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отдела организации научных исследований, врач – травматолог-ортопед высшей квалификационной категории, vprochorenko@niito.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0655-9644>

А.Ф. ГУСЕВ¹, канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения организации научных исследований, AGusev@niito.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1572-0089>

Роль эвакогоспиталей Новосибирска и Новосибирской области в годы Великой Отечественной войны

¹ ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России, 630091, Российская Федерация, г. Новосибирск, ул. Фрунзе, д. 17.
Novosibirsk Research Institute of Traumatology and Orthopaedics n.a. Ya.L. Tsivyan, 17, Frunze St., Novosibirsk, 630091, Russian Federation

Для цитирования: Прохоренко В.М., Гусев А.Ф. Роль эвакогоспиталей Новосибирска и Новосибирской области в годы Великой Отечественной войны // Вестник Росздравнадзора. – 2025. – № 2. – С. 107–112.

For citation: Prokhorenko V.M., Gusev A.F. The role of evacuation hospitals in Novosibirsk and Novosibirsk region during the Great Patriotic War // Vestnik Roszdravnadzora. – 2025. – Vol. 2. – P. 107–112.

Prokhorenko V.M., Gusev A.F.

The role of evacuation hospitals in Novosibirsk and Novosibirsk region during the Great Patriotic War

Великую Отечественную Войну можно охарактеризовать как время многолетней травматической пандемии, требующей невиданного ранее напряжения в лечении тяжелых последствий боевых ранений.

Согласно официальной статистике, во время Великой Отечественной Войны к основным травмам, приводящим к инвалидизации и требующим в дальнейшем длительных реабилитационных мероприятий, относились ранения и повреждения верхних и нижних конечностей (самые многочисленные), груди, головы (табл. 1) [1–2].

Комплекс реабилитационных мероприятий складывался из медицинских процедур, социальной адаптации, а также трудовой и профессиональной перепрофилизации.

С первых месяцев войны существовавшая система здравоохранения была взята под пристальное внимание со стороны

Правительства страны. Возникла необходимость адаптации системы здравоохранения к военным условиям. Медицинские учреждения здравоохранения области не имели опыта организации качественного оказания медицинской помощи в военных условиях. Но тесное взаимодействие с наркоматами и ведомствами позволило вывести здравоохранение на совершенно иной уровень.

Таким образом, была построена система здравоохранения, которая позволяла эффективно оказывать медицинскую помощь пострадавшим в военных действиях, и обеспечивать необходимыми лекарственными препаратами.

Но особое внимание стоит уделить эвакогоспиталю, которые отличались от других лечебных учреждений работой на стыке полномочий различных ведомств. У эвакогоспиталей, помимо основной

Таблица. Анализ ранений военнослужащих в период Великой Отечественной войны по историям болезней (более 14 млн)

Область ранения	Количество случаев	%
Череп	773 500	5,4
Глаза	214 861	1,5
Лицо	501 342	3,5
Шея	157 565	1,1
Грудь	1 289 166	9,0
Живот	444 046	3,1
Позвоночник	143 241	1,0
Таз	630 259	4,4
Половые органы	28 648	0,2
Верхние конечности	5 042 074	35,2
Нижние конечности	5 099 369	35,6
Итого	14 324 071	100

задачи – излечения и возвращения в строй раненых и больных офицеров и солдат действующей Армии, были и более узкие задачи:

- сократить сроки лечения;
- повысить эффективность лечения;
- улучшить качество диагностики и лечебно-профилактической работы;
- в максимально быстрые сроки внедрить функционально-комплексную терапию и реконструктивную хирургию;
- повысить эффективность лечения и извлечения: остеомиелитов; деформаций; контрактур; укорочений конечностей;

свищей; расстройств, связанных с повреждением периферической нервной системы, позвоночника, спинного мозга; ликвидировать последствия повреждения сосудов, термических и химических повреждений.

В годы Великой Отечественной войны в Новосибирске и Новосибирской области работали 52 госпиталя. За эти годы в Новосибирске было восстановлено здоровье 218 611 раненым военнослужащим, проведено почти 55 000 хирургических операций, свыше 17 500 переливаний крови, сотни тысяч рентгенологических исследований [3].

Создание первых эвакуогоспиталей в Новосибирской области началось с постановления СНК СССР от 27 сентября 1941 г. № 631 – в Новосибирской области был сформирован хирургический кластер, который на протяжении пяти лет включал в себя от 55 до 115 эвакуогоспиталей [4]. А за первые месяцы военных действий более 35 школ, институтов и крупных учреждений Новосибирска были перепрофилированы в эвакуогоспитали.

В октябре 1941 года было издано постановление Новосибирского горисполкома № 889, которое обязывало секретарей райкомов и председателей райисполкомов «всемерно усилить работу по организации эвакуогоспиталей, добиваясь образцовой постановки работы в эвакуогоспиталях по оказанию медицинской помощи и социально-культурного обслуживания раненых» [4].

Эвакуогоспиталь № 1239



К концу 1941 года количество коек в существующих госпиталях было увеличено на 20% [5], а к середине войны уже насчитывалось более 63 550 коек [3].

Изначально структура эвакогоспиталей состояла из трех основных блоков:

- 1) управляющее звено, к которому относились: начальник госпиталя, военный комиссар, заместитель начальника госпиталя по медицинской части, начальник хозяйственно-финансовой части;
- 2) сотрудники медицинской части: начальник медицинского отделения, заведующий кабинетом, врач по лечебному питанию, ординатор, врач-рентгенолог, врач физиотерапевт, врач-ЛФК, врач-стоматолог, старшая медицинская сестра, заведующий аптекой;
- 3) хозяйственно-финансовое звено: специалисты по снабжению, специалисты канцелярии, сотрудники кухни, персонал, обслуживающий здание и транспорт.

Одной из важных задач, возлагавшихся на эвакогоспитали, являлось проведение научных исследований и разработка новых методов лечения раненных. В связи с этим, согласно приказам по Народному комиссариату здравоохранения СССР от 27 ноября 1941 № 77 «Об утверждении института консультантов эвакогоспиталей при отделах эвакогоспиталей» и № 78 «Повышение квалификации врачей эвакогоспиталей для улучшения качества медицинского обслуживания раненных», в структуру эвакогоспиталей вводились должности главных консультантов. Так, появился четвертый независимый блок в структуре эвакогоспиталя.

Например, в Новосибирске известными главными консультантами в эвакогоспитале № 1239, который впоследствии стал Новосибирским НИИТО, были В.М. Мыш – руководитель клиники ГИДУВа, главный консультант всех эвакогоспиталей по Новосибирской области, и С.Л. Шнайдер – главный хирург, заведующий кафедрой общей хирургии Новосибирского государственного медицинского института (НГМИ).

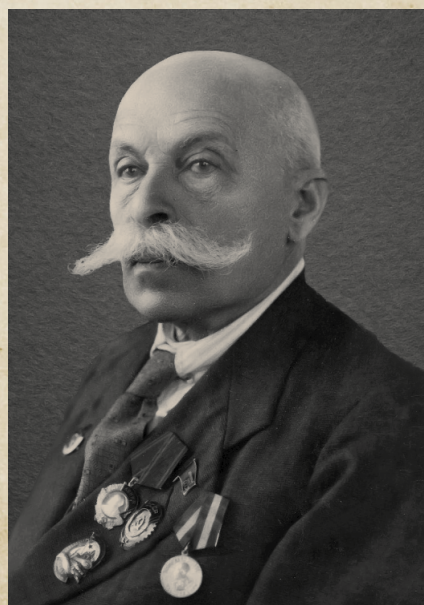
За первые шесть месяцев Великой Отечественной войны специалисты НГМИ

**Врачи эвакогоспиталя №1239
заполняют медицинскую документацию**



во главе с главными консультантами опубликовали более 50 научных трудов, а в 1942 году разработали 76 методик по основным вопросам лечебной и профилактической медицины. Среди них – работы по лечению огнестрельных ранений и переломов шейки бедра. Профессора занимались изучением причин смерти после огнестрельных ранений, распространения инфекции при ранениях стоп и кистей,

**Мыш Владимир Михайлович,
главный консультант эвакогоспиталей
Сибирского военного округа,
профессор, доктор медицинских наук,
легендарный хирург**



Шнайдер Симон Леонтьевич,
главный хирург эвакогоспиталей
г. Новосибирска, заведующий кафедрой
общей хирургии НГМИ



разрабатывали уникальные методы пластической хирургии и т.д.

Благодаря разработанным методам лечения, главными консультантами и медицинскими специалистами за время военных действий в эвакогоспиталях Новосибирска было произведено:

- 220 540 рентгеновских снимков;
- 246 422 рентгеноскопий;
- 863 432 анализов;
- 17 500 переливаний крови;
- 3 680 224 физиопроцедуры;
- более 55 000 операций.

В общей сложности за годы Великой Отечественной войны в эвакогоспиталях г. Новосибирска было пролечено более 112 000 военнослужащих [6].

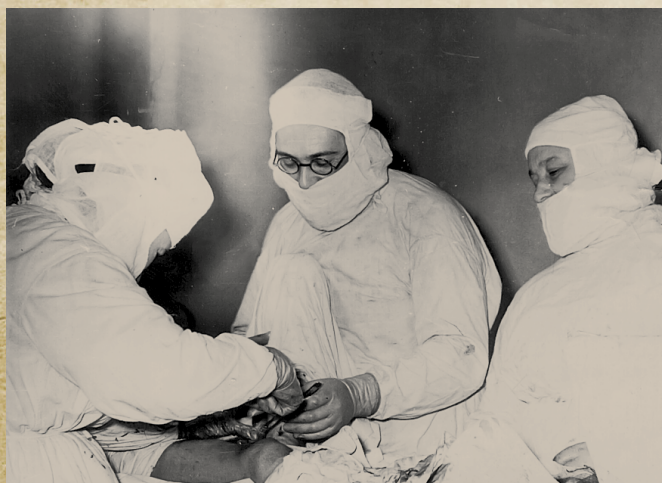
Таким образом, в Новосибирске был создан полный цикл медицинского обеспечения и восстановительного лечения тяжелораненых военнослужащих, включая обследование, хирургические вмешательства, послеоперационное восстановление с использованием физиотерапевтических процедур, механотерапии. Это позволило более 48% тяжелораненых солдат возвратиться на фронт.

В послевоенные годы на основании достижений кластера эвакогоспиталей Новосибирска было поручено разместить на его территории вновь сформированный Федеральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (Новосибирский НИИТО) для продолжения медицинской реабилитации и восстановления функциональных возможностей инвалидов Великой Отечественной войны:

«В замечательном здании торгового техникума, самом красивом в Новосибирске, было развернуто 300 коек, начался прием раненых и пораженных с эшелонов и санпоездов, идущих с фронта.

Едва успели отгреметь последние залпы, как советское правительство приняло одно из самых гуманных постановлений, направленное на восстановление здоровья защитников нашей Родины. На основании приказа Минздрава РСФСР № 141-О от 06.04.1946 г. в Новосибирске открыт научно-исследовательский институт травматологии, ортопедии и восстановительной хирургии Министерства здравоохранения РСФСР на 200 коек (НИИ ВОСХИТО), а приказом Минздрава СССР № 788 от 26.12.1946 г. определены меры по улучшению оказания травматолого-ортопедической помощи на территориях.

В операционной эвакогоспиталя № 1239



За короткое время удалось приспособить здание госпиталя не только для лечебных, но и для научных целей, создать коллектив молодых и работоспособных сотрудников. Коллектив нового института формировался из врачей Новосибирска и области, работавших во время войны в различных госпиталях города, районных и участковых больницах» – опубликовано в юбилейном издании, посвященном 75-летию Новосибирского НИИТО [7].

Сегодня Новосибирский НИИТО им. Я.Л. Цивьяна является одним из ведущих отраслевых научных центров страны, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь пациентам с патологией опорно-двигательного аппарата, центральной и периферической нервной систем.

Учреждение проводит научные исследования, разрабатывает и внедряет в практику эффективные хирургические методы лечения пациентов, обеспечивая здравоохранение России передовыми медицинскими технологиями [8].

В канун 80-летия Победы в Великой Отечественной войне очень важно вспомнить,

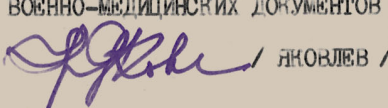
Кабинет механотерапии в эвакогоспитале № 1239



Выписка пациента из госпиталя



Справка Военно-медицинского музея МО СССР о количестве раненных военнослужащих, прошедших через госпитали г. Новосибирска за период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.

 ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ МУЗЕЙ МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ СССР А Р Х И В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ 4 ОТДЕЛ 26 августа 1977 г. № 13294 196180, г. Ленинград, Ф-180	ЗАВ. ГОРОДСКИМ ГОСУДАРСТВЕННЫМ АРХИВОМ 630005, Новосибирск-5, ул. Некрасова, 55.
За период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. в госпиталях гор. Новосибирска находились на лечении 112266 чел. раненных военнослужащих.	
Основание: Архив ВММ, отчеты госпиталей гор. Новосибирска.	
ВРИО НАЧАЛЬНИК АРХИВА ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ  / ЯКОВЛЕВ /	

какую роль сыграли эвакуогоспитали для ее приближения. Благодаря самоотверженной деятельности коллективов эвакуогоспиталей почетная задача по восстановлению здоровья больных и раненных бойцов была с честью выполнена. А заложенные в те

трудные годы принципы ответственного отношения к своей деятельности и в настоящее время служат источником вдохновения для новых трудовых подвигов наших современников.

ИСТОЧНИКИ

1. Гриф секретности снят: Потери Вооруженных Сил СССР в войнах, боевых действиях и военных конфликтах: Статистическое исследование / В. М. Андроников, П. Д. Буриков, В. В. Гуркин и др.; Под общ. ред. Г. Ф. Кривошеева. – М.: Воениздат, 1993. 415 с. (С. 137). (Дата обращения: 29.01.2025).
2. Россия и СССР в войнах XX века: Потери вооруженных сил: Статистическое исследование / Под общей редакцией Г. Ф. Кривошеева. – М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2001. – 608 с. – URL: <http://lib.ru/MEMUARY/1939-1945/KRIWOSHEEW/poteri.txt>. (Дата обращения: 29.01.2025).
3. Эвакуогоспитали и люди. Электронный архив «Мемориал Славы новосибирцев». URL: <https://slava-sibiryakam.ru/news/detail.php?ID=349880> (дата обращения 29.01.2025).
4. История 1941–1945. Официальный сайт города Новосибирска. – URL: <https://novo-sibirsk.ru/about/history/1941-1945/?ysclid=m4s065fep970811714>. (Дата обращения: 17.12.2024).
5. Шарухина Е.В. «Почетная задача по восстановлению здоровья больных и раненных бойцов...». Обзор архивных документов о сотрудниках эвакуогоспиталей, развернутых в Новосибирске в годы Великой Отечественной войны / Интерактивное образование. Электронная газета. 2017. № 71. – URL: <https://io.nios.ru/articles2/89/15/pochetnaya-zadacha-po-vozstanovleniyu-zdorovya-bolnyh-i-ranennyh-boycov-obzor?ysclid=m4s0fsgum505360393>. (Дата обращения: 17.12.2024).
6. Документы эвакуогоспиталей в Городском архиве Новосибирска. Библиотека Сибирского краеведения. – URL: <https://bsk.nios.ru/content/dokumenty-evakogospitaley-v-gorodskom-arhive-novosibirsk-0?ysclid=m6hao4g2we305959415>. (Дата обращения: 29.01.2025).
7. 75 лет Новосибирскому НИИТО им. Я.Л. Цивьяна: история в лицах. – Новосибирск, 2021. – С. 15-16. – 224 с.
8. Гусев А.Ф., Шалыгина Л.С., Мамонова Е.В. От военного госпиталя до медицинского технопарка: Новосибирский НИИТО им. Я.Л. Цивьяна – 70 лет пути (через практику к науке, образованию, инновациям, производству и новому качеству) // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5. – URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25181>. (Дата обращения: 17.12.2024).

REFERENCES

1. The stamp of secrecy is removed: Soviet Armed Forces losses in wars, combat operations and military conflicts: A statistical study / V. M. Andronikov, P. D. Burikov, V. V. Gurkin et al.; Under the overall editorship G. F. Krivosheev. – Moscow.: Military Publishing House, 1993. 415 p. (P. 137). (Accessed: 29.01.2025). (In Russian).
2. Russia and the USSR in the wars of the 20th century. Losses of the armed forces: A statistical study / Under the overall editorship G. F. Krivosheev. – Moscow.: OLMA-PRESS, 2001. – 608 p. – URL: <http://lib.ru/MEMUARY/1939-1945/KRIWOSHEEW/poteri.txt>. (Accessed: 29.01.2025). (In Russian).
3. Evacuation hospitals and people. Electronic archive «Memorial of Glory of Novosibirsk residents». URL: <https://slava-sibiryakam.ru/news/detail.php?ID=349880> (Accessed: 29.01.2025). (In Russian).
4. History 1941–1945. Official website of the city of Novosibirsk. – URL: <https://novo-sibirsk.ru/about/history/1941-1945/?ysclid=m4s065fep970811714>. (Accessed: 17.12.2024). (In Russian).
5. Sharukhina E.V. «The honorable task of restoring the health of sick and wounded soldiers...» A review of archival documents on the staff of evacuation hospitals deployed in Novosibirsk during the Great Patriotic War / Interactive Education. Online newspaper. 2017. № 71. – URL: <https://io.nios.ru/articles2/89/15/pochetnaya-zadacha-po-vozstanovleniyu-zdorovya-bolnyh-i-ranennyh-boycov-obzor?ysclid=m4s0fsgum505360393>. (Accessed: 17.12.2024). (In Russian).
6. Documents of evacuation hospitals in the Novosibirsk City Archives. Library of Siberian Local History. – URL: <https://bsk.nios.ru/content/dokumenty-evakogospitaley-v-gorodskom-arhive-novosibirsk-0?ysclid=m6hao4g2we305959415>. (Accessed: 29.01.2025). (In Russian).
7. 75 years of Novosibirsk Research Institute of Traumatology and Orthopaedics n.a. Ya.L. Tsivyan: history in faces. – Novosibirsk, 2021. – P. 15-16. – 224 p. (In Russian).
8. Gusev A.F., Shalygina L.S., Mamonova E.V. From a military hospital to a medical technology park: Novosibirsk Research Institute of Traumatology and Orthopaedics n.a. Ya.L. Tsivyan – 70 years of development (through practice to science, education, innovation, production, and new quality) // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5. – URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25181>. (Accessed: 17.12.2024). (In Russian).



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

КРАТКАЯ ВЕРСИЯ ЖУРНАЛА
ПРЕДСТАВЛЕНА НА САЙТЕ
<http://vestnikrzn.press>