



Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования «Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПОЛУНИНА НАТАЛЬЯ ВАЛЕНТИНОВНА

д.м.н., профессор, академик РАН

АКТОВАЯ РЕЧЬ

«Исторические аспекты становления
и перспективы развития научной специальности
"Общественное здоровье и здравоохранение"
(к 100-летию кафедры им. академика Ю.П. Лисицына)»





ГРИНИНА ОЛЬГА ВАСИЛЬЕВНА
доктор медицинских наук,
профессор



ЛИСИЦЫН ЮРИЙ ПАВЛОВИЧ
доктор медицинских наук,
профессор, академик РАН

*Человек всегда учится лишь у тех, кого любит.
Те, у которых мы учимся, правильно называются учителями...*
(Иоганн Вольфганг Гёте)

*Человек всегда учится лишь у тех, кого любит.
Те, у которых мы учимся, правильно называются учителями...
(Иоганн Вольфганг Гёте)*

Глубокоуважаемые члены Ученого Совета!

Дорогие гости, коллеги, единомышленники, друзья и студенты!

Для меня большая честь выступить с актовой речью в стенах родного 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова — РНИМУ им. Н.И. Пирогова, с которым связана моя сознательная жизнь, начиная с 1963 года.

Это не только большая честь, но и огромная ответственность перед своими учителями, тем более, что мое выступление с Актовой речью в 2023 году совпало с несколькими юбилейными датами:

- 100 лет с момента организации кафедры социальной гигиены—общественного здоровья и здравоохранения;
- 95 лет со дня рождения моего учителя Лисицына Юрия Павловича;
- 75 лет с момента первого выступления с Актовой речью академика АМН СССР Николая Федоровича Гамалеи;
- 65-я Актовая речь, произнесенная в стенах нашей «Alma mater»;
- 60 лет с момента моего зачисления на 1 первый курс педиатрического факультета 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова.

Интерес к научным исследованиям, к изучению роли социальных факторов в формировании здоровья населения, к применению различных методов доказательной медицины появился у меня на 5 курсе института при выполнении небольшой научной работы под руководством Грининой Ольги Васильевны и Лисицына Юрия Павловича. Поэтому после окончания педиатрического факультета 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова в 1969 году у меня не было сомнения в том, где следует получать профессиональное образование — только на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения нашего института. Закончив обучение в ординатуре, затем в аспирантуре и защитив диссертацию, я последовательно проходила по конкурсу на должности ассистента, доцента, профессора, заведующего кафедрой. Мне посчастливилось учиться у великих учителей и приобрести бесценные знания и умения, освоить различные методы по изучению состояния здоровья и его факторной обусловленности, по использованию статистических методов для научного обоснования предлагаемых рекомендаций по улучшению здоровья населения.

ВВЕДЕНИЕ

Человек живет в обществе, и его здоровье зависит не только от его врожденных и наследственно переданных черт, но и в значительной степени от социальных условий окружающей среды, определяемых государством и обществом. Вопросы сохранения и укрепления здоровья населения берут свое начало у самых истоков возникновения государств, и постоянно находятся в центре внимания государства. При этом в каждую общественную эпоху ставились свои цели и задачи по улучшению показателей здоровья населения, и решались они в соответствии с имеющимися условиями.



Н.А. Семашко

Научной специальностью, которая изучает и анализирует здоровье различных возрастно-половых, социальных и профессиональных групп населения во взаимосвязи с окружающими условиями, существующей организацией оказания медицинской помощи, разрабатывает медико-социальные и организационные мероприятия по оздоровлению детского и взрослого населения, работающего контингента и пенсионеров, является «Общественное здоровье и организация здравоохранения».

В отличие от клинических и медико-биологических дисциплин, имеющих дело с отдельным человеком и его здоровьем, научная специальность «Общественное здоровье и здравоохранение» изучает здоровье и охрану однородных групп людей и населения в целом с позиции социально-гигиенических условий и факторов окружающей среды.

Николай Александрович Семашко, первый нарком здравоохранения РСФСР и первый заведующий объединенной кафедры социальной гигиены для всех медицинских вузов г. Москвы (с 18 июля 1918 года по 25 января 1930 года), подчеркивал, что основная задача научной специальности социальной медицины состоит в том, чтобы глубоко изучать особенности состояния здоровья отдельных однородных групп населения и влияние социальной среды на здоровье человека для разработки эффективных медико-социальных и организационных мероприятий по оздоровлению населения. При этом особое внимание Н.А. Семашко обращал на тот факт, что предложенные профилактические и медико-организационные мероприятия с одной стороны должны быть направлены на устранение вредного влияния среды, а с другой стороны — на активное внедрение в повседневную жизнь человека факторов, благоприятно влияющих на здоровье при условии максимального использования возможностей и ресурсов государства и общества.

ОТ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Позитивное изменение здоровья населения (снижение заболеваемости и смертности, предотвращение убыли населения) было и остаётся возможным лишь при организованном взаимодействии различных структурных подразделений государства, правительства и общественных организаций. В основе этого взаимодействия лежит поиск наиболее оптимальных подходов, направленных на устранение массового распространения инфекционных и паразитарных болезней, прежде всего, особо опасных эпидемически, и проведение исследований, позволяющих установить ведущие факторы в формировании показателей здоровья населения.

Возникший в начале XX столетия в мире интерес к изучению социальных условий, факторов, процессов по отношению к здоровью человека и его воспроизводству создали предпосылки для формирования научной дисциплины «Социальная гигиена». Именно так в тот момент была обозначена новая наука — наука об общественном здоровье и здравоохранении.

Первые шаги в развитии социальной гигиены как самостоятельного научного направления были сделаны в первые десятилетия XX века. В 1903 году молодой врач Альфред Гротьян начал издавать в Берлине журнал по социальной гигиене, в 1905 г. основал научное общество по социальной гигиене и медицинской статистике, в 1912 г. добился доцентуры и в 1920 г. — учреждения кафедры социальной гигиены в Берлинском университете. Вслед за кафедрой А. Гротьяна аналогичные кафедры были организованы и в других странах.

В России в эти годы эпизодически, благодаря инициативе передовых ученых — преподавателей гигиены, микробиологии, физиологии, некоторых клинических дисциплин, прежде всего акушеров-гинекологов и детских врачей, осознавших значение и роль общественных факторов для здоровья и борьбы за его охрану и укрепление, в высших учебных заведениях, на медицинских факультетах, не без труда и сопротивления со стороны администрации создавались курсы, учебные программы по общественной гигиене с медицинской статистикой и по превентивной медицине. Профессора медицинского факультета Московского университета С.Г. Забелин, Ф.Ф. Керестури, И.П. Франк в своих трудах еще конце XVIII — начале XIX веков указывали на необходимость обучения студентов науке о здоровье населения, но лишь во второй половине XIX века были организованы подобные курсы. Так, в Казанском университете в 60-х годах XIX века профессор А.В. Петров читал студентам лекции по общественному здоровью, общественной

гигиене; в 70-х годах XIX века — профессор А.П. Песков читал курс медицинской географии и медицинской статистики. В последующем подобные курсы были введены на медицинских факультетах университетов и в высших учебных заведениях Москвы, Петербурга, Киева, Харькова профессорами А.И. Шингаревым, А.В. Корчак-Чепурковским, С.Н. Игумновым, Л.А. Тарасевичем, З.З. Френкелем, П.Н. Диатроповым. Последний был избран профессором кафедры общественной гигиены Московских высших женских курсов (МВЖК, с 1918 года — 2-й МГУ, с 1930 года — 2-й Московский медицинский институт).

Несмотря на это, в 1913 году в Российской империи отмечались неблагоприятные медико-демографические показатели, в том числе наблюдалось широкое распространение массовых инфекционных заболеваний, травм и несчастных случаев, высокие уровни общей (27,2%¹), материнской (420 случаев на 100 тыс. родившихся живыми) и детской (младенческой) смертности (269 случаев на 1000 детей, родившихся живыми), низкая ожидаемая продолжительность жизни (31 год среди мужчин и 33 года — среди женщин). В то же время в других странах показатели здоровья населения и демографических процессов были несравненно лучше: во Франции показатели смертности в тот же период времени были ниже в 1,6 раза, в Германии и США — в 1,8 раза, в Англии — в 2,1 раза, а ожидаемая продолжительность жизни в этих странах была в 1,5 раза выше². Большая часть населения России проживала в сельской местности, промышленное производство находилось в стадии становления и численность городского населения составляла 15,4%¹.

В структуре причин смерти в России в этот период первые места занимали туберкулез, пневмония, инфекционные заболевания, тогда как в развитых странах Европы и в США на первые места вышли сердечно-сосудистые, онкологические и другие хронически протекающие болезни.

Таким образом, в стране имела настоятельная потребность в научном изучении здоровья и болезней не отдельного человека, а населения в целом или отдельных однородных групп людей, в определении причин высокой заболеваемости и смертности населения, в установлении роли окружающей среды в поддержании оптимальных показателей здоровья. Решение этой задачи было необходимо для разработки и осуществления оздоровительных мероприятий на государственном уровне.

После революции 1917 года в связи с крупными государственными социальными преобразованиями, которые были характерны для молодого Советского государства, общественная медицина смогла реализоваться и воплотить в жизнь комплекс медико-социальных профилактических меро-

¹ Народное хозяйство союза С.С.Р. в цифрах (краткий справочник). — Москва — 1924. — 350 с.

² Ю.П. Лисицын Страницы и уроки здравоохранения в России. — Москва, Санкт-Петербург — 2003. — 40 с.

приятий, направленных на оздоровление условий жизни народа и сохранение здоровья населения. Требовалось обеспечить жителей страны лечебно-профилактическими учреждениями и медицинскими кадрами — врачами и медицинскими сестрами. Необходимо было создать систему подготовки и переподготовки практического врача нового типа.

В 1919 году в Москве был открыт Государственный музей (институт) социальной гигиены НКЗ РСФСР, в состав которого вошли 19 отделений, мастерские наглядных пособий, консультативно-инструкторский аппарат, гигиенический отдел и библиотека. Организатором и руководителем музея был назначен доктор медицины, профессор А.В. Мольков.

В 1921 году на базе Научно-исследовательского института социальной гигиены был создан Центр по формированию научной и учебной дисциплины «Социальная гигиена», которая приказом в сентябре 1922 г. была включена в учебные планы в качестве самостоятельной дисциплины. Обучение всех студентов осуществлялось под руководством Н.А. Семашко.

В феврале 1924 года С.С. Намёткин, ректор 2-го МГУ в 1919–1924 годах, направил письмо в Наркомздрав РСФСР о создании кафедры социальной гигиены, и 11 марта 1924 года нарком здравоохранения Н.А. Семашко подписал приказ об организации самостоятельной кафедры социальной гигиены во 2-м МГУ. Возглавил кафедру Зиновий Петрович Соловьев, который одновременно являлся заместителем наркома здравоохранения РСФСР.



**З.П. Соловьев и Н.А. Семашко с сотрудниками кафедры,
1922–1923 годы**

В истории кафедры и в жизни вуза период руководства кафедрой З.П. Соловьевым оставил глубокий след. Совместная работа З.П. Соловьева и Н.А. Семашко способствовала становлению новой учебной и научной дисциплины. Кроме того, ими совместно были сформулированы и обоснованы основные принципы советского здравоохранения, признанные в дальнейшем Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как наиболее перспективные для сохранения и укрепления здоровья населения.

Под руководством З.П. Соловьева совместно с Государственным институтом социальной гигиены начались глубокие систематические исследования состояния здоровья населения страны. Их результаты стали основой для разработки учебных материалов и для принятия решений по организации медицинской помощи населению, в том числе при подготовке нормативно-правовых документов, строительстве и организации деятельности лечебных учреждений, подготовке медицинских кадров.

Появление научной специальности пришлось на период, когда молодое Советское государство переживало тяжелые годы социально-экономического кризиса (спад промышленного производства, сокращение продукции сельского хозяйства, разруха, голод, отсутствие у населения самого необходимого — хлеба, соли, спичек), обусловленные последствиями Первой мировой и гражданской войн. Выход из тяжелого кризисного положения государство видело в социальной поддержке населения и, прежде всего, в реализации бесплатных оздоровительных мероприятий для граждан, особенно для детей и подростков.

Социально-гигиенические исследования, которые проводились в рамках нашей дисциплины, в зависимости от программы исследования и применяемых методик, объектов изучения и поставленных задач условно можно разделить на три группы. Одни исследования были основаны на массовых обследованиях больших групп детей и включали результаты медицинских осмотров, что позволяло оценить основные показатели здоровья, включающие показатели физического развития, заболеваемости и смертности.

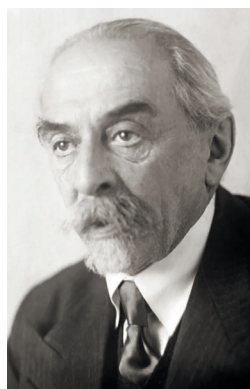
Другие работы велись на небольших группах с применением специальных методик углубленного изучения состояния здоровья в связи с условиями жизни (показатели здоровья и социально-гигиенические характеристики, материально-бытовые условия, режим дня и питания, двигательная активность, и др.). При выполнении этих исследований наряду с изучением состояния здоровья осуществлялся опрос населения об условиях жизни по специально разработанным исследователями анкетам.

Третья группа исследований — это организационно-методические работы, посвященные совершенствованию организации медицинской помощи и направленные на улучшение деятельности медицинских организаций и подготовку медицинских кадров.

Анализ опубликованных в 1921–1930 годы работ кафедры 2-го МГУ показывает, что в первое время предметом её социально-гигиенических исследований были физическое развитие, заболеваемость и смертность детей и подростков. Это было обусловлено тем, что сохранение здоровья подрастающего поколения являлось одной из первоочередных задач страны, а также нали-



Л.А. Сыркин



Р.О. Лунц

чием значимого научного задела в этом направлении, созданного еще в до-революционное время. К работам, выполненным в те годы и раскрывающим особенности физического развития детей и роли факторов окружающей среды следует отнести исследования Лунца Р.О. (1921), Штефко В.Г. (1923), Гольдарбайтера М. (1925), Письменного Н.Н. (1925), Сыркина Л.А. (1930), благодаря которым были определены стандарты физического развития для детей всех возрастов и установлено влияние неблагоприятных факторов на физическое развитие детей. Все исследования выполнялись на большом материале и содержали достоверные результаты. Были разработаны теоретические и методические основы по унификации и статистической обработке антропометрических данных детей. Полученные данные убедительно показали, что низкие показатели физического развития у детей всех возрастов связаны с такими социально-гигиеническими факторами, как недостаток питания, низкий материальный уровень жизни, плохие жилищные условия, работа матерей, которая сопровождается наличием профессиональных вредностей и другими факторами риска.

В исследовании Романа Осиповича Лунца (заведующего показательной детской консультацией Наркомздрава РСФСР, с 1931 года — заведующего кафедрой пропедевтики детских болезней во 2-м МГУ), проанализировавшего за 1918–1922 годы физическое развитие детей, состоящих под наблюдением в детской консультации, было показано, что только 15% детей в течение первого года жизни утроили свой первоначальный вес. При этом было показано, что показатели физического развития детей тесно связаны с их заболеваемостью. Как правило, дети, страдающие туберкулезом, рахитом, гипотрофией имеют отклонения в физическом развитии.

Одним из первых сотрудников вновь организованной кафедры социальной гигиены был Лев Абрамович Сыркин, который, начиная с 1922 года,

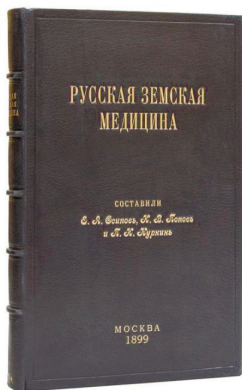
обследовал детей в организованных коллективах (детских домах, детских садах, общеобразовательных и специализированных школах) и учащихся Московского рабфака им. Покровского. Антропометрические обследования детей и молодежи Сыркин Л.А. сочетал с изучением условий их жизни (по данным анкетирования родителей и детей). Им было установлено влияние неблагоприятных материально-бытовых условий, голодания на показатели физического развития. Сыркин Л.А. заложил научные основы школьной гигиены как самостоятельной научной дисциплины и предмета преподавания и в 1930 году он был назначен руководителем первой в стране кафедры школьной гигиены, организованной во 2-м МГУ.

Результаты, полученные сотрудниками кафедры социальной гигиены 2-го МГУ, были подтверждены в работах Бинштока В.И. (1921), Онуфриева Т.А. (1921), Вайсенберга Р.А. (1924) и др., показавших, что на физическое развитие детей в различных регионах оказывает влияние возраст матери, порядковый номер родов, недоедание, плохие материально-бытовые условия. Причем отставание физического развития у детей сохранялось не только в период действия перечисленных факторов, но и в последующих периодах.

Эти работы послужили отправной точкой для проведения сравнительного анализа при осуществлении последующих исследований. Многими исследователями было установлено, что к 1940 году физическое развитие детей в большинстве городов росло по сравнению с предыдущими годами.

Информация о заболеваемости необходима не только для характеристики здоровья отдельных групп населения, но и для строительства медицинских организаций, для планирования объемов медицинской помощи и для подготовки и переподготовки медицинских кадров. При этом следует учитывать, что на величину показателей заболеваемости оказывают влияние самые разные факторы.

В работах, выполненных на начальных этапах становления научного направления «Социальная гигиена» и посвященных изучению показателей заболеваемости, освещались вопросы, касающиеся оценки количественных (уровень заболеваемости), качественных (структура заболеваемости) и индивидуальных (кратность и длительность заболеваний в течение года) показателей у детей по возрастным группам. Первые исследования такого рода были проведены Осиповым Е.А., Поповым И.В., Куркиным П.И., а первые результаты, полученные ими, были представлены в книге «Русская земская медицина» в 1898 года и послужили отправной точкой для последующего сравнительного анализа изменений заболеваемости населения России.



К наиболее обстоятельным исследованиям заболеваемости населения, выполненным в первые годы Советской власти, относится изучение заболеваемости, выполненное Петром Ивановичем Куркиным, консультантом Центрального статистического управления, совместно со своими соратниками и учениками: Богословским С.И., Брушлинской Л.А., Чертовым А.А., Меллером М.С. — жителей Москвы и Московской губернии по данным обращаемости. Сравнение результатов, полученных в 1926 году, с данными 1907 года о заболеваемости населения Московской губернии позволило сделать вывод о том, что, несмотря на неполноту данных о заболеваемости по обращаемости, связанной с недостаточным количеством медицинских лечебных учреждений и медицинских кадров, наиболее высокий уровень заболеваемости приходится на детей раннего возраста, и особенно первого года жизни.



П.И. Куркин

Особого внимания заслуживает тот факт, что в конце XIX века анализ заболеваемости и причин смерти был затруднен в связи с отсутствием четкой регистрации всех случаев заболеваний и методики анализа. Именно поэтому П.И. Куркин¹ в 1897–1899 гг. принял самое активное участие в разработке первой отечественной номенклатуры болезней, известной как «Пироговская номенклатура болезней», утвержденной в 1902 году медицинским департаментом России и принятой к исполнению в качестве «обязательной для врачей всех ведомств». Первая советская номенклатура и классификация болезней, в основу которой была положена Пироговская номенклатура болезней, была утверждена в 1924 году и использовалась для изучения и анализа структуры заболеваемости и причин смерти в нашей стране.

Большая заслуга Куркина П.И. состоит и в том, что благодаря ему в стране стала использоваться санитарная статистика как основной метод при изучении и оценке здоровья населения. Большое внимание он уделял правильному использованию наглядных методов для представления полученных результатов, поэтому «Атлас диаграмм», который включал 100 санитарно-статистических таблиц-графиков, и имел исключительный успех не только в нашей стране, но и за рубежом. Куркину П.И. принадлежит первенство в разработке «Схемы санитарно-статистических исследований» для изучения здоровья различных групп населения. Эта схема и в настоящее время приводится во всех учебниках и лежит в основе методики проведения научных исследований по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение».

¹ Куркин П.И. с 1912 г. руководил постоянной санитарно-статистической комиссией при Правлении Пироговского общества.

П.И. Куркин являлся бессменным лектором на кафедре общественной медицины с медицинской полицией и эпизоотией при МВЖК (заведующий кафедрой профессор П.Н. Диатропов) и его лекции по использованию статистических методов при изучении здоровья населения пользовались у студентов и врачей большим успехом.

Одним из первых исследований, посвященных анализу заболеваемости детей раннего возраста, является работа Смулевича Болеслава (Бориса) Яковлевича (1925). Полученные им данные выявили наиболее высокий уровень заболеваемости в г. Москве, наиболее низкий — в поселках городского типа (в расчете на 1000 детей в г. Москве — 2058 случаев заболеваний, в других городах — 1724 случаев заболеваний, в поселках городского типа — 804 случаев заболеваний). В тоже время показатель смертности детей в тех же населенных пунктах имел обратную тенденцию, составляя соответственно 10,2%, 10,7% и 11,3%. Приведенные данные свидетельствовали о наличии скрытой, не выявленной заболеваемости детей в связи с низкой обращаемостью за медицинской помощью. Это позволило ученому сделать вполне обоснованный вывод о необходимости увеличения подготовки врачебных кадров, а особенно врачей, специализирующихся на оказании медицинской помощи детям. Эта рекомендация и была воплощена в жизнь в 1930 году, когда сперва был организован педиатрический факультет в нашем вузе, а затем и в других вузах страны.

К массовым обследованиям по изучению заболеваемости детей, выполненным в 30-е годы, относятся работы Коган Р.Б. и Васич Е.А. (1935), Меркова А.М. и Тукеп Е.И. (1936), Левитиной И.И. (1940) и др. Полученные данные показали не только высокий уровень заболеваемости детей на первом году жизни, но и изменения в структуре заболеваемости детей — с увеличением возраста увеличивается число болезней органов дыхания и инфекционных заболеваний, и снижается количество болезней органов пищеварения и заболеваний, обусловленных расстройствами питания. При изучении факторной обусловленности здоровья было выявлено, что наиболее значимое влияние оказывают такие факторы, как здоровье матери, особенности течения беременности и родов, характер питания детей, особенно на первом году жизни, посещения дошкольных учреждений (яслей, детского сада), материально-бытовые условия.

В стране в период с 1918 г. по 1922 г. был опубликован ряд Постановлений ЦК КПСС и Советского правительства, касающихся улучшения условий жизни и охраны здоровья детского населения¹:

1. Об организации Коллегии по охране и обеспечению материнства и младенчества от 28.12.1917 (10.01.1918);
2. Об организации Комиссии по охране младенчества от 31.01.1918 (13.11.1918);

¹ Постановления ЦК КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа. М., 1958 г.

3. Об усилении детского питания от 14.09.1918;
4. О фонде детского питания от 23.09.1918;
5. Об учреждении Совета защиты детей от 04.01.1919;
6. О бесплатном детском питании от 17.05.1919;
7. О распространении декрета «О бесплатном детском питании» на всех детей, не достигших 16-летнего возраста от 12.06.1919;
8. Об организации детского питания от 24.09.1919;
9. Об организации снабжения детей продуктами питания от 15.06.1920;
10. Положение об охране здоровья подростков и детей в РСФСР от 15.09.1921;
11. О врачебном освидетельствовании рабочих подростков от 13.10.1922;
12. Об охране материнства и младенчества от 31.11.1922.

Естественно, реализация перечисленных постановлений была недостаточной для улучшения здоровья детского населения, необходимо было создание системы организации медицинской помощи, включающей нормативно-правовые акты, регулирующие строительство и деятельность медицинских организаций, подготовку медицинских кадров, обеспечение современным оборудованием лечебных учреждений, разработку новых технологий диагностики и лечения.

Блестящие организаторы, вдумчивые исследователи, Н.А. Семашко и З.П. Соловьев, опираясь на выполненные сотрудниками кафедры исследования, обосновали, разработали и сформулировали основные принципы советского здравоохранения — государственный характер (бесплатность и общедоступность), профилактическое направление, единство науки и практики, оказание медицинской помощи по двум направлениям — участковость и соблюдение иерархии при оказании медицинской помощи (ФАП, амбулатории, сельские участковые ЛПУ, районные ЛПУ и областные ЛПУ), участие населения в здравоохранении. Реализация перечисленных принципов построения системы здравоохранения, несмотря на тяжелейшие испытания, выпавшие на долю России, позволила в короткий срок достичь таких показателей здоровья населения, которые можно сравнивать с экономически развитыми странами, потратившими гораздо больше времени для их достижения.

ВОЗ высоко оценила разработанную в нашей стране первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) населению и 12 сентября 1978 года на Международной конференции по ПМСП в Алма-Ате была принята декларация о необходимости осуществления незамедлительных действий со стороны всех правительств, всех работников здравоохранения и мирового сообщества для реализации принципов оказания ПМСП по защите и укреплению программы «Здоровье для всех».

З.П. Соловьев разработал специальную программу подготовки кадров в аспирантуре. При кафедре был организован студенческий научный кружок (СНК), в работе которого принимали активное участие студенты различных

курсов. В частности в 1925 г. СНК насчитывал около 150 студентов. Тяга к изучению социальной гигиены объяснялась особым составом студентов, правильно понимавших свою роль как врачей-общественников. Многочисленность кружка объяснялась не только интересом к социальной гигиене, но и тем обстоятельством, что студенты-кружковцы получали навыки в исследовательской работе, в проведении профилактической работы, в освоении методических навыков санитарного просвещения среди населения. Кружковцы проводили большую работу при диспансеризации населения, активно читали лекции санитарно-просветительного характера.

Руководителями СНК были сотрудники кафедры С.И. Каплун, А.А. Летавет, А.Н. Сысин. Под их руководством студенты готовили доклады по таким темам, как «Голод как социально-гигиенический фактор», «Физическое развитие и социальная среда», «Туберкулез как профессиональное заболевание», «Туберкулез с точки зрения социальной гигиены», «Диспансеры и их роль в наблюдении за пациентами с хроническими заболеваниями» и др. Для подготовки доклада кружковцы объединялись в группы (до 20 студентов), что способствовало быстрому и качественному сбору информации, статистической обработке собранного материала и оформлению работы.

Из СНК вышли многие ученые социал-гигиенисты: К.В. Майстрах (заведующий кафедрой организации здравоохранения 1-го МГМИ), член-корреспондент АМН СССР, профессор Б.Д. Петров (заведующий отделом здравоохранения ЦК КПСС, отделом истории медицины Института им. Н.А. Семашко), профессор П.П. Трескунова (заведующая кафедрой организации здравоохранения Ашхабадского института, трагически погибшая во время землетрясения в г. Ашхабаде в 1947 г.), доктор медицинских наук Р.Б. Коган (старший научный сотрудник отдела детства Института социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А. Семашко), А.Б. Шевелев (заведующий кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения Ташкентского медицинского института), Л.О. Каневский (старший научный сотрудник отдела истории медицины Института им. Н.А. Семашко), доцент М.С. Меллер (более 25 лет работавший на кафедре, а затем — старший научный сотрудник Института гигиены детей и подростков), доцент О.В. Василевская (более 25 лет работавший на кафедре общей гигиены 2-го МГМИ) и многие другие.

Соловьев З.П. страстно и целеустремленно выступал за развитие и реализацию профилактического направления в здравоохранении, в том числе за изменение окружающей среды, которое, прежде всего, обеспечивало бы создание здоровых условий жизни советских людей, питания, труда, быта, влияющих на формирование здоровья. Важное место в профилактической работе Зиновий Петрович уделял оздоровлению подрастающего поколения. По его инициативе на берегу Черного моря был создан «Лагерь-санаторий



**З.П. Соловьев (в центре) в Артеке, 1928 г.
Слева от него — французский писатель А. Барбюс,
справа — немецкий коммунист Г. Дункер**

«Артек» (первоначальное название детского центра), открытие которого состоялось 16 июня 1925 года.

При создании Артека предусматривалось направление в детский оздоровительный лагерь в летнее время и, в первую очередь, детей из неблагоприятных условий жизни, постепенно «Артек» из небольшого летнего палаточного лагеря вырос в один из самых крупных в мире комплексов детского отдыха и приобрел статус международного детского центра, а по мере улучшения материально-бытовых условий жизни путёвка в «Артек» стала престижной наградой как для советских, так и для зарубежных детей.

Большинство исследователей в качестве предложений по улучшению здоровья предлагали комплекс оздоровительных мероприятий, включающий в первую очередь проведение санитарно-просветительной работы среди различных групп населения, в том числе среди детей и подростков. При этом больше внимание уделялось гигиеническому воспитанию взрослых и детей, основной задачей которого являлось устранение неблагоприятных социально-гигиенических факторов и формирование позитивного гигиенического поведения. Идеологом разработки санитарно-просветительной работы среди населения был Илья Давидович Страшун, старший ассистент кафедры социальной гигиены медицинского факультета 2-го МГУ.

После смерти З.П. Соловьева (1928 год) кафедра некоторое время не имела постоянного руководителя. Сначала ее возглавил В.А. Обух (1928–1930 годы), потом небольшой период коллективом руководил И.Д. Страшун (1930–1931 годы), затем заведующим был М.М. Ландис (1931–1934 годы).

18 апреля 1930 г. по приказу Наркомпроса РСФСР № 234 2-ой Московский государственный университет был реорганизован и на его основе создано три самостоятельных института, в том числе 2-й Московский медицинский институт (2-й MMI) с передачей его в ведение Наркомздрава РСФСР. В структуре института наряду с лечебно-профилактическим факультетом (хирургическое отделение, терапевтическое отделение, стоматологическое отделение) были организованы факультет охраны материнства, младенчества и детства (отделение материнства и младенчества и отделение охраны здоровья детей) и вечерний факультет. Набор студентов на первый курс факультета охраны материнства, младенчества и детства 2-го MMI был произведен 1 октября 1930 года.



И.Д. Страшун

В 1931 году на вновь организованном факультете охраны материнства, младенчества и детства была учреждена кафедра социальной гигиены, которую возглавил член-корреспондент АМН СССР, доктор медицинских наук, профессор Григорий Абрамович Баткис. В 1934 году после объединения кафедр социальной гигиены лечебного и педиатрического факультетов 2-го Московского медицинского института (2-й МГМИ, переименован в 1932 году), он продолжил заведовать объединенной кафедрой. В 1941 г. кафедра вновь была реорганизована и переименована в кафедру организации здравоохранения, но руководителем кафедры до последних дней жизни оставался Г.А. Баткис.

На протяжении всех лет Г.А. Баткис следовал традициям, которые были заложены основателем кафедры З.П. Соловьевым. Главной задачей кафедры было проведение научных исследований по изучению состояния здоровья и условий жизни населения, по разработке мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи.

Важным аспектом выполнения научных исследований является предоставление достоверной информации, которая базируется на использовании адекватных статистических методов. Неслучайно П.И. Куркин ввел в систему медицинского образования преподавание студентам и врачам основ медицинской статистики. Г.А. Баткис продолжил эту тему, уделяя особое внимание использованию статистических методов при изучении здоровья населения. Так, для совершенствования методики изучения и анализа здоровья насе-



**Г.А. Баткис с сотрудниками кафедры
социальной гигиены, 1933 год**

ления сотрудниками кафедры под руководством Г.А. Баткиса был разработан оригинальный метод изучения демографических событий, получивший название анамнестического метода и нашедший широкое применение в практике. Обоснование использования анамнестического метода, его достоинств и недостатков нашли свое отражение в специальных работах Г.А. Баткиса в 1920-е годы, затем в работах в 1940–1950-е годы. Были проведены многочисленные исследования по изучению демографических процессов среди рабочих и крестьян, а также населения в различных национальных областях, в том числе под руководством Г.А. Баткиса и Р.Б. Коган¹ Институт коммунальной гигиены АМИ СССР (рук. Е.И. Солтынский) и Институтом социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А. Семашко (рук. Ф.Н. Шуфер).

Проведенное на кафедре исследование сотрудников кафедры С.Н. Белгородской, Е.И. Арсентьевой, В.И. Овчарова и О.В. Грининой, посвященное истории отечественной санитарной статистики имело не только историческое, но и методическое значение. В последующем оно было продолжено доцентом О.В. Грининой. Под руководством Г.А. Баткиса были разработаны,

¹ Карсен Нора Григорий Абрамович Баткис (к 110-летию со дня рождения) / Электронная версия бюллетеня Население и общество. — ДЕМОСКОП — № 22 — 2005 — 8 с.

апробированы и внедрены в практическое здравоохранение специальные методы анализа смертности мигрирующих масс (1943), метод определения больничной летальности в условиях военного времени, на основе которого были разработаны специальные таблицы по вычислению продолжительности лечения, получившие широкое применение в госпитальной практике. В 1954 г. вышла обобщающая монография «Определение смертности мигрирующей совокупности».

В 1934–1935 годы кафедрой проводились работы по проблемам совершенствования статистики здравоохранения, учета и отчетности медицинских учреждений, основным направлением которых явилась ликвидация отрыва санитарной статистики от задач здравоохранения. Было обосновано применение метода стандартизации при анализе демографических показателей (при сравнении показателей смертности по регионам, имеющим различный возрастно-половой состав), деятельности медицинских учреждений (при сравнении медицинских учреждений, имеющих различный состав пациентов по тяжести состояния, возрастно-половому составу), показано с одной стороны удобство его использования, а с другой стороны объективность данного метода при анализе деятельности различных лечебно-профилактических учреждений. Были выработаны методы сводного анализа деятельности медицинских учреждений органами здравоохранения — сводно-аналитические обзоры. По результатам выполненных исследований были предложены усовершенствованные новые формы учета и отчетности, а также качественные показатели для оценки деятельности медицинских учреждений. На основании полученных результатов профессор Г.А. Баткис совместно с А.А. Альтовским и Л.Б. Шенфельдом опубликовал в 1951 году практическое руководство «Статистика здравоохранения», переведенное на чешский язык в 1953 году.

Вопросы санитарной статистики занимали очень большое место в деятельности Г.А. Баткиса как бессменного председателя Центральной санитарно-статистической комиссии. Большое внимание он уделял методике проведения статистических исследований, в частности, он приложил много усилий и отстаивал права на проведение выборочных исследований при изучении заболеваемости, которые, несмотря на относительно небольшой объем наблюдений, дают возможность получить достоверные данные при меньших затратах. Однако, для их реализации необходимо было разработать методические подходы к определению объема выборки, позволяющей получить достоверные результаты, разработке документов сбора информации (анкет и выборочных карт), к использованию статистических методов установления факторной обусловленности здоровья.

Сотрудники кафедры (Г.А. Баткис, В.И. Овчаров, О.В. Гринина) постоянно принимали участие в деятельности Центральной статистической комиссии

МЗ СССР. По их инициативе была создана сеть научно-методических бюро санитарной статистики, некоторые из которых потом превратились в крупные научно-исследовательские учреждения.

С начала 1930-х годов кафедра являлась своеобразной лабораторией по разработке новых методов организации медицинской помощи взрослому и детскому населению. В эти годы в стране делался упор на форсированное развитие промышленного производства и на коллективизацию сельского хозяйства. Недостаточность ресурсов и финансовых средств в стране не позволяла организовать адекватную потребностям и равноценную медицинскую помощь всему населению. В соответствии с политическими задачами, нацеленными не только на сохранение государства, но и на усиление его боеспособности, особое значение приобрело Постановление ЦК ВКП(б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян» (1929), предусматривающее преимущественное обеспечение медицинской помощью рабочих промышленных предприятий и колхозников. Требовалась разработка новых организационных форм медицинской помощи рабочим промышленных предприятий (исследования ассистентов Н.Н. Морозова, М.С. Меллер, К.В. Майстрах) и сельским жителям в колхозах и совхозах (исследования ассистентов Ф.И. Зборовская, С.Я. Гусакова), внедрение которых давало возможность при ограниченных материальных и финансовых ресурсах предоставить достаточный уровень медицинской помощи трудоспособному населению, обеспечивающему материальное благосостояние государства.

Результаты выполненных по поручению наркома здравоохранения РСФСР М.В. Владимирского коллективом кафедры вместе с Институтом социальной гигиены исследований позволили сформулировать основные направления деятельности медицинского персонала, оказывающего медицинскую помощь рабочим промышленных предприятий и колхозникам. Было обосновано и реализовано создание здравпунктов и специализированных лечебно-профилактических учреждений для рабочих промышленных предприятий, трехэтапная система оказания медицинской помощи для сельских жителей. Эти медицинские учреждения являлись дополнением к действующим больницам и амбулаторно-поликлиническим учреждениям.

Для осуществления систематического медицинского наблюдения за работающим контингентом было предложено организовать медицинское учреждение нового типа — медико-санитарную часть (МСЧ), оказывающую медицинскую помощь рабочим промышленных предприятий в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях. Для обеспечения своевременности оказания медицинской помощи работающим была предложена организация фельдшерских и врачебных здравпунктов на предприятиях, на крупных промышленных предприятиях — организация «цехов здоровья», являющихся прообразом профилакториев для проведения среди рабочих

оздоровительных мероприятий. Была также разработана программа подготовки врача здравпункта и врача-терапевта участкового цехового врачебного участка.

Исследования, посвященные организации медицинской помощи сельским жителям, показали, что, учитывая с одной стороны небольшую плотность населения, а с другой стороны большой радиус расселения, для обеспечения доступности и своевременности оказания медицинской помощи целесообразно использовать лечебно-профилактические учреждения, которые распределены на три группы в зависимости от объемов оказания медицинской помощи. Каждому этапу должны соответствовать свои медицинские учреждения в соответствии с поставленными задачами:

I этап — сельский врачебный участок (ФАП, колхозные родильные дома, амбулатория, сельская больница);

II этап — районные медицинские учреждения (центральная районная больница и районные медицинские учреждения, в том числе выездные врачебные бригады);

III этап — областные медицинские учреждения (областная больница и областные медицинские учреждения).

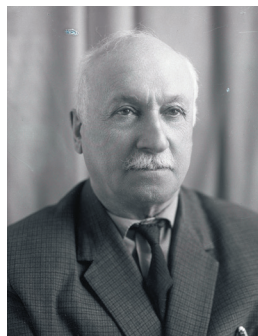
Кроме того, было выявлено, что около 15–20% сельских жителей получают медицинскую помощь в городских медицинских учреждениях. Это позволяет обеспечить доступность и своевременность оказания медицинской помощи.

Развитие профилактического направления получило продолжение в организации диспансеризации населения, реализация которой дала возможность проводить ежегодное обследование декретированных групп населения и осуществлять в отношении них динамическое наблюдение, своевременно выявлять хронические заболевания и соответственно своевременно начинать лечения. Этот метод наблюдения за работающим контингентом был успешно реализован в деятельности МСЧ, здравпунктов, ФАПов, сельских участковых больниц и выездных врачебных бригад.

Особым разделом работы кафедры в послевоенное время являются исследования заболеваемости населения. Если в 1930-х годах они были нацелены на решение оперативных задач здравоохранения, то в 1950-е годы кафедра работала над совершенствованием методики изучения заболеваемости. Первостепенное значение имела разработка критериев оценки заболеваемости с временной утратой трудоспособности, её взаимосвязь с общей заболеваемостью. В связи с тем, что для оценки заболеваемости важную роль играет использование классификации болезней (в целом существует более 10 000 диагнозов), специальным предметом исследований стала работа по пересмотру первой советской номенклатуры болезней (1924), в подготовке которой принял участие П.И. Куркин. На протяжении 24 лет (с 1929 года по 1952 год)

одним из руководителей комиссии по пересмотру Отечественной номенклатуры и классификации болезней был Г.А. Баткис, который использовал материалы кандидатской диссертации своей ученицы Т.И. Добровольской, посвященно истории развития классификации и номенклатуры болезней.

При изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности М.Б. Александровой были предложены характеристические показатели: количественные показатели — уровень (число случаев утраты трудоспособности на 100 работающих и число дней утраты трудоспособности на 100 работающих) и качественный показатель — индивидуальная характеристика заболеваемости (средняя длительность одного случая заболевания). Кроме того, ею было показано, что показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности являются высокоинформативным критерием здоровья экономически активного населения и адекватно отражают уровень и структуру общей заболеваемости.



Г.Б. Гецов

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ В СВЯЗИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ИХ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Одним из основных направлений научной работы кафедры было изучение состояния здоровья грудных детей, что выразилось в большом количестве диссертационных работ, выполненных под руководством заведующих кафедрой Г.А. Баткиса, О.В. Грининой, Ю.П. Лисицына, Н.В. Полуниной.

Следует добавить, что в это время на кафедре работал первый в стране и первый в нашем Университете декан педиатрического факультета Гецов Герасим Борисович, который одновременно являлся сначала доцентом кафедры социальной гигиены матери и ребенка 2-го МГМИ (1931–1935 годы), затем с 1935 года до последних дней жизни — заведующим курсом охраны материнства и младенчества при кафедре.

В рамках этого направления работы аспирантами, ассистентами и доцентами кафедры были обследованы недоношенные дети, дети грудного и раннего возраста, дошкольники и школьники, подростки и студенты. Несмотря на несовершенство методики, неполноту данных о заболеваемости, проведенные исследования выявили возрастно-половые особенности детс-

кой патологии. Было отмечено, что наиболее высокий уровень заболеваемости имеет место среди детей раннего возраста, постепенно снижаясь в 1,5–2 раза достигая минимальных цифр в 14–15 лет.

С увеличением возраста детей меняется и структура заболеваемости. Если для детей первых лет жизни характерны заболевания, обусловленные расстройствами питания, врожденной патологией, то для детей дошкольного возраста — инфекционные заболевания, острые болезни органов дыхания, травмы.

Одной из первых работ посвященных заболеваемости детей первых трех лет жизни была диссертация доцента **М.С. Меллер**, в которой анализировалась заболеваемость детей за период с 1937 по 1947 годы. Было продемонстрировано негативное влияние Великой Отечественной войны на показатели заболеваемости детей, причем это влияние сохранялось некоторое время и после её окончания.

Большой интерес представляет докторская диссертация В.П. Плонской, которая изучила заболеваемость на основе непрерывного наблюдения грудных детей в детской консультации в период с 1947 по 1952 год. В исследовании приведены убедительные доказательства необходимости широкого внедрения в деятельность детских консультаций-поликлиник при наблюдении детей первого года жизни ранее разработанных Г.А. Баткисом и Г.Б. Гецовым¹ методов непрерывного наблюдения за здоровьем детей и активного патронажа грудных детей. Кроме того, результаты выполненного исследования дали возможность разработать новые показатели оценки деятельности детских поликлиник и состояния здоровья грудных детей, такие как индекс здоровья грудных детей. В.П. Плонской было предложено деление детей в зависимости от кратности заболеваний в течение года на три группы:

- часто болеющие (ЧБ) дети, к которым были отнесены болеющие четыре и более раз в течение года;
- эпизодически болеющие (ЭБ) дети, кратность заболеваний которых в течение года составляла от одного до трех заболеваний;
- не болеющие (НБ) дети, которые учитываются при определении показателя «индекс здоровья».

При этом следует учитывать, что величина «индекса здоровья» может колебаться от 10% до 30%, даже 35%. Величина этого показателя зависит не только от состояния здоровья анализируемого контингента, но и от степени обеспеченности детского населения врачебными кадрами. Особого внимания заслуживает анализ заболеваемости детей в связи с показателями физического развития. В работе отмечено, что не болевшие дети, которые имели более высокие показатели физического развития, в два раза чаще находились на естественном вскармливании и проживали в хороших жилищных условиях.

¹ Баткис Г.А. Активный патронаж грудных детей — Москва; Ленинград : Медгиз — 1940 — 16 с.

Значимость разработанных на кафедре рекомендаций (Г.А. Баткис, Г.Б. Гецов, В.П. Плоская) по использованию показателей (кратность заболеваний в течение года и «индекс здоровья») и методов наблюдения детей (система активного патронажа грудных детей) трудно переоценить, так как эти предложения были успешно внедрены в работу детских поликлиник страны. Следует подчеркнуть, что и в настоящее время эти рекомендации не потеряли своей актуальности.

В 50-е годы были введены специальные формы (статистический талон, лист записи уточненных диагнозов и др.) учета заболеваемости в лечебно-профилактических учреждениях, с помощью которых стал проводиться систематический контроль за состоянием здоровья детей в данном учреждении. Во многих исследованиях эти формы учета заболеваемости служили основным источником получения информации. Однако для более полной характеристики состояния здоровья детей многими авторами были применены, кроме статистических талонов, добавочные методы сбора информации.

В дальнейшем под руководством Г.А. Баткиса и А.М. Меркова (зав. отделом статистики в Институте социальной гигиены и организации здравоохранения) были выполнены исследования по изучению заболеваемости детей в различных городах нашей страны: в Днепропетровске — Гольдбергом Б. (1939), в Иркутске — Ларионовой Т.А. (1958), в Виннице — Авербухом Л.А. (1961), в Углеуральске — Вершининой А.Г. и Подлужной М.Я. (1961), в Ростове-на-Дону — Гориковой Л.Б. и Никольской Ю.М. (1963), в Макеевке — Гариной М.Г. (1965), в Тбилиси — Цабадзе В.М. (1966), в ряде городов — Богомольским М.А. (1966). На большом статистическом материале было установлено, что уровень заболеваемости выше у мальчиков по сравнению с девочками до семи лет, а с семи лет и практически до 55–60 лет уровень заболеваемости лиц мужского пола ниже в сравнении с заболеваемостью лиц женского пола. В тоже время среди мальчиков и мужчин во всех возрастных группах уровень смертности выше, чем у девочек и женщин.

Учитывая тесную взаимосвязь показателей заболеваемости и физического развития, при анализе здоровья детей и подростков проводилось изучение физического развития. В этом отношении большого внимания заслуживает исследование Коган Ревекки Бенциановны, которая во 2-м МГМИ прошла на кафедре путь от студентки до аспирантки, затем ассистента, старшего научного сотрудника и профессора. Полученные ею данные выявили, что показатели физического развития детей и подростков, чутко реагируя на изменение внешней среды, в первую очередь свидетельствуют о неблагоприятном воздействии того или иного фактора. Так, годы Великой Отечественной войны оказали отрицательное влияние на показатели здоровья детей, и прежде всего, на показатели физического развития детей и подростков. Дети, рожденные в 1941–1945 годах, имели дефицит веса и роста в сравнении с

детьми, рожденными в предвоенные годы. Причем это различие сохранялось не только при рождении, но и среди детей старшего возраста. Снижение показателей физического развития детей и подростков было установлено в работах (Романовская С.Ю., 1948; Малышева Р.А., 1957; Ежова Л.Н., 1957; Юфа Е.Я. и Соколова В.Г., 1959; Кулакова А.С., 1960; Гершкович С.М. с соавт., 1962; Калиберный В.В., 1962; Галиева Л.Ф., 1962; Кулакова Т.А., 1963; Миллере Р.К., Сегленице К.Б., Ямпольская Т.С., 1964), выполненных в различных регионах страны и подтвердивших отрицательные последствия войны на здоровье детей. Лишь в 60-е годы физическое развитие детей и подростков достигло предвоенного уровня, что было установлено исследованиями Кабдугалиевой Г.К. (1966), Смирновой А.И. (1967), **Левиант** С.М. (1967), Писаревского Н.Н. (1969), Фараджевой П.Я. (1969), Ставицкой А.Б. (1969), Климова А.И. (1970), Старикова Б.Е. (1970), Голковой М.Л. (1970) и др. Кроме того, в этих работах, выполненных на большом статистическом материале, было убедительно показано влияние климатических и сезонных факторов на показатели физического развития детей раннего возраста. Так, дети, проживающие в северных районах и в районах Восточного Забайкалья, имели достоверно более низкие показатели физического развития в сравнении с детьми и подростками, проживающими в южных районах нашей страны.

Большое место занимали исследования по антропометрическому обследованию детей различных национальностей. Полученные данные выявили более низкие показатели физического развития в сравнении с русскими детьми у детей узбеков (Сайданбарова Р.И., 1960); эвенков (Орлова Г.И., 1964), татарских детей (Якубова С.Я., 1965), чувашских детей (Цветкова Л.И., 1969), туркменских детей (Авазовым М.А., 1966), калмыцких детей (Каспаров Э.Л., 1967). Ценность этих исследований состояла в том, что они явились стандартами для оценки физического развития детского населения в различных регионах нашей страны.

В рамках этих работ была создана и апробирована методика изучения физического развития детей, включающая описание проведения измерений (в одни и те же утренние часы на обнаженных детях) и разработана «Антропометрическая карта», которая заполнялась на каждого ребенка. В карту вносились сведения не только о росте (длине тела), весе (массе тела), окружности грудной клетки, окружности головы (только для детей первого года жизни), при необходимости другие антропометрические показатели, но и такие данные, как пол и возраст ребенка, национальность, возраст матери в момент рождения ребенка, порядковый номер родов, характеристика жилищных и материально-бытовых условий. В дальнейшем эти пункты были включены в «Историю развития ребенка» — медицинский документ, который отражает наблюдение за здоровьем ребенка в детской поликлинике, начиная с дородового патронажа и до перевода ребенка во взрослую поликлинику.

ДОСТИЖЕНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ

На протяжении всех лет существования нашего государства одной из важнейших задач, стоящих перед здравоохранением и обществом, являлось сохранение и укрепление здоровья всех слоев населения и особенно подрастающего поколения. При этом на каждом этапе исторического развития нашего государства стояли свои задачи и определялись свои пути достижения оптимальных показателей здоровья. Обращает на себя внимание, что к числу приоритетов достижения благоприятных показателей здоровья в России всегда относился комплекс мероприятий, включающих не только обеспечение населения медицинской помощью соответствующего уровня, но и создание необходимых условий для обеспечения наиболее благоприятных условий окружающей среды.

Еще в 1903 году в программе РСДРП, принятой II съездом партии, ставшей после Октября 1917 года правящей, заключались требования «в интересах охраны рабочего класса от физического и нравственного вырождения» установления восьмичасового рабочего дня, еженедельного выходного дня, запрещения ночного труда, кроме производств, где он, безусловно, необходим по техническим соображениям, труда детей, ограничение рабочего дня подростков, запрещения женского труда в отраслях, где он вреден для женского организма, установления десяти недельного декретного отпуска беременным с сохранением заработной платы, устройства детских яслей, государственного страхования рабочих на случай старости или потери трудоспособности, строгого санитарного контроля на предприятиях, бесплатной медицинской помощи с сохранением содержания на время болезни и др. требования программы РСДРП вошли в проект программы, составленной В.И. Лениным в мае 1917 года.¹

Эти требования были осуществлены лишь после революции и уже 29 октября 1917 года был принят декрет «О восьми часовом рабочем дне», в соответствии с которым до работы не допускались дети до 14 лет, к подземным работам — женщины и подростки до 18 лет, на вредных производствах сокращалась продолжительность рабочего дня. 22 декабря 1917 года ЦИК утвердил декрет «О страховании на случай болезни», а 14 ноября В.И. Ленин подписал декрет «О бесплатной передаче больничным кассам всех лечебных учреждений».

Войны, голод, разруха нанесли громадный ущерб народному хозяйству страны и населению. Лишь после завершения восстановительного периода, с 60-х годов начался период, когда стали задумываться над увеличением фи-

¹ Лисицын Ю.П. Страницы и уроки здравоохранения в России. — М., С.-Пб. — 2003 — 40 с.

нансирования социальной сферы, обеспечивающей потребности человека, его жизнедеятельность, культурный досуг, его здоровье.

Безусловно, для принятия правительством важнейших решений об улучшении условий труда и материально-бытовых условий необходимо проведение исследований, в которых были обоснованы причины неблагоприятных показателей здоровья и даны рекомендации по их улучшению. В Постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке»¹ был сделан акцент на роль ученых-медиков, особенно представителей социальной гигиены и организации здравоохранения. В названном выше документе сказано: «Повысить результативность исследований в области социальной гигиены и организации здравоохранения, глубоко анализировать уровень заболеваемости, и на основе исследований здоровья населения, условий и факторов, его определяющих и опосредующих, составлять по конечным результатам прогнозы, которые важно учитывать при определении стратегии и тактики государства в развитии здравоохранения». Но ни прогноз, ни оценка, ни стратегия невозможны без ответа на вопрос: от чего непосредственно зависит здоровье? Ответ на этот вопрос можно получить лишь в результате проведения научных исследований, нацеленных на анализ здоровья и определение факторов его обуславливающих. На основе исследований здоровья населения, условий и факторов, его определяющих и опосредующих составляются не только прогнозы и производятся оценки, но и закладываются основы стратегии политики государства и общества по сохранению и укреплению здоровья.

Осуществление такого рода исследований выпало на период руководства нашей кафедрой академиком РАМН, доктором медицинских наук, профессором Юрием Павловичем Лисицыным, который 01 сентября 1963 года был назначен заведующим кафедрой и в течение последующих 50 лет до 01 сентября 2013 года оставался бессменным её руководителем.

Юрий Павлович не только сохранил традиции кафедры, но и приумножил их. С одной стороны на кафедре продолжались классические социально-гигиенические исследования, в которых в качестве объекта исследования выступали группы населения, объединенные возрастно-половыми, социальными, этническими, профессиональными и иными характеристиками, с другой стороны — стали проводиться клиничко-социальные исследования, в которых объектом изучения являлись пациенты с хроническими заболеваниями. Полученные результаты лежали в основе характеристики заболева-

¹ Постановление ЦК КПСС, Совет Министров СССР от 19 ноября 1987 г. N 1318 «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года» // Сборник постановлений СМ СССР. — 1987 — с.313–341.



Коллектив кафедры, 1969 год

емости различных групп населения, в том числе лиц с хроническими заболеваниями.

Следует подчеркнуть, что охрана здоровья всегда была в центре внимания нашего государства и являлась одним из ключевых вопросов социальной политики партии и правительства. В одном из основных государственных документов, посвященных охране здоровья населения «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года» указано, что большая роль в решении этой задачи должна принадлежать представителям социальной гигиены и организации здравоохранения за счет усиления результативности проведения исследований по углубленному анализу заболеваемости различных групп населения в связи с социально-гигиеническими и медико-организационными условиями и факторами.

Особое внимание на кафедре уделялось изучению здоровья в связи с условиями труда и быта. Сотрудниками кафедры, аспирантами и докторантами были обследованы всевозможные группы населения, в том числе дети всех возрастно-половых групп, подростки, мужчины и женщины, городские и сельские жители, работающие контингенты, а также пациенты с различными хроническими заболеваниями (сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, мочеполовой системы, органов дыхания, травмами и другими болезнями). Были проанализированы показатели, характеризующие особенности заболеваемости, физического развития, смертности и инвалидности в связи с социально-гигиеническими факторами окружающей среды. Полученные результаты позволили разработать медико-организационные и

социально-гигиенические предложения, способствующие совершенствованию медицинской помощи населению.

Преимущество проведенных комплексных социально-гигиенических и клинико-социальных исследований на соответствующих кафедрах и в научно-исследовательских учреждениях определяется не только анализом количественной и качественной характеристики медико-статистических показателей (что тоже важно!), но выявлением обусловленности здоровья, установлением позитивного и негативного влияния факторов на формирование здоровья обследуемого контингента. Важнейшим условием исследований, выполненных на репрезентативных группах здоровых и больных, включающих анализ состояния здоровья в связи с факторами и условиями окружающей среды, является разработка медико-организационных мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья, и оценка эффективности их реализации. Таким образом, выполненные исследования позволяют показать наиболее полно и веско социальную обусловленность здоровья населения в целом, в том числе отдельных однородных групп, раскрыв роль медико-социальных аспектов в формировании их здоровья. Фактически результаты этих исследований позволяют формировать стратегию и тактику здравоохранения и осуществлять эффективную политику в области здравоохранения.

Следует подчеркнуть, что мысли, близкие к пониманию значения окружающей среды и взаимодействия человека с окружающей средой в формировании здоровья, высказывались медиками издавна. Представители древних цивилизаций причины болезней видели в условиях и особенностях поведения, а также в особой роли природных явлений. В медицине древних Китая и Индии, Александрии и Греции большое внимание уделялось таким способам сохранения здоровья, как соблюдение правил здорового поведения — диете в зависимости от погоды и телосложения человека, физическим упражнениям, предохранению от охлаждения тела, поддержанию благоприятного психологического состояния.

В России Н.А. Семашко и З.П. Соловьев неоднократно подчеркивали роль социальных условий в формировании здоровья. З.П. Соловьев считал необходимым осуществление профилактических мероприятий, которые разрабатывались на основе результатов «исследований, раскрывающих как негативное, так и позитивное влияние окружающей среды на человеческий организм»¹. Социально-гигиенические исследования, определяя связи и зависимости здоровья индивидуумов и групп от многообразных социальных условий и факторов, указывают на эффективность медико-социальных мероприятий в борьбе с болезнями, и, прежде всего, мер общественной профилактики как основного направления социалистического здравоохране-

¹ Петров Б.П., Потулов Б.М., Соловьев З.П. — Москва : Медицина — 1976. — С. 65–66.

ния. Было убедительно доказано влияние условий труда и быта, жилищных условий, особенностей воспитания, режима питания и др. на здоровье детей и взрослых различных социальных групп. Было продемонстрировано благоприятное воздействие социальных преобразований на продолжительность жизни, здоровье населения, раскрыт механизм социального опосредования здоровья и создана научная основа для эффективных шагов по организации профилактики, лечения и реабилитации населения.

Социально-гигиенические исследования все в большей степени касались различных сторон жизни человека — физической, трудовой, социальной, медицинской активности изучаемых групп населения, однако, по-прежнему, основное внимание авторов было направлено на изучение влияния социальных условий и факторов (уровень материального обеспечения, жилищные условия, уровень полученного образования, условий труда и др.) на показатели здоровья населения.

В тоже время следует признать, что именно эти исследования, выполненные на кафедре под руководством З.П. Соловьева, Г.А. Баткиса, Ю.П. Лисицына и посвященные социально-гигиеническому анализу здоровья различных групп населения, стали основой изучения образа жизни и здоровья. Только на нашей кафедре социальной гигиены — социальной гигиены и организации здравоохранения — общественного здоровья и здравоохранения было выполнено по данной проблеме более 70 докторских и 160 кандидатских диссертаций, в которых были уточнены дефиниции образа жизни, установлено прямое отношение различных сторон образа жизни к здоровью и сформулированы основные положения науки об охране здоровья и здоровых — санологии. В 1981 году Ю.П. Лисицыным и Н.В. Полуниной совместно с Л.В. Анохиным (зав. кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения Рязанского медицинского университета) и Г.Н. Клименко (зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Воронежской медицинской академии им. Н.Н. Бурденко) был издан библиографический указатель литературы за 1970–1980 годы «Социально-гигиенические аспекты социалистического образа жизни», который содержал список публикаций, насчитывающий 2240 работ, сгруппированных по четырем разделам:

1. Терминология, определение и классификация образа жизни (219 работ);
2. Социалистический образ жизни, его основные черты и характеристики (975 работ);
3. Изучение отдельных сторон образа жизни с философских и социальных позиций (525 работ);
4. Образ жизни и состояние здоровья населения (521 работа).

Определений образа жизни достаточно много, причем каждый исследователь акцентирует внимание на определенных наиболее значимых для него

сторонах жизни. В то же время наиболее кратким и емким является определение, которое было дано К. Марксом и Ф. Энгельсом в «Немецкой идеологии»¹ и которое характеризует, по мнению авторов, «определенный способ деятельности, активности индивидов (человека), определенный вид их жизнедеятельности». Однако это определение не раскрывает структуру образа жизни, взаимоотношения образа жизни и здоровья человека.

Существенную роль в изучении образа жизни с медицинской точки зрения сыграли исследования кафедры общественного здоровья и здравоохранения (ранее — социальной гигиены и организации здравоохранения) 2-го МОЛГМИ — РГМУ — РНИМУ им. Н.И. Пирогова, позволившие конкретизировать представления о структуре образа жизни, рассчитать доленое влияние отдельных сторон образа жизни.

Все социально-гигиенические и клинико-социальные исследования в большей степени касались различных сторон образа жизни — трудовой, социальной, физической, материально-бытовой, медицинской деятельности (активности) изучаемых групп населения. Однако, основное внимание в исследованиях было направлено на изучение влияния социальных условий (материального обеспечения, жилищных условий, образовательной активности, условий труда и др.) на показатели здоровья отдельных возрастнo-половых, социальных и профессиональных групп, а также на здоровье пациентов с хроническими заболеваниями.

Особенно наглядны результаты так называемых комплексных посемейных исследований, охватывающих по возможности все стороны семейной жизни и их влияние на здоровье членов семей — материальную обеспеченность, уровень культуры, жилищные условия, питание, воспитание детей, внутрисемейные отношения, обеспеченность медицинской помощью и многие другие. Именно такие исследования выявили ряд особенностей. В частности, было отмечено, что различный материальный уровень семей (подушевой доход) не сказывается сколько-нибудь существенно на показателях здоровья членов семей и обеспечении их медицинской помощью. Так, в работах А.С. Козлова (1968), К.А. Отдельновой (1969), Л.И. Владимировой (1969), Л.С. Темичевой (1970), посвященных изучению состояния здоровья семей рабочих и служащих одного из крупных московских заводов и выполненных под руководством профессора О.В. Грининой, не было установлено существенных различий общей заболеваемости в семьях, принадлежащих к разным бюджетным группам. В расчете на 100 человек уровень заболеваемости составил от 177,2 случаев в семьях с высоким уровнем дохода, 177,1 случаев — в семьях со средним уровнем дохода и 214,4 случаев — в семьях с низким уровнем дохода. Не было выявлено различий также в частоте встречаемости много болеющих членов семей, доля которых составила соответственно

¹ Маркс К., Энгельс Ф. Собрание сочинений. — т. 3 — с. 19.

от 12,8% в семьях с высоким уровнем дохода до 13,4% в семьях с низким уровнем дохода. Отмечено, что в среднем среди обследованного контингента рабочих и служащих удельный вес лиц с хроническими заболеваниями составил 19,2%, причем в семьях с высоким уровнем дохода выявлено 18,6% лиц с хроническими заболеваниями, а в семьях с низким уровнем дохода их доля составляла до 20,1%. Отсутствовали различия в структуре заболеваемости и в объеме медицинской помощи, получаемой членами семей трех бюджетных групп.

Указанные наблюдения, противоречащие ранее полученным результатам, свидетельствующим о прямом воздействии материальных условий жизни на здоровье (см. выше), стали основой к формированию концепции социальной однородности здоровья населения в нашей стране и способствовали поиску факторов, непосредственно воздействующих на здоровье.

Обращает на себя внимание тот факт, что различия в уровне материального дохода, в обеспеченности жильем, в размере занимаемой жилой площади не всегда соответствовали оценке состояния здоровья. Вместе с тем, особенности поведения в отношении характера использования материальных средств и жилых помещений, степени удовлетворенности имеющимися материально-бытовыми условиями, отношению к соблюдению режима сна и питания, труда и отдыха, оказывали самое непосредственное влияние на здоровье. Особая роль в формировании здоровья принадлежит внутрисемейным отношениям, сложившемуся психологическому климату на работе и в семье, наличию среди членов семьи вредных привычек.

Весьма наглядно это проявилось при изучении причин абортов (В.К. Кузнецов, 1970; Ю.О. Турбина, 2022). Было замечено, что решения женщин родить или прибегнуть к прерыванию беременности зависят от условий жизни (таких как уровень материальной обеспеченности, жилищные условия), но эта зависимость опосредована через отношения в семье между супругами. При удовлетворительных жилищных и материальных условиях, но напряженных внутрисемейных отношениях между супругами число абортов, к которым прибегали женщины, было подчас большим в сравнении с семьями, имеющими неблагоприятные жилищные и материальные условия, но нормальные отношения между мужьями и женами. Обстановка в семье, характер взаимоотношений ее членов, особенно супругов, в значительной мере определяют рождаемость, сказываются на исходах беременности, влияют на различные показатели здоровья.

Семейный климат, внутрисемейные отношения, семейное положение во многом формируют состояние здоровья. В исследованиях Н.П. Макельской (1976), В.Н. Сарылова (2005), Д.В. Соломатина (2007) очень четко показано неблагоприятное влияние конфликтных ситуаций в семье, неопределенного семейного положения женщин и других негативных факторов на репродук-

тивное здоровье и исход беременностей и родов. Так, у женщин, имеющих неблагоприятное репродуктивное здоровье и преждевременные роды, более чем в 50% случаев отмечался неблагоприятный морально-психологический климат на работе и дома, имели место психоэмоциональные переживания, связанные со смертью близкого человека, уходом мужа в другую семью, болезнью мужа, болезнью детей и пр.

Напряженные отношения в семье, неблагоприятный психоэмоциональный климат особенно между супругами, создают болезненный фон и способствуют возникновению и развитию более тяжелого течения хронических заболеваний. Наличие неблагоприятного эмоционально-психологического климата коррелировало с нарушениями репродуктивного здоровья — в 23,4% случаев (Соломатин Д.В., 2005; Чемезов А.С., 2013; Турбина Ю.О, 2022), в 37,4% случаев — с дорсопатиями, в 41,6% случаев — инсультом (Г.И. Галанова, 1975; Морозов А.И., 1981; Е.В. Костенко, 2013), в 48,6% случаев — с пояснично-крестцовым радикулитом (Ю.Г. Яковлев, 1977). В таких семьях достоверно ($p \leq 0,05\%$) чаще встречаются дети и подростки с хроническими заболеваниями: с ревматизмом — в 1,4 раза (В.С. Полунин, 1972; Е.Н. Савельева, 1980), с гастродуоденитами — в 1,7 раза и с язвенной болезнью желудка — в 2,3 раза (Ю.Е. Лапин, 1977), с нарушениями мочеиспускания — в 2,7 раза (Моисеев А.Б., 2013), с обострениями хронического пиелонефрита — в 1,8 раза (Ляхович Л.Н., 1991).

Наиболее неблагоприятные последствия наличия психоэмоциональных переживаний отмечены во время беременности, способствуя преждевременным родам и рождению недоношенного ребенка (Макельская Н.П., 1976; Аксельрод С.В., 2003; Дубович Е.Г., 2013). В сравнении с контрольными группами женщин, имеющими роды в срок, у этих женщин систематические конфликтные отношения были достоверно чаще ($p \leq 0,05$) с мужем — в 1,8–2,1 раза, с родственниками — в 2,5–2,7 раза, на работе — в 2,8–3,3 раза. В исследованиях кафедры (Макельской Н.П., 1976; Лебедева А.А., 1990; Ашанина Н.М., 1992; Аксельрод С.В., 2003; Дубович Е.Г., 2013) было также выявлено, что преждевременные роды в 2,7–3,6 раза чаще происходят у женщин, находящихся вне брака (незамужних, разведенных, вдов).

Одним из факторов, способствующих развитию неблагоприятного психологического климата в семье, является наличие вредных привычек и, прежде всего, злоупотребление алкоголем и курение. В семьях, воспитывающих детей, в 67,2% случаев причиной развода родителей является злоупотребление алкоголем одного из родителей. Кроме того, эти факторы относят к самостоятельным факторам риска возникновения ряда хронических заболеваний. В целом, мужчин-отцов, злоупотребляющих алкоголем, существенно больше, чем женщин-матерей (69,1% отцов и 17,6% матерей), однако последствия алкоголизма матери для здоровья подрастающего поко-

ления более неблагоприятны. У женщин, страдающих алкоголизмом, чаще в 1,7 раза бывают выкидыши, в 1,8 раза осложненные роды, в 24,3% рождаются мертвые дети, а оставшиеся в живых умирают до двух лет в 2,5 раза чаще, чем родившиеся у здоровых матерей. По мнению специалистов, к злоупотреблению спиртными напитками приводят сохраняющиеся алкогольные традиции, снисходительное, благодушное и даже поощрительное отношение к употреблению алкоголя, дефекты воспитания в семье, школе, трудовом коллективе, недостатки в санитарно-просветительной работе. Нередко толчком к возникновению привычек к пьянству, курению является пример окружающих. Отмечено, что пример курящего отца в 60% случаев способствует началу курения сыновей, а пример курящей матери — в 70% оказывается заразительным для дочерей.

В исследованиях, посвященных изучению алкоголизма и пьянства, значимое место занимают работы сотрудников кафедры (Ю.П. Лисицын, Н.Я. Копыт, В.Г. Запоржченко, В.П. Бокин, О.П. Чекайда, Е.С. Скворцова и др.). Установлено, что более половины злоупотребляющих воспитывалось семьях, где систематически употреблялись алкогольные напитки, 95,6% злоупотребляющих впервые приобщились к алкоголю до 15 лет, в том числе 48,3% под влиянием примера членов семьи, 24,7% — друзей, 22,6% — сверстников, причем чаще всего впервые спиртное предложили детям и подросткам ближайшие родственники. Результаты выполненных исследований показали, что среди злоупотребляющих алкоголем в сравнении с не злоупотребляющими работниками достоверно ($p \leq 0,05\%$) выше практически в два раза заболеваемость с временной утратой трудоспособности, более чем в три раза ниже число не болеющих в течение года, в 2 раза выше смертность от сердечно-сосудистых заболеваний.

В исследовании Вирганской И.М. (1985), проанализировавшей причины смертности мужчин крупного города, было отмечено, что смертность мужчин существенно выше смертности женщин. При этом наибольшее различие в смертности мужчин и женщин выявлено в молодом возрасте. При сравнительном анализе показателей смертности среди мужчин и женщин по возрастным группам было установлено, что уровень смертности мужчин в 15 лет соответствует уровню смертности женщин в 35 лет (женский «лаг» или «женское преимущество» составило 20 лет). Кроме того, Вирганская И.М. применив соответствующую методику, показала, что если устранить ведущие причины, оказывающие самое непосредственное влияние на возникновение и неблагоприятное течение сердечно-сосудистых заболеваний, то можно было бы увеличить ожидаемую продолжительность жизни мужчин на 10–12 лет; если устранить ведущие причины заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний, то можно было бы увеличить ожидаемую продолжительность жизни мужчин на 5–7 лет. При этом процесс реализации

устранения факторов риска сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний требует комплексного воздействия.

В то же время, если устранить ведущую причину высокой смертности в связи с травмами и отравлениями, то можно было бы увеличить ожидаемую продолжительность жизни мужчин на 25 лет. При анализе врачебных свидетельств о смерти было установлено, что в 75–80% случаев непосредственной причиной смерти мужчин с травмами или отравлениями является алкогольное опьянение. Учитывая этот факт, можно было предположить, что отказ от употребления алкоголя будет способствовать увеличению ожидаемой продолжительности жизни. Действительно, принятие Президиумом Верховного Совета СССР Указа от 16 мая 1985 г. N 2458–XI «Об усилении борьбы с пьянством» способствовало за счет предпринятых мер по усилению выявления и наказания за нарушение предписанных правил, привели к сокращению лиц, злоупотребляющих алкоголем. В результате реализации данного Указа и проведения мероприятий по укреплению дисциплины труда в 1985–1987 годах сократилось число невыходов на работу, несчастных случаев, снизилась уголовная преступность. Также наблюдалось резкое снижение «алкогольной смертности», особенно среди мужчин, что способствовало росту ожидаемой продолжительности жизни и только среди мужчин. Это, безусловно, свидетельствует об эффективности борьбы с алкоголизмом и пьянством. Однако антиалкогольная кампания имела целый ряд негативных последствий, которые серьезно снизили первоначальный положительный эффект от решительного наступления на алкоголь, причем главная причина состояла в отсутствии антиалкогольной мотивации у населения.

Этот пример очень нагляден с точки зрения неоднозначного отношения населения к своему здоровью и здоровью окружающих, и с точки зрения эффективности проведения оздоровительных мероприятий. С одной стороны, имелся прекрасный шанс улучшить свое здоровье малобюджетным образом — необходимо было лишь отказаться от употребления алкоголя, а с другой, нежелание большинства мужчин изменить свое поведение для достижения оптимальных показателей своего здоровья лишний раз подчеркнуло, что изменить мотивацию и убедить в необходимости вести здоровый образ жизни для сохранения и улучшения собственного здоровья весьма и весьма затруднительно.

В большинстве социально-гигиенических исследований обращается внимание на удивительную стойкость стереотипа поведения обследуемых, что следует учитывать при разработке мероприятий по оздоровлению условий труда и быта. К наиболее наглядным исследованиям можно отнести работы Рубцова А.В. (2005), Карповского А.Г. (2006), Григоренко Л.А. (2010), изучавших состояние здоровья лиц пенсионного возраста с социально-гигиенических позиций. Особое внимание в исследованиях было уделено анализу



Ю.П. Лисицын с сотрудниками кафедры, 2010 год

использования свободного времени, обращаемости к врачу, выполнению его рекомендаций. Большинство пенсионеров относятся к «группам риска» в связи с наличием у них хронических заболеваний, причем у каждого второго пенсионера их несколько. Это требует изменения поведения и активного использования оздоровительных мероприятий, тем более что имеет место увеличение свободного времени.

В тоже время установлено, что после выхода на пенсию у абсолютного большинства обследованных лиц сохранился прежний стереотип поведения (жизненный стереотип). Несмотря на прибавку свободного времени и благоприятные условия для организации отдыха, активной физической деятельности, соблюдения правильного режима дня, отказа от вредных привычек, устранения нарушений в питании, лишь каждый пятый пенсионер рационально использовал свое свободное время для сохранения своего здоровья.

Остальные, как и до выхода на пенсию, продолжали пренебрежительно относиться к выполнению врачебных назначений и советов: занимались самолечением, не отказывались от вредных привычек. Неизбежно это снижает активность пенсионеров по отношению к медицинским лечебным и профилактическим мерам и усложняет деятельность медицинских работников по укреплению их здоровья.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Особенности течения беременности и родов самым непосредственным образом влияют на здоровье детей. Не случайно в последние годы все чаще обращают внимание на антенатальную профилактику, включающую предупреждение еще до рождения возникновения неблагоприятных показателей для здоровья ребенка. И в этом отношении важно знать, какие факторы, помимо прерывания беременности, могут быть причиной неудовлетворительного здоровья ребенка.

В исследованиях, выполненных на кафедре, показано, что в группе матерей, родивших недоношенного ребенка, в 69,3% случаев имело место неблагоприятное течение беременности, в 34,8% — осложнения в родах. В тоже время доля матерей, родивших доношенного ребенка, с неблагоприятным течением беременности и с осложнениями в родах была достоверно меньше ($p \leq 0,05$) и составляла соответственно 21,7% и 12,9% (Полунина Н.В., 1996; Аксельрод С.В., 2003; Дубович Е.Г., 2013).

Наблюдения за детьми первых лет жизни выявили, что возраст матери в момент рождения оказывает влияние на уровень физического развития, показатели заболеваемости и смертности детей. Средний возраст матерей, родивших недоношенного ребенка, составил $34,7 \pm 0,23$ лет, а средний возраст матерей, родивших доношенного ребенка был достоверно ($p \leq 0,05$) в 1,5 раза ниже ($23,6 \pm 0,18$ лет).

Нарушения в режиме питания беременной женщины, снижение ее двигательной активности без медицинских показаний, наличие избыточного веса до наступления настоящей беременности, возраст при рождении ребенка старше 35 лет нередко приводят к рождению «крупных» детей с массой тела при рождении более 4000 гр. (Степанова Н.Н., 1977; Степанова С.М., 1983; Кудряшова Л.В., 2011). Проведенный анализ показал, что среди недоношенных детей и «крупных» детей достоверно выше уровень заболеваемости в сравнении с доношенными детьми, родившимися с массой тела от 3000 до 4000 гр., больше часто болеющих детей (таблица 1).

Среди других факторов, оказывающих влияние на здоровье детей раннего возраста, можно назвать характер вскармливания ребенка на первом году жизни. Отмечено, что здоровье детей находится в зависимости от продолжительности естественного вскармливания, а также возраста, в котором ребенок переводится на искусственное вскармливание, сроков введения прикорма.

Характер вскармливания детей на первом году жизни оказывает наибольшее влияние на показатели физического развития. При антропометрическом обследовании более 900 детей первого года жизни, проживающих в Московской области, обнаружена прямая корреляционная зависимость

между продолжительностью естественного вскармливания и динамикой основных параметров физического развития, равная $r = +0,77$, $m r = \pm 0,17$. Среди детей, находящихся на раннем смешанном и искусственном вскармливании, практически в два раза больше грудных детей с ухудшенным физическим развитием, на 40–60% выше уровень заболеваемости и в 1,5 раза больше часто болеющих детей по сравнению с группой детей, получавших естественное вскармливание.

Таблица 1. Сравнительный анализ состояния здоровья детей первых трёх лет жизни в зависимости от сроков гестации и массы тела при рождении

Обследованные дети	Уровень заболеваемости на 1000 детей соответствующего возраста			Доля часто болеющих детей (более 6 заболеваний в год)
	1 год	2 год	3 год	
Доношенные дети с массой тела 3000–4000 гр.	3325,4	3841,2	3705,9	10,8%
Доношенные дети с массой тела более 4000 гр.	4908,3	5340,8	4726,7	18,9%
Недоношенные дети, родившиеся на 32 неделе гестации	7780,1	6055,2	5090,1	21,2%

Хорошо организованный режим дня имеет большое значение для нормального развития, сохранения и укрепления здоровья не только ребенка, но и взрослого. Определенный режим дня, питания, сна и бодрствования способствует выработке полезных привычек, воспитанию воли и других важных черт личности. Изучение биологических ритмов здорового организма, обнаруженных на биохимическом, клеточном и органном уровнях и обуславливающих нормальное функционирование всех жизнеобеспечивающих систем, является необходимым дополнением для определения элементов здорового образа жизни. Формирование биологических ритмов человека происходит под воздействием экзогенных и эндогенных синхронизаторов (датчиков времени). Нарушение ритмичности физиологических процессов оказывает влияние на состояние здоровья, особенно у детей, так как головной мозг имеет предел работоспособности, который находится в прямой зависимости от возраста. Чем меньше по возрасту ребенок, тем быстрее наступает «утомление нервных клеток», которое снимается только длительным отдыхом (дневным и ночным сном). В этом и состоит физиологическое значение сна, нарушение которого вызывает нарушение всех органов и систем.

Поскольку жизнь ребенка, его рост и развитие начинаются не со дня появления на свет, а с момента зачатия, то организация режима беременной

женщины оказывает влияние не только на её здоровье, но и на здоровье ребенка. В период беременности женщина должна соблюдать режим питания, отдыха, прогулок на свежем воздухе, а работающая — режим труда. Известно, что работа в ночные смены, наличие нерегулярной посменной работы и сверхурочных заданий являются одним из неблагоприятных факторов. У каждой второй женщины, не соблюдавшей рекомендации участковых акушеров-гинекологов по рациональному трудоустройству (продолжали работать в ночные смены, имели дополнительные нагрузки и т. д.) в период беременности, бывают преждевременные роды, что, в свою очередь, приводит к более высокой заболеваемости и смертности среди детей. Не случайно в нашей стране в соответствии с основами законодательства СССР и союзных республик о труде запрещалось привлекать женщину в период беременности к работам в ночное время (с 22 часов до 6 часов), сверхурочным работам и работе в выходные дни, а также направлять в командировки.

После рождения ребенка большое значение для его здоровья имеет правильное чередование сна, кормления и бодрствования. Как свидетельствуют исследования нашей кафедры зависимость показателей физического развития от длительности сна ребенка в сутки (Полунина Н.В., 1996; Степанова Н.Н., 1977; Ашанина Н.М., 1992; Митрофанов А.Н., 1990). Наиболее сильно это влияние выражено среди дошкольников в возрасте от 3,5 до 6,5 лет, т.е. в период повышенной интенсивности темпов изменения показателей физического развития.

В понятие «правильный режим» входит не только разумное распределение часов для продолжительности сна, приема пищи, занятий, прогулок и т. д., а также соблюдения чередования спокойных занятий и подвижных игр, прогулок и посильного труда. Безусловно, создавая режим дня ребенка, необходимо учитывать его индивидуальные особенности. Изучение сотрудниками кафедры 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова режима дня школьников и подростков (Карлсен Н.Г., 1980; Айрапетян А.С., 1991; Оприщенко С.А., 2003; Николаев А.Г., 2004; Павлова С.В., 2006; Юмукян А.В., 2013) показали ведущее значение этого фактора в формировании здоровья. Нарушение режима занятий и отдыха, питания и сна, прогулок и закаливания оказывают достоверно неблагоприятное воздействие на здоровье детей и подростков. Каждый третий ребенок дошкольного возраста и каждый второй ребенок школьного возраста, не соблюдающие режим дня и питания, прогулок и пребывания за компьютером, имели неудовлетворительные показатели здоровья, что проявлялось в более высоком уровне заболеваемости, в частых острых и обострениях хронических заболеваний, в более длительном течении заболевания, в низких показателях физического развития. Отмечено, что с увеличением возраста ребенка возрастает доля детей, игнорирующих соблюдение режима. Если среди дошкольников не соблюдают режим 28,1%,

то уже среди школьников таковых — 59,3%, а среди подростков их доля достигает 74,9%.

Нарушения привычного ритма жизни вызывают различные явления десинхроза, проявляющиеся в повышенной утомляемости, быстрой смене настроения, снижении работоспособности, что приводит к нарушению состояния здоровья и росту заболеваемости. Карлсен Н.Г., Оприщенко С.А., Юмыкан А.В., разделив всех обследованных школьников и подростков на группы по состоянию здоровья, доказали, что именно режим учебы и отдыха, питания и физической активности, пребывания у телевизора или за компьютером определяют состояние их здоровья. Отмечено, что подростки и школьники, отнесенные в третью неблагоприятную группу здоровья, в большинстве случаев (в 76,4–85,2%) систематически нарушают режима учебы, отдыха, поведения. Кроме того, было отмечено неблагополучие в их семьях — низкий культурный уровень родителей, напряженная внутрисемейная обстановка, наличие вредных привычек среди родителей (см. выше).

Особенно заметно воздействие режима дня, сна, питания, физической активности, прогулок проявляется при сравнении здоровья членов семей, которые соблюдают и не соблюдают режим: в семьях, где соблюдался распорядок дня, хорошее состояние здоровья отмечалось у 62,3% женщин и 72,8% мужчин, а в группе несоблюдающих режим лишь у 36,2% женщин и 47,4% мужчин состояние здоровья было признано хорошим.

Нарушения режима способствует возникновению и неблагоприятному течению ряда хронических заболеваний. Так, среди лиц, страдающих хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, ревматизмом, болезнями органов пищеварения, нервной системы чаще имеют место нарушение режима сна, питания, прогулок, труда и отдыха (Полунин В.С., 1972; Галанова Г.И., 1975; Яковлев Ю.Г., 1980; Морозов А.И., 1980; Е.Н. Савельева, 1980; Калмыков А.А., 1987; Нестеренко Е.И., 1990; Ляхович Л.Н., 1991; Айрапетян А.С., 1991; Чумаков Б.Н., 1992; Вирясова М.В., 2001; Копецкий И.С., 2012; Костенко Е.В., 2013; Насибуллин А.М., 2015). Выполненные на кафедре исследования свидетельствуют, что среди пациентов с хроническими заболеваниями и с травмами достоверно ($p \leq 0,05\%$) больше лиц с низкой социальной активностью, в том числе с нарушением режима на работе (учебе) и дома, с отсутствием порядка в приеме пищи, в чередовании сна и бодрствования, при часто меняющихся графиках работы. Коэффициент корреляции между выполнением режима дня и течением хронического заболевания свидетельствует о наличии достоверной обратной зависимости ($r = -0,77$, $mr = \pm 0,08$).

Особое место среди факторов, влияющих на состояние здоровья детского и взрослого населения, не последнее место занимает курение. При этом отрицательную роль в формировании «нездоровья» играет как активное,

так и пассивное курение. При этом курение в семьях с детьми способствует приобщению детей к этой привычке, особенно в тех семьях, где курят оба родителя. К сожалению, число школьников, которые никогда не курили, колеблется от 19,6% до 39,2% детей, причем ежедневно курит от 13,7% до 27,9% детей. Отмечено, что в среднем удельный вес курящих по полу практически одинаков и составляет 17,3% среди мальчиков и 16,9% среди девочек. Данные, полученные сотрудниками кафедры (Карева О.В., 1974; Паначина М.И., 1976; Карлсен Н.Г., 1980; Авсаджанишвили В.Н., 2013; Юмукян А.В., 2013), свидетельствуют о значительном росте курения в период обучения в институте. Если к моменту поступления в вуз курит 20–35% мужчин и 27–36% женщин, то на старших курсах эти цифры достигают 67,1% среди мужчин и почти 54,6% у женщин.

При этом необходимо учитывать, что курение во время беременности отражается не только на здоровье самой женщины, вызывая у нее более частые осложнения беременности и родов, но и на здоровье будущих детей (Степанова Н.Н., 1980; Полунина Н.В., 1996; Кудряшова Л.В., 2011). Результаты многочисленных исследований говорят о более высоких показателях перинатальной смертности, об увеличении доли детей, родившихся с различными врожденными аномалиями развития, о более частом отставании детей в нервно-психическом развитии в группе матерей, куривших во время беременности. В частности, у матерей, куривших во время беременности, дети чаще рождаются с ухудшенными показателями физического развития. Особенно курение матерей отражается на физическом развитии мальчиков. Между уровнем физического развития мальчиков и курением матерей имеется достоверная зависимость, вычисленная по методу χ^2 -квадрат ($\chi^2 = 15,71$, $p < 0,01$).

В семьях, где имеются курящие и злоупотребляющие алкоголем, заболеваемость детей в 1,4–1,8 раза выше по сравнению с детьми, родители которых не имеют вредных привычек. Среди «факторов риска» заболеваемости детей пневмонией, на втором месте после состояния здоровья родителей находятся вредные привычки у родителей (Буслаева Г.Н., Авсаджанишвили В.Н., Полунин В.С., 2018). Дети, рожденные от матери, злоупотребляющей алкоголем, часто страдают умственной отсталостью, имеют отклонения в физическом развитии. При обследовании детей от трех до семи лет было доказано влияние злоупотребления алкоголя матерями на показатели физического развития мальчиков и девочек ($\chi^2 = 33,63$, $p < 0,05$ и $\chi^2 = 57,89$, $p < 0,05$ соответственно).

Рождению здорового ребенка, сохранению его жизни и укреплению его здоровья способствует созданная в нашей стране система организации медицинской помощи женщинам и детям. Состояние здоровья ребенка во многом зависит от степени выраженности медицинской или медико-социальной активности родителей и детей, своевременности посещений ими ле-

чебно-профилактических учреждений. В связи с тем, что здоровье ребенка закладывается в антенатальный период, особое внимание должно быть уделено характеру поведения женщины в период беременности, состоянию ее здоровья. Этим объясняется сложившаяся в нашей стране система медицинского наблюдения беременных, включающая в себя не только регулярное посещение участковых акушеров-гинекологов, но и осмотры врачей-специалистов, проведение лабораторно-диагностического обследования. Это позволяет своевременно выявлять и устранять отклонения в здоровье женщины, что способствует рождению здоровых детей.

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ЗДОРОВЬЕ

Исследования показали, что состояние здоровья в значительной степени определяется различными сторонами образа жизни, который условно складывается из трудовой и внетрудовой деятельности, каждая из которых имеет свои градации. Трудовая деятельность включает выполнение профессиональных обязанностей, сложившиеся взаимоотношения в трудовом коллективе и степень участия в общественной деятельности. Внетрудовая жизнедеятельность — это сложившиеся взаимоотношения в семье, материально-бытовая (материальные и жилищные условия), социально-культурная (уровень образования и его повышение, условия отдыха и др.) и медико-социальная или медицинская деятельность (схема 1).

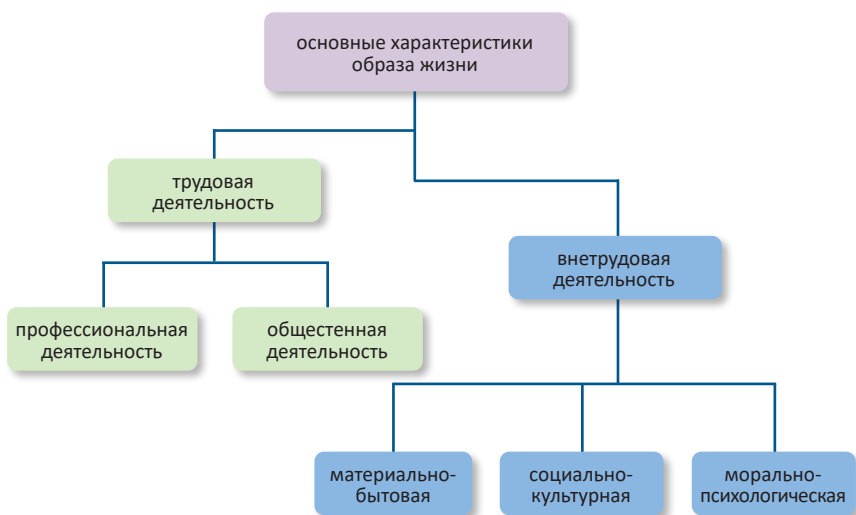


Схема 1. Структура основных видов деятельности образа жизни

Здоровье человека, на которое воздействует трудовая, социальная, производственная активность и другие стороны образа жизни во многом зависит от медико-социальной или медицинской активности, слагаемой из отношения к своему здоровью и здоровью окружающих, из выполнения медицинских предписаний и назначений, из посещений лечебно-профилактических учреждений (схема 2).

Несмотря на развитую сеть женских консультаций и достаточную обеспеченность женского населения врачами акушерами-гинекологами, было установлено, что каждая третья женщина, родившая ребенка-инвалида с пороками развития спинного мозга, с церебральным параличом, обращалась в женскую консультацию после 12 недель беременности, каждая вторая — нерегулярно наблюдалась во время беременности и не прошла обследование в полном объеме (Сологубов Е.Г., 1992; Вирясова М.В., 2001; Пронин М.А., 2002; Борисенко В.В., 2004; Салей Н.В., 2004). Естественно, позднее обращение к врачу женской консультации приводит к тому, что не все женщины проходят обследование своевременно и в полном объеме, причем, чем позже срок первого обращения к участковому акушеру-гинекологу, тем меньше удельный вес женщин, прошедших обследование в полном объеме: до 12 недель — 100% женщин, 13–27 недель — 83% женщин, 28–42 недели — 43% женщин.

Выполненные на кафедре исследования показали, что к неблагоприятной социальной группе следует отнести студенток высших учебных заведений, среди которых каждая третья беременная впервые обращается в женскую консультацию в связи с беременностью после 12 недель, каждая четвертая имеет осложнения течения беременности (угроза прерывания беременности, анемия, токсикоз второй половины беременности), подавляющее большинство (81%) не соблюдает рекомендации врача и продолжает посещать

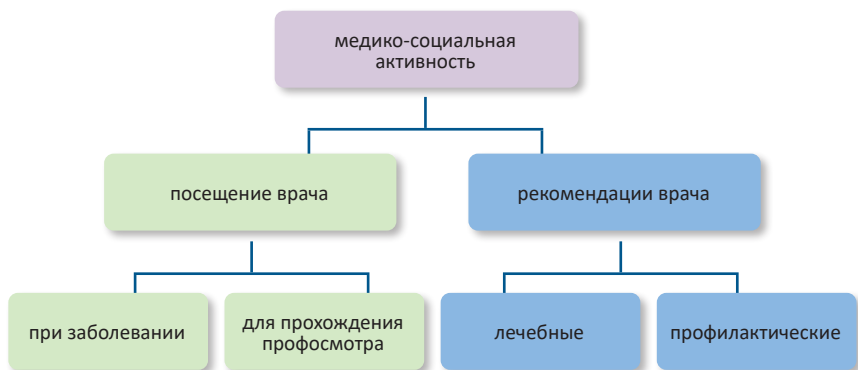


Схема 2. Основные характеристики медико-социальной активности

занятия практически до рождения ребенка (Паначина М.И., 1975; Степанова Н.Н., 1977). Это, в свою очередь, отражается на показателях здоровья детей и приводит к более высокому уровню заболеваемости детей в первые три года жизни по сравнению с детьми, матери которых соблюдали рекомендации врача.

Выявлено, что уровень образования и осведомленность в медицинских вопросах существенно влияют на отношение к советам и рекомендациям врача. Например, женщины с более низким уровнем образования чаще обращаются в женские консультации после 12 недель (Макельская Н.П., 1977; Аксельрод С.В., 2003; Дубович Е.Г., 2013), реже посещают врача с профилактической целью, менее добросовестно выполняют рекомендации врача, что сказывается на состоянии их здоровья и нередко приводит к преждевременным родам и рождению недоношенного ребенка. Установлено, что практически у каждой второй работающей женщины, вставшей на учет позже 12 недель, не соблюдавшей во время беременности рекомендаций врача и не отказавшейся от дополнительных нагрузок, совместительства, сверхурочной или ночной работы, были преждевременные роды.

Несвоевременность обращения к врачу отражается и на здоровье ребенка. В.С. Полуниным (1972) и Е.Н. Савельевой (1980) показано, что среди детей и подростков, больных ревматизмом, не обращались своевременно к врачу по поводу острых заболеваний более 37,4% детей и 43,9% подростков. В то время, как в группе сравнения (дети и подростки, не имеющие хронических заболеваний), удельный вес лиц, не обращавшихся при остром заболевании к врачу, достоверно меньше ($p \leq 0,05$), составляет, соответственно, 17,8% детей и 23,6% подростков. Особую тревогу вызывает тот факт, что лишь 19,2% заболевших детей обращаются в первый день болезни, а более половины (51,4%) — на шестой день болезни.

Несвоевременность обращения за медицинской помощью особенно выражена у детей школьного возраста. Каждый третий школьник не обращался в первый день заболевания, на 5–6 день от начала заболевания обращаются к врачу 69,2% школьников с острыми респираторными заболеваниями, 60,4% — с пневмонией, 57,4% — с острыми детскими инфекциями, 12,1% — с травмами, что свидетельствует о низкой степени медицинской активности родителей и их детей.

Неравномерность обеспеченности врачами может быть одной из причин низкой медицинской активности. Опубликованные данные свидетельствуют, что обеспеченность врачами в сельской местности ниже в 2,6 раза, чем среди городского населения¹, поэтому большая часть сельских жителей чаще

1 Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 1 часть Медицинские кадры: статистические материалы/ Е.Г.Котова, О.С.Кобякова, В.И.Стародубов и др. — Москва : ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022.- 284 с.- ISBN 978–5–94116–095–2

обращается к фельдшеру, чем к врачу. Безусловно, этот факт наряду с различием в условиях жизни городских и сельских жителей (свежий воздух, экологически чистые продукты) в определенной мере может объяснить, что уровень заболеваемости по обращаемости достоверно ($p \leq 0,05$) ниже среди сельских жителей в 2,0–2,5 раза, чем среди городского населения (Наринян Г.А., 1995; Житников В.Г., 1980; Аль Сабунчи А.М.А., 2011). В тоже время полученные данные свидетельствуют, что среди сельских жителей в сравнении с городскими выше распространенность хронических заболеваний (в 1,5–1,3 раза) и выше показатели смертности (в 1,5 раза). Это подчеркивает важность своевременного обращения к врачу для сохранения здоровья.

Для улучшения обеспечения сельского населения медицинскими кадрами Правительство Российской Федерации расширило поддержку врачей, работающих на селе и в отдалённых районах, утвердило ряд нормативно-правовых документов, предусматривающих материальную поддержку медицинских работников в рамках реализации программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер»¹. Новая редакция госпрограммы направлена на улучшение здоровья населения и показателей деятельности организаций здравоохранения на основе постоянной модернизации технологической базы отрасли, развития медицинской науки и образования, улучшения кадрового состава, внедрения информационных технологий и современных стандартов управления. Главная цель госпрограммы состоит в увеличении ожидаемой продолжительности жизни при рождении, снижении смертности населения в трудоспособном возрасте, снижении смертности от болезней системы кровообращения, от новообразований (в том числе злокачественных), повышение удовлетворённости населения качеством медицинской помощи.

В определенной степени уровень медицинской активности зависит от отношения к советам врача, его рекомендациям. Например, рождение ребенка с массой 4000 гр. и более должно настораживать и родителей, и педиатров. Однако лишь 66,5% матерей придерживались советов и рекомендаций врача (Степанова С.М., 1983). Опрос родителей, у которых ребенок переболел пневмонией, свидетельствует о значительном расхождении между уровнем полученных матерью знаний и культурой ее поведения при возникновении заболевания, т. е. медицинская активность матери, ее санитарно-гигиеническое поведение не соответствуют объему полученных знаний. Обращает на себя внимание, что при более высоком уровне заболеваемости детей, перенесших пневмонию, в сравнении с детьми, не болевших пневмонией, каждая 4–5-я мать в случае заболевания ребенка не обращается к врачу, а проводит лечение сама. Интересно отметить, что поведение родителей меняется в зависимости от кратности заболевания пневмонией.

1 Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 года № 1640. Государственная программа «Развитие здравоохранения».

Если при однократном заболевании родители не обращаются за советом к некомпетентным людям (родственникам, знакомым), то при неоднократном заболевании детей пневмонией 3,4% родителей прибегают к этому; если при однократном заболевании пневмонией только 14,2% занимаются самолечением, то при повторном заболевании пневмонией число таких родителей увеличивается до 20,7%, различие статистически достоверно — $p < 0.01$ (Авсаджанишвили В.Н., 2013).

Убедительны данные изучения социально-гигиенических аспектов заболеваемости детей гастродуоденитами и язвенной болезнью желудка. Хотя в возникновении и течении данной патологии ведущая роль принадлежит фактору питания, полный курс диетотерапии получает всего около 10% больных детей. Основной причиной прекращения лечения детей диетой явилось субъективное мнение родителей о выздоровлении ребенка, хотя более половины родителей этой группы детей страдало гастродуоденитом или язвенной болезнью. В то же время среди обследованных детей, больных язвенной болезнью, у 23,2% выявлена рубцовая деформация, у 5,2% отмечено язвенное кровотечение, т. е. каждый четвертый ребенок имел осложнение основного заболевания (Лапин Ю.Е., 1977).

Повышение медицинской активности населения — необходимое условие для поддержания здоровья не только взрослых, но и детей. Однако повышать уровень медико-социальной или медицинской активности населения следует комплексно. Важно не только санитарно-гигиеническое обучение, но и укомплектованность врачебными кадрами лечебно-профилактических учреждений, достаточная оснащенность медицинских организаций, повышение удовлетворенности пациентов и медицинского персонала организацией медицинской помощи. Для сохранения и укрепления здоровья следует устранять факторы, которые формируют негативные показатели здоровья (медицинская активность со знаком «—»), и активно реализовывать факторы, оказывающие позитивное влияние на здоровье (медицинская активность со знаком «+»).

Результаты выполненных на кафедре исследований позволили представить влияние различных сторон образа жизни на показатели здоровья, а использование однофакторного дисперсионного анализа для качественных признаков и корреляционного анализа дало возможность установить долевое участие основных характеристик образа жизни в формировании благоприятных и неблагоприятных показателей здоровья. Наиболее сильное влияние на формирование неблагоприятных показателей здоровья оказывают негативный морально-психологический климат и низкий уровень медицинской активности, доля влияния которых составила среди изученных групп факторов соответственно 25,7% и 23,4% (таблица 2).

Таблица 2. Сила влияния и долевое участие негативных значений основных характеристик образа жизни в формировании негативных показателей здоровья

Основные характеристики образа жизни	Коэффициент корреляции — ОЖ и здоровье ($r \pm m$)	Уровень вероятности безошибочного прогноза	Доля влияния ОЖ (%)
Неблагоприятный морально-психологический климат	0,421±0,0014	0,001	25,7
Низкий уровень медицинской активности	0,384±0,0013	0,001	23,4
Низкий уровень материально-бытовой деятельности	0,326±0,0012	0,001	14,6
Низкий уровень производственно-трудовой активности	0,287±0,0013	0,001	10,2
Низкий уровень социально-культурной активности	0,216±0,0011	0,001	8,9

Анализ влияния позитивных факторов образа жизни на благоприятные показатели здоровья выявил (таблица 3), что наибольшее влияние на формирование хороших показателей здоровья оказывают такие характеристики образа жизни, как оптимальный уровень медицинской активности (26,7%), позитивный морально-психологический климат на работе и дома (22,8%).

Таблица 3. Сила влияния и долевое участие оптимального значения основных характеристик образа жизни в формировании оптимальных показателей здоровья

Основные характеристики образа жизни	Коэффициент корреляции — ОЖ и здоровье ($r \pm m$)	Уровень вероятности безошибочного прогноза	Доля влияния ОЖ (%)
Оптимальный уровень медицинской активности	0,369±0,0012	$p < 0,001$	26,7
Позитивный морально-психологический климат на работе и дома	0,317±0,0007	$p < 0,001$	22,8
Оптимальный уровень материально-бытовой деятельности	0,289±0,0014	$p < 0,001$	13,1
Высокий уровень социально-культурной активности	0,175±0,0011	$p < 0,001$	12,4
Оптимальный уровень производственно-трудовой активности	0,167±0,0013	$p < 0,001$	11,2

Медицинская активность так же, как морально-психологический климат может способствовать более быстрому выздоровлению и улучшению показателей здоровья, или приводить к такому состоянию, когда человек безразличен к позитивному изменению своего здоровья. Наиболее значимые для здоровья критерии медицинской активности и морально-психологического климата на работе и дома представлены в таблице 4.

Таблица 4. Критерии медицинской активности и морально-психологического климата, оказывающие влияние на здоровье [по Лисицын Ю.П., Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение. / Москва : Медицина — 2002. — 416 с.]

МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ	
Высокий уровень	Низкий уровень
Своевременные посещения врача при заболевании	Несвоевременные посещения врача при заболевании
Своевременные посещения врача при профилактическом осмотре	Несвоевременные посещения врача при профилактическом осмотре
Полное обследование при профилактическом осмотре	Неполное обследование при профилактическом осмотре
Выполнение назначений, рекомендаций, советов врача по лечению	Невыполнение назначений, рекомендаций, советов врача по лечению
Выполнение рекомендаций, советов врача оздоровительного характера	Невыполнение рекомендаций, советов врача оздоровительного характера
* высокая физическая активность – регулярные занятия физкультурой – регулярные прогулки – подвижный образ жизни (прогулки, подъем по лестнице, ходьба и пр.) – регулярное проведение закаливающих процедур	* низкая физическая активность – нерегулярные занятия физкультурой – нерегулярные прогулки – малоподвижный образ жизни (сидячий образ жизни, отсутствие прогулок и пр.) – нерегулярное проведение закаливающих процедур
* здоровый сон – оптимальная продолжительность – удовлетворенность	* нездоровый сон – недостаточная продолжительность – неудовлетворенность
* оптимальный характер питания – соблюдение режима питания – питание преимущественно дома	* неблагоприятный характер питания – несоблюдение режима питания – питание преимущественно вне дома

МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ	
Высокий уровень	Низкий уровень
– горячая пища 2 и более раз в день	– горячая пища 1 и менее раз в день
– удовлетворенность питанием	– неудовлетворенность питанием
– отсутствие избыточного веса	– наличие избыточного веса
* отсутствие активного курения	* наличие активного курения
* отсутствие пассивного курения	* наличие пассивного курения
* отсутствие злоупотребления алкоголем	* наличие злоупотребления алкоголем
ЖИЗНЕННАЯ ПОЗИЦИЯ	
Активная	Пассивная
Установка на повышение медицинской грамотности	Отсутствие установки на повышение медицинской грамотности
Чтение популярной медицинской литературы	Отсутствие чтения медицинской литературы
Посещение лекций, бесед врача	Отсутствие посещений лекций, бесед врача
Положительное отношение к советам врача	Негативное отношение к советам врача
МОРАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ НА РАБОТЕ	
Благоприятный	Неблагоприятный
Отсутствие трудноразрешимых конфликтных ситуаций	Наличие частых, трудноразрешимых конфликтных ситуаций
Совместное проведение праздников, поездки на экскурсии	Отсутствие совместного проведения праздников, экскурсий и пр.
Ровное, заботливое отношение руководителя к подчиненным	Грубое, безразличное отношение руководителя к подчиненным
Использование различных видов награждения сотрудников	Отсутствие различных видов награждения сотрудников
МОРАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ ДОМА	
Благоприятный	Неблагоприятный
Отсутствие трудноразрешимых конфликтных ситуаций в семье	Наличие трудноразрешимых конфликтных ситуаций в семье
Нет тяжелых переживаний в семье (болезнь или смерть, распад семьи, потеря работы)	Тяжелые переживания в семье (болезнь или смерть, распад семьи, потеря работы и пр.)

Оптимальная организация семейного совместного отдыха	Неблагоприятная организация семейного совместного отдыха
Наличие семейных традиций, частое общение с родственниками и друзьями	Отсутствие семейных традиций, редкое общение с родственниками и друзьями
Хорошие взаимоотношения между мужем и женой, родителями и детьми, старшего и младшего поколения	Плохие взаимоотношения между мужем и женой, родителями и детьми, старшего и младшего поколения
Удовлетворенность сложившимся морально-психологическим климатом в семье	Неудовлетворенность сложившимся морально-психологическим климатом в семье

В целом между состоянием здоровья и образом жизни установлена прямая сильная и достоверная корреляционная зависимость, равная $r = 0,739$, $m = \pm 0,0018$, $p < 0,0001$. Отмечено, что среди семей, в которых здоровье членов семьи было оценено как хорошее, а в большинстве случаев имеет место благоприятный образ жизни, в семьях, где здоровье членов семьи было оценено, как плохое практически в каждой пятой семье образ жизни был неблагоприятным (таблица 5).

Таблица 5. Распределение семей с детьми по уровню здоровья в зависимости от оценки образа жизни семьи ($P\% \pm m\%$)

Уровень здоровья семьи	Оценка образа жизни			Всего
	благоприятный	удовлетворительный	неблагоприятный	
Хорошее	58,2 $\pm$ 1,6	32,4 $\pm$ 1,3	9,4 $\pm$ 0,5	100,0
Удовлетворительное	39,6 $\pm$ 1,5	44,1 $\pm$ 1,5	16,3 $\pm$ 0,7	100,0
Неудовлетворительное	15,1 $\pm$ 0,7	51,3 $\pm$ 1,9	33,6 $\pm$ 1,9	100,0
Итого	37,6 $\pm$ 1,2	42,6 $\pm$ 1,2	19,8 $\pm$ 0,7	100,0

Для сохранения и укрепления здоровья важным является устранение негативных факторов и активное внедрение позитивных элементов образа жизни, иными словами формирование среди различных групп населения здорового образа жизни. В связи с этим возникает необходимость определения здорового образа жизни как особой категории, включающей в себя лишь ту деятельность, те способы активной жизнедеятельности человека, которые в максимальной и непосредственной степени укрепляют индивидуальное и общественное здоровье. Это является основой первичной профилактики, которая относится к одному из решающих звеньев охраны и укрепления здоро-

вья населения. При этом в значительной степени сохранение и поддержание здоровья зависит от самого человека, от его желания быть здоровым.

Многочисленные исследования, выполненные на кафедре, свидетельствуют, что лишь 33–35% обследованных выполняют рекомендации по здоровому образу жизни, около 37–39% используют не все рекомендации или применяют их не систематически, остальные категорически против предлагаемых советов.

Изменение неправильных жизненных установок — дело весьма сложное и многотрудное, поскольку у каждого человека существует своя мотивация совершаемых поступков. Однако лишь систематические, четко организованные действия, меняющие образ жизни, особенно медико-социальные аспекты личного поведения пациентов (посещение врача, отношение к его рекомендациям и советам) способствуют сохранению или ухудшению здоровья. Убедительные данные приводят в своей монографии Мучиев Г.С. и Фролова О.Г.¹, показывая изменение показателя перинатальной смертности в зависимости от частоты посещения и сроков первого посещения беременной женщиной женской консультации (таблица 6). Несмотря на наличие достаточного числа женских консультаций, и достаточного числа подготовленных акушеров-гинекологов, не все беременные женщины считают нужным наблюдаться во время беременности у врача женской консультации, что приводит к росту в 5,7 раза показателя перинатальной смертности. Так, среди женщин, вставших под наблюдение врача акушера-гинеколога до 12 недель беременности и наблюдавшихся не менее семи раз за время беременности, уровень перинатальной смертности составил 10,0%, в группе женщин, не посетивших женскую консультацию ни разу, — 57,5%.

Таблица 6. Уровень перинатальной смертности (в %) в зависимости от посещения беременной женщиной женской консультации

Срок первой явки в женскую консультацию	Число посещений			
	не посещали	1–3 раза	4–6 раз	от семи до 12 раз
Не посещали	57,5	—	—	—
28 недель и более	—	51,6	45,8	37,6
13–27 недель	—	43,9	43,6	36,6
8–12 недель	—	27,6	25,3	14,3
6–7 недель	—	27,3	16,7	10,0

1 Мучиев Г.С., Фролова О.Г. Охрана здоровья плода и новорожденного. — М. : Медицина — 1979 — 302 с.

Естественно, своевременность посещения врача женской консультации дает возможность полноценного обследования женщины и дачи соответствующих рекомендаций, выполнение которых не только улучшит здоровье женщины, но и сохранит здоровье её ребенка.

Оценка эффективности реализации рекомендаций по изменению образа жизни показала, что устранение негативных факторов и внедрение элементов здорового образа жизни формирует позитивный образ жизни, что благоприятно отражается на показателях здоровья исследуемого контингента. Особенно наглядно это проявилось при проведении санитарно-просветительной работы среди подростков. Следует учитывать, что, во-первых, состояние здоровья подростков является «барометром» социальной политики страны и уровня оказания медицинской помощи в детстве, а, во-вторых, имеющиеся особенности показателей здоровья подрастающего поколения могут свидетельствовать об изменениях в здоровье взрослого населения в последующие годы. Кроме того, только здоровое в физическом, нравственном и моральном отношении подрастающее поколение может обеспечить прогрессивное и поступательное развитие общества, сохранить его безопасность и международный авторитет. Примеры изменения здоровья под влиянием изменения образа жизни приведены в работах сотрудников кафедры Николаева А.Г. (2004), Оприщенко С.А. (2009), Юмукяна А.В. (2013).

Позитивное изменение образа жизни способствовало достоверному росту удельного веса здоровых подростков. Отмечено, что если до начала обучения навыкам здорового образа жизни лишь у 41,8% подростков образ жизни был оценен позитивно, то после обучения позитивный образ жизни регистрировался у 57,2% подростков (таблица 7): соблюдение режима дня и режима работы за компьютером привело к увеличению удельного веса подростков в 1,5 раза, повышение физической активности — в 1,3 раза, использование закаливающих процедур — в 1,3 раза, отказ от вредных привычек — в 1,3 раза. Обращает на себя внимание, что увеличение числа подростков, образ жизни которых был оценен как здоровый, произошло за счет отказа от курения (10,8%), устранения нарушений в питании (14,3%) и нормализации ночного сна (10,2%). Благоприятным было стремление подростков получать медицинские знания (с 19,6% до 33,7%, $p \leq 0,01$). Учитывая большую роль в формировании здоровья подростков морально-психологического климата, значимая роль в улучшении их здоровья принадлежала занятиям с психологом: после таких занятий 43,8% подростков позитивно изменили свой образ жизни.

Изменение образа жизни способствовало также улучшению здоровья подростков, в том числе, сократилась в 2,1 раза доля часто болеющих (с 11,9% до 5,6%, $p \leq 0,01$) и в 1,9 раза — доля длительно болеющих подростков ($p \leq 0,05$). Кроме того, за счет увеличения удельного веса подрост-

ков, ставших следить за своим весом, повысилась доля подростков, имеющих гармоническое физическое развитие (с 62,5% до 73,2%, $p \leq 0,05$).

Таблица 7. Изменение медицинской активности подростков после освоения навыков здорового образа жизни (на 100 опрошенных)

Характеристики медицинской активности	внедрение навыков ЗОЖ		Вероятность безошибочного прогноза «р»
	до освоения	после освоения	
Регулярное проведение закаливающих процедур	32,5	42,3	$\leq 0,05$
Соблюдение режима дня (сон, питание, учеба/работа, отдых)	45,3	66,2	$\leq 0,0001$
Высокая физическая активность	45,3	59,1	$\leq 0,01$
Отсутствие вредных привычек	46,7	61,6	$\leq 0,001$
Соблюдают режим работы на компьютере	37,2	54,3	$\leq 0,001$
В целом ведут ЗОЖ	41,8	57,2	$\leq 0,001$

Приведенные результаты стали основой для определения здоровьесберегающих мероприятий, осуществление которых зависит от самого человека и дает возможность без особых затрат улучшить здоровье подростков (схема 3).

Выполнение медицинского раздела лечебно-оздоровительной работы было направлено на восстановление нарушенных функций организма и повышения его резистентности. Учитывая, что ведущими заболеваниями у подростков являлись болезни органов дыхания и костно-мышечной системы, им были рекомендованы физиотерапевтические мероприятия, занятия ЛФК и лечебным плаванием на базе отделения восстановительного лечения поликлиники. В программу занятий с подростками, помимо общеразвивающих упражнений, были включены специальные элементы, направленные на укрепление мышц спины, формирование правильной осанки и устранение существующих нарушений.

Социальный раздел лечебно-оздоровительной работы был направлен на формирование элементов здорового образа жизни и включал, прежде всего, повышение медицинской грамотности, а также формирование наиболее значимых навыков здорового образа жизни.

Психологический раздел лечебно-оздоровительной работы был построен на проведении психокоррекционной работы с подростками, основная задача которой состояла в формировании у подростков адекватных мотиваций,



Схема 3. Здоровьесберегающие мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья населения

способствующих непрерывности, регулярности и последовательности выполнения медицинских назначений.

Следует подчеркнуть, что реализация психологического раздела способствовала не только умению противостоять психологическим стрессам, но и повышала социализацию и адаптацию подростков к изменяющимся жизненным условиям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, благодаря организации в нашем Университете одной из первых кафедр «социальной гигиены — организации здравоохранения — социальной гигиены и организации здравоохранения — общественного здоровья и здравоохранения имени академика Ю.П. Лисицына» были не только заложены основы учебного процесса, но и определены основные направления научных исследований.

Коллектив кафедры продолжает научные традиции, заложенные учителями, выполняя исследования, посвященные поиску наиболее оптимальных форм организации медицинской помощи: внедрение нового хозяйственного механизма в работу медицинских организаций (Безроков О.Т., 1998; Нестеренко Е.И., 2001), использование новых технологий при организации медицинской помощи работающим различного профиля (Васкес А.Х.Э., 2001; Доронкина М.В. 2007; Калинина М.Ю., 2010), осуществление медико-социальной реабилитации среди пациентов с хроническими заболеваниями (Борисенко В.В., 2004; Копецкий И.С., 2012; Костенко Е.В., 2013), обеспечение медицинских учреждений лечебными препаратами донорской плазмы (Георгиу С.Д., 2000; Гришина О.В., 2008; Оприщенко С.А., 2009), использование телемедицинских технологий в работе амбулаторно-поликлинического звена (Тяжелыников А.А., 2022).

Результаты выполненных исследований позволили детально проанализировать состояние здоровья различных групп населения и установить закономерности его изменения, изучить социально-гигиеническую характеристику обследованного контингента и определить долевое участие различных аспектов образа жизни в формировании здоровья, обосновать и разработать медико-организационные мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи и улучшению показателей здоровья населения Российской Федерации. Материалы научных исследований были использованы при подготовке законодательных актов, направленных на улучшение охраны здоровья населения, укрепления материально-технической базы здравоохранения и совершенствования деятельности лечебно-профилактических учреждений.

Отпечатано ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России
117997, г. Москва, ул. Островитянова, дом 1
www.rsmu.ru

