

HEALTH CARE STANDARDIZATION PROBLEMS

*Научно-практический
рецензируемый журнал*

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук (редакция декабрь 2015 года)

Импакт-фактор РИНЦ на 2014 год 0,173

Адрес редакции:

115446, Москва, Коломенский пр., а/я 2,
ООО МТП Ньюдиамед

Тел./факс (495) 225-83-74

E-mail: mtpndm@newdiamed.ru

Internet: www.newdiamed.ru

Директор издательства:

Буланова В.А.

Технический редактор

Нерсесян М.Ю.

Компьютерная верстка:

ИП Прохоров О.В.

Индекс журнала 79284

по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ

«ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»

1—2 2017
(Январь—Февраль)

*При перепечатке ссылка
на журнал обязательна*

© Издательство «НЬЮДИАМЕД»

Формат 60×90/8

Печ. листов 7. Заказ № PR1-217

Отпечатано в ООО «Авансед солиюшиз»

ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ

Главный редактор А.И. Вялков

Редакционная коллегия:

О.Ю. Александрова

В.А. Батурин

С.Г. Боярский

П.А. Воробьев
(зам. главного редактора)

А.П. Голубева

Е.В. Елисеева

Н.Н. Камынина

В.И. Кисина

В.В. Мадыанова

А.Ю. Мальй

Л.С. Краснова

А.П. Столбов

С.Ш. Сулейманов

С.В. Суеин

И.В. Тюрина

(научный редактор)

Редакционный совет:

Б.А. Айнабекова (Казахстан)

Ю.Б. Белоусов (Москва)

А.В. Быков (Москва)

В.В. Власов (Москва)

А.И. Воробьев (Москва)

В.К. Леонтьев (Москва)

М.Д. Смит (США)

Р.А. Хальфин (Москва)

Е.П. Какорина (Москва)

Издательство «НЬЮДИАМЕД», Москва, 2017

**Редколлегия журнала «ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»
просит авторов оформлять статьи, направляемые в редакцию,
в строгом соответствии с правилами.
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ**

1. Журнал «Проблемы стандартизации в здравоохранении» публикует статьи, освещающие широкий круг проблем, связанных с управлением качеством в здравоохранении: лицензирование, аккредитация и сертификация, разработка и внедрение протоколов ведения больных и стандартов медицинской помощи, оценка качества медицинской помощи и мероприятия по повышению качества, клинико-экономический анализ (фармакоэкономика), медицина, основанная на доказательствах.
2. Статьи построены по традиционному для мировой научной периодики плану. Описание результатов оригинальных исследований должно быть структурировано по разделам: материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы.
3. Статья должна быть представлена в редакцию в распечатанном виде с подписью авторов и обязательно на электронном носителе (дискете или CD). Статьи, направленные в редакцию по электронной почте, должны быть продублированы письмом.
4. Текст должен быть набран в текстовом редакторе Word в системе Windows. Перенос слов не делать.
5. Объем статьи, включая таблицы, литературу, реферат и резюме, не должен превышать 10 страниц, набранных шрифтом Times New Roman, 14 кеглем через полтора интервала.
6. В каждой научной статье журнала должны быть указаны следующие данные: фамилия, имя, отчество автора (полностью); место работы каждого автора в именительном падеже, должность автора, звание; **контактная информация для публикации** (почтовый адрес, телефон, e-mail); название статьи; аннотация; ключевые слова. Все данные должны быть приведены на русском и английском языках.
7. Желательно предоставление авторами информации о наличии у них конфликта интересов (наличие личных интересов, противоречащих общественным интересам, которые могут повлиять на объективность публикации). Декларация конфликта интересов авторов публикуется после статьи. Также желательно предоставление для публикации информации об источниках финансирования работ, описанных в статье.
8. Статья должна быть тщательно выверена автором, так как редакция не высылает корректуру.
9. Таблицы должны быть компактными, иметь название и ссылку в тексте. Цифры в них не должны расходиться с цифрами в тексте. Обязательна статистическая обработка со ссылкой на рассчитываемые коэффициенты.
10. Математические и химические формулы должны быть написаны четко с указанием на полях букв алфавита (строчных, прописных, греческих, латинских), показателей степени, индексов надстрочных и подстрочных.
11. К статье может быть приложено минимальное количество рисунков. Они должны быть представлены на дискете в любом графическом редакторе и в распечатанном виде и **доступны для редактирования**. Сканированные рисунки принимаются только при условии их хорошего качества. Журнал публикуется в черно-белом варианте, в связи с чем диаграммы и графики должны быть оформлены так, чтобы различия между столбиками, секторами, линиями и пр. были ясны при печати без использования дополнительных цветов (рекомендуется использовать штриховку или градации серого цвета). Рисунки не должны содержать текстовых надписей и обозначений, которые можно поместить в текст или подрисующие подписи. В тексте должна быть ссылка на каждый рисунок. Микрофотографии, фотографии и рентгенограммы должны быть размером 6 × 9 см и хорошего качества.
12. К статье должен быть приложен список использованной литературы **в порядке цитирования**. Библиографические ссылки в тексте должны даваться в квадратных скобках цифрами в соответствии с приставленным списком литературы. Список литературы должен быть составлен следующим образом: Иванов И.И. Лечение артериальной гипертензии // Клин. геронтол. 1995. № 6. С. 56—59 или Петров А.А. Актуальная пульмонология. М.: НЬЮДИА-МЕД, 2007. С. 241—246. Возможны ссылки на электронные ресурсы. Например: Вардосанидзе С.Л., Шикина И.Б. Управление качеством и стандартизация медицинской помощи — основа обеспечения безопасности пациентов в стационарных лечебно-профилактических учреждениях // Пробл. стандарт. в здравоохран. 2006. № 6. С. 3—18. URL: <http://www.zdrav.net/doc/pr/2006/prc06/pdf> или Закон РФ «О средствах массовой информации» от 27.12.91 № 2124-1 (ред. 25.12.2008). Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
13. Направление в редакцию работ, которые уже посланы в другие редакции или напечатаны в них, не допускается!
14. Все статьи рецензируются. Отрицательные рецензии и отзывы, содержащие замечания, требующие коренной или частичной переработки рукописи, пересылаются авторам, которые в кратчайший срок принимают решение либо об отзыве рукописи, либо о ее переработке. Исправленные рукописи также максимально быстро пересылаются в редакцию с комментариями авторов о выполнении рекомендуемых исправлений и (или) аргументированными возражениями по поводу замечаний рецензента. Рукопись, полученная позднее, чем через один месяц, будет считаться вновь поступившей.
15. Редакция журнала оставляет за собой право вносить стилистические изменения, включая названия статей, термины и определения, сокращать статьи, а также осуществлять литературное редактирование текста.
16. Публикация статей в журнале бесплатная.

*Статьи следует направлять по адресу:
115446, Москва, Коломенский проезд, а/я 2,
редакция журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении»
E-mail: mtprndm@newdiamed.ru*

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

**ДЕТЕКТИВНАЯ ИСТОРИЯ.
КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ
АППАРАТА АЛМАГ-01 У ПАЦИЕНТОВ
С ГОНАРТРОЗОМ**

П.А. Воробьев

*Межрегиональная общественная организация
«Общество фармакоэкономических исследований», Москва*

**DETECTIVE STORY.
CLINICAL AND ECONOMIC ANALYSIS
OF THE EFFICIENCY OF THE UNIT ALMAG-01
IN PATIENTS WITH GONARTHROSIS**

P.A. Vorobiev

Russian Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, Moscow

Нестандартное предисловие. Почти детективное. Это исследование было выполнено давно — в 2011 г., по заказу фирмы-производителя аппарата Алмаг — ОАО Елатомский приборный завод. Но полученные результаты не произвели должного впечатления, и публикация не была поддержана заказчиком. Дальше начались «чудеса». Я не раз публично транслировал результаты нашего исследования об отсутствии доказательств эффективности аппарата Алмаг. Представители заказчика неоднократно угрожали мне судебным разбирательством из-за того, что я утверждал, будто аппарат не работает. Правда, ни разу в суд не подали.

Пикантно — при очередной ревизии отчета в связи с угрозами оказалось, что на компьютерах в нашей компании в наличии две версии: в одной то, что мною подписывалось, в другой — совсем иначе изложены выводы, вполне даже в поддержку исследуемой технологии. Проводя дальнейшие «исследования», я обнаружил подложный вариант отчета на сайте производителя прибора Алмаг (<https://elamed.com/upload/iblock/a84/>

a848c925596d4b32c690b9d7fb14074e.pdf) [1]. В подложном варианте есть четкие фразеологические отличия от нашего текста. Зная язык отчета, нетрудно эти отличия увидеть.

Но на моем компьютере сохранился иной вариант отчета. Кто и когда сделал подлог — не знаю. Ответственный исполнитель работы О.В. Борисенко давно не работает в нашей организации, да и подозревать мне его как-то нет оснований. Другой участник — И.В. Телегина — живет и работает не в Москве и вряд ли могла даже технически совершить подлог. Лично мое подозрение падает (хотя не имеет фактического обоснования) на Л.Ю. Безмельницыну, которая позже украла результаты исследования, в котором принимала участие как один из исполнителей (правда — не про Алмаг) и защитила его как диссертацию под руководством людей, отношения к исследованию не имеющих. Возможно, это сделал кто-то из технических сотрудников. За давностью лет нет возможности провести разбирательство и добиться истины.

Учитывая, что рекламируя аппарат по всем теле- и радиоканалам в прессе, производитель на наше исследование не ссылается, подозреваю, что они осведомлены о существующих «проблемах». Более того, в Интернете удалось обнаружить статью [2], полностью воспроизводящую наш отчет как по названию (с небольшими модификациями), дословно текстуально, так и по всем цифрам, за исключением — что понятно — выводов. Выводы совпадают с подложным отчетом. Сопоставление выводов будет дано в конце настоящей статьи. Авторы этого украденного материала Р.А. Бодрова, КГМА МЗ РФ, Ю.Ю. Бяловский, РГМУ МЗ РФ, А.В. Иванов, ОАО Елатомский приборный завод, Елатьма (представитель производителя, который и вел с нами все переговоры), Н.Е. Ларинский, ООО Санаторий «Солотча», Рязань, принимали участие в качестве исполнителей нашего исследования. Потрясающе, но в конце этого текста авторы... «выражают благодарность Воробьеву П.А. — заведующему кафедрой гематологии и гериатрии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, профессору, д.м.н., Президенту Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований» и Борисенко О.В. — исполнительному директору Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований», к.м.н. за организацию проведенных клинико-экономических исследований». Это — цинично! Учитывая наличие опубликованного, пусть и на сайте, пусть и с подложными результатами материала, имеющего авторство.

В связи с этим публикую анализ работы в том виде, в котором готовился отчет.

Методов эффективного лечения остеоартроза нет, за исключением оперативной замены пораженного сустава. Широкое распространение получило применение методов физиотерапии. Однако убедительных доказательств эффективности физиотерапевтических процедур нет. Одним из методов физиотерапевтического лечения является воздействие на организм магнитным полем. АЛМАГ-01 — магнитотерапевтический аппарат для локального воздействия бегущим импульсным магнитным полем. В нескольких исследованиях низкого методического качества были показаны его эффективность и безопасность. Однако в настоящее время нет убедительных данных, свидетельствующих о клинической и

экономической эффективности Алмага-01 у больных с остеоартрозом.

Целью работы явилось проведение клинико-экономического анализа эффективности применения аппарата Алмаг-01 у больных с гонартрозом.

Задачи исследования:

- выбрать критерии для оценки эффективности магнитотерапии и разработать протокол исследования,
- провести клиническое исследование эффективности и безопасности аппарата Алмаг-01 у больных с остеоартрозом в соответствии с протоколом исследования,
- рассчитать прямые медицинские затраты на физиотерапию аппаратом Алмаг-01 и терапию сравнения,
- провести клинико-экономический анализ эффективности применения аппарата Алмаг-01.

Для изучения эффективности магнитотерапии с использованием аппарата Алмаг-01 было проведено проспективное контролируемое рандомизированное двойное слепое исследование. Все больные были разделены на 2 группы: в основной группе использовался работающий аппарат Алмаг-01, в контрольной — аппарат-плацебо, по внешнему виду, конструкции не отличающийся от работающего аппарата. У аппарата-плацебо на заводе была отключена подача импульсов на эффекторную часть.

В клинике раздавались попарно работающие и неработающие аппараты. Каждый аппарат имел соответствующий порядковый номер. Для увеличения степени ослепления в одну клинику было поставлено 2 работающих аппарата, а в другую — 2 аппарата-плацебо. Врачи клиник не знали, какие приборы поставлялись. Хотя проверить это было несложно, так как работающий прибор притягивает обычную стальную скрепку.

Проводилась кластерная (рандомизация между центрами) и рандомизация больных непосредственно в клиническом центре. Кластерную рандомизацию осуществляли сотрудники МОООФИ, которые подготовили 6 наборов аппаратов (4 набора, включающие аппарат Алмаг-01 и аппарат-плацебо, 1 набор, включающий 2 аппарата Алмаг-01 и 1 набор, включающий 2 аппарата-плацебо). Все аппараты в наборах были промаркированы номерами «1» и «2» (обеспечивалась случайная нумерация аппаратов). Нуме-

рация аппаратов была известна только сотрудникам МОООФИ. В исследовательском центре после набора пациентов, соответствующих критериям включения в исследование, врач вскрывал конверт, в котором был указан номер аппарата. Предварительно организатором исследования подготовлено и разослано в клиники достаточное равное число конвертов с номерами «1» и «2» внутри, которые соответствовали маркировке аппаратов, направленных в исследовательский центр.

Критерии включения в исследование: мужчины и женщины в возрасте 18 лет и старше, больные гонартрозом, кроме тяжелых форм (рентгенологически IV стадия), диагноз ставился на основе клинических критериев, отсутствие тяжелых или нестабильных соматических, неврологических или психических заболеваний, которые могли помешать проведению исследования, наличие информированного согласия пациента на участие в исследовании.

Критерии невключения в исследование: возраст менее 18 лет, тяжелые формы гонартроза, наличие абсолютных и относительных показаний к применению аппарата Алмаг-01.

Аппарат Алмаг-01 и аппарат-плацебо использовались согласно инструкции по применению, курсовое лечение состояло из 18 процедур. В исследовании допускалось сочетание физиотерапевтического лечения с медикаментозным в соответствии с общепринятой практикой. Для оценки эффективности терапии использовались критерии интенсивности функциональных нарушений (по МКФ) и изменение показателей качества жизни (по опроснику EQ-5D).

По МКФ были использованы 6 шкал: «подвижность нескольких суставов», «общая подвижность суставов», «стабильность нескольких суставов», «общая стабильность суставов», «ходьба на короткие расстояния», «ходьба на дальние расстояния». Каждый показатель оценивался по 5-балльной шкале: 1 балл — «нет нарушений», 2 балла — «легкие нарушения», 3 балла — «умеренные нарушения», 4 балла — «выраженные нарушения», 5 баллов — «абсолютные нарушения». Дополнительно использовались показатели угла сгибания и разгибания и объема пораженного сустава. Клинико-экономический анализ эффективности применения аппарата Алмаг-01 проводился по критерию «затраты—полезность» [3].

В исследование были включены 170 пациентов: 75 человек использовали аппарат Алмаг-01, (44,1%) и 95 использовали аппарат-плацебо, (55,9%). При анализе результатов оказалось, что на момент начала исследования группы не были сопоставимы: в целом больные в группе плацебо имели худшие показатели функции сустава (по объективным параметрам и показателям МКФ) и качества жизни (за исключением качества жизни, оцененного по визуально-аналоговой шкале). Связано это с тем, что большая часть пациентов оказалась включенной в стационаре, где применялись два аппарата-плацебо, а не в санаториях, где были остальные аппараты.

В ходе исследования больные осматривались дважды: при включении в исследование и на 20—24-й день от начала исследования.

Производителем утверждалось, что люди имеют разную магниточувствительность. Для оценки этого показателя измерялось артериальное давление (АД), далее 5 мин проводилось воздействие электромагнитным полем на пятки, после этого еще раз измерялось АД. Магниточувствительность считалась низкой (табл. 1), если АД не менялось, средней, если АД (систолическое и диастолическое) изменялось на 5—10 мм рт. ст., высокой — если АД изменялось более чем на 10 мм рт. ст.

Обращает на себя внимание достоверно более высокая частота «чувствительности» к воздействию магнитного поля в группе, использовавшей аппарат-плацебо.

В группе Алмаг-01 наблюдается большее, статистически незначимое уменьшение объема пораженного сустава по сравнению с группой аппарата-плацебо (3,9 и 2,9 см соответственно). Угол сгибания пораженного сустава уменьшился

Таблица 1

Магниточувствительность участников исследования

Магниточувствительность	Группа аппарата Алмаг-01 (n = 75), абс. (%)	Группа аппарата-плацебо (n = 95), абс. (%)
Низкая	31 (44)	39 (41)
Средняя	41 (54,7)	40 (42,1)
Высокая	3 (1,3)	16 (16,9)*

Примечание. * — различие статистически достоверное (p < 0,05), критерий Фишера с поправкой Йетса.

в группе аппарата Алмаг-01 на $0,31^\circ$, а в группе плацебо увеличился на $2,4^\circ$. Угол разгибания пораженного сустава недостоверно увеличился в обеих группах, однако увеличение в группе аппарата Алмаг-01 было большим по сравнению с группой плацебо ($-7,41^\circ$ и $-3,15^\circ$ соответственно).

В целом группы не различались по показателям изменения качества жизни, однако в группе пациентов, использовавших аппарат Алмаг-01, по сравнению с группой пациентов, использовавших аппарат-плацебо, было меньше больных с умеренными или тяжелыми нарушениями по показателю боли или дискомфорта (38,7 и 62,1%). Впрочем, и на момент начала исследования в группе Алмаг-01 по сравнению с группой плацебо также было достоверно меньше больных с тяжелыми и умеренными нарушениями по показателям самообслуживания и повседневной активности (18,7 и 55,8% и 61,3 и 80% соответственно).

Показатель качества жизни, оцененный по визуально-аналоговой шкале до начала лечения, составил $0,62 \pm 0,12$ в группе аппарата Алмаг-01 и $0,69 \pm 0,14$ в группе плацебо, динамика в группе Алмаг-01 составила 0,11 баллов, а в группе аппарата-плацебо — 0,1 балл. Таким образом, достоверных различий по динамике качества жизни по визуально-аналоговой шкале не было.

По 5 показателям опросника EQ-5D в обеих группах отмечено статистически значимое снижение доли больных, имеющих умеренные или

тяжелые нарушения качества жизни по всем показателям, за исключением показателя самообслуживание в группе аппарата Алмаг-01. В группе плацебо по сравнению с группой аппарата Алмаг-01 было продемонстрировано более значимое снижение доли больных, имеющих умеренные или тяжелые нарушения по всем показателям, за исключением боли и дискомфорта (табл. 2).

Статистически значимых различий по МКФ выявлено не было, однако положительная динамика функции подвижности сустава при легких нарушениях и их отсутствии была статистически достоверно более выражена в группе аппарата Алмаг-01 по сравнению с аппаратом-плацебо (21,3 и 9,5% соответственно).

В группе плацебо было продемонстрировано статистически значимое снижение доли больных, имеющих тяжелые и умеренные нарушения по показателю ходьбы на расстояния не менее 1 км (с 69,4 до 46,3%) и увеличение доли больных, имеющих легкие нарушения по этому показателю (с 10,5 до 31,6%). При сравнении групп между собой обращает на себя внимание достоверно большее число пациентов, имеющих легкие нарушения или их отсутствие по показателю «Ходьба на короткие расстояния», в группе Алмаг-01 по сравнению с группой пациентов, использовавших аппарат-плацебо (14,6 и 4,2% соответственно).

В группе Алмаг-01 продолжительность пребывания в стационаре составила 15,7 дней ($\pm 3,9$ дня; медиана — 16, 1-й квартиль — 12,

Таблица 2

Изменение числа больных, имеющих умеренные или тяжелые нарушения

Аппарат Алмаг-01 (n = 75), абс. (%)			Аппарат-плацебо (n = 95), абс. (%)		
в начале лечения	по окончании лечения	Δ	в начале лечения	по окончании лечения	Δ
По показателю «Передвижение в пространстве»					
48 (64)*	28 (37,3)*	20 (26,7)	73 (76,8)*	43 (47,4)*	30 (29,4)
По показателю «Самообслуживание»					
14 (18,7)	13 (17,4)	1 (1,3)	53 (55,8)*	28 (29,5)*	25 (26,3)
По показателю «Повседневная активность»					
46 (61,3)*	21 (28)*	25 (33,3)	76 (80)*	21 (28)*	55 (52)
По показателю «Боль и дискомфорт»					
71 (96)*	29 (38,7)*	42 (57,3)	95 (100)*	59 (62,1)*	36 (37,9)
По показателю «Тревога и депрессия»					
40 (53,3)*	17 (22,7)*	23 (30,6)	62 (65,3)*	21 (22,1)*	2 (43,2)

Примечание. * — различие статистически достоверное ($p < 0,05$), критерий Фишера с поправкой Йетса.

3-й квартиль — 18), в группе плацебо — 20,4 дня ($\pm 3,8$ дня; медиана — 21, 1-й квартиль — 18, 3-й квартиль — 22). Несмотря на то что равные доли больных получали лечение в условиях стационара (58,7% в группе аппарата Алмаг-01 и 64,2% в группе аппарата-плацебо), продолжительность лечения различалась. Это может объясняться как неполной сопоставимостью групп на момент начала исследования (больные в группе аппарата-плацебо имели более тяжелое состояние), так и лечением 40 больных из группы аппарата-плацебо в специализированном ортопедическом отделении ГКБ г. Москвы.

В исследовании также анализировалась возможность влияния приема НПВС и дополнительных физиопроцедур на показатели суставов и возможность искажения результатов исследования в сторону переоценки эффекта аппарата Алмаг-01. Препараты этой группы были назначены в 1,97 раза чаще в группе аппарата-плацебо по сравнению с группой аппарата АЛМАГ-01. Эта разница также может быть обусловлена более тяжелым исходным состоянием больных в группе плацебо.

Физиотерапевтические процедуры назначались в группе аппарата Алмаг-01 в среднем на 3,6 услуги больше (одному больному отпущено 25,3 услуги), чем в группе аппарата-плацебо (одному больному отпущено 21,7 услуги).

При анализе затрат оказалось, что на лечение 1 больного в группе аппарата Алмаг-01 было затрачено 7648 руб., по сравнению с 9604 руб. в группе аппарата-плацебо. Напомним, что из-за особенностей проведения исследований в группе «плацебо» оказалось существенно больше лиц, с более тяжелым течением болезни и получавших стационарную помощь.

Если принять за рабочую гипотезу, что аппарат Алмаг-01 оказывает положительное действие на течение болезни, то при проведении анализа «затраты—полезность» магнитотерапия с использованием аппарата Алмаг-01 является эффективной стратегией с позиции затрат по единственному критерию динамики тяжелых и умеренных нарушений качества жизни, связанного с болью и дискомфортом. При использовании аппарата Алмаг-01 необходимо затратить 13 417 руб. на снижение умеренных и тяжелых нарушений качества жизни, связанного с болью и дискомфортом у 1 больного, что в 1,93 раза меньше, чем при использовании аппарата-

плацебо (25 956 руб. за достижение эффекта у 1 больного).

К существенным ограничениям исследования относятся несопоставимость групп на момент начала лечения (по показателям среднего возраста, качеству жизни, оцененному по опроснику EQ-5D, функциональным показателям пораженных суставов) и значительные различия в лечебной тактике в двух группах (большая частота назначения НПВС, физиотерапевтических процедур в группе аппарата-плацебо; большая частота назначения услуг, в том числе магнитотерапии, в группе аппарата Алмаг-01).

Таким образом, проведенное проспективное рандомизированное двойное слепое контролируемое исследование эффективности магнитотерапии с использованием аппарата Алмаг-01 показало:

- аппарат Алмаг-01 более значимо влиял на составляющую качества жизни, связанную с наличием боли и дискомфорта, по сравнению с аппаратом-плацебо, по другим показателям опросника EQ-5D больший эффект был продемонстрирован при использовании аппарата-плацебо;
- не было продемонстрировано достоверного однонаправленного эффекта аппарата Алмаг-01 на функциональные показатели (угол сгибания и разгибания, объем сустава, показатели МКФ);
- при принятии гипотезы об эффективности электромагнитного воздействия с использованием аппарата Алмаг-01 эта стратегия будет эффективной с позиции затрат при анализе «затраты—полезность» по критерию динамики тяжелых и умеренных нарушений качества жизни, связанного с болью и дискомфортом (показатель «затраты—полезность» 13 417 руб. за эффект у 1 больного по сравнению с затратами равными 25 956 руб. за достижение эффекта у 1 больного при использовании аппарата-плацебо).

ВЫВОДЫ

Проведенное проспективное рандомизированное двойное слепое контролируемое исследование эффективности магнитотерапии с использованием электромагнитного воздействия аппарата Алмаг-01 (частота 6,24 Гц, напряженность магнитного поля 20 мТл) при гонартрозе не поз-

воляет сделать выводы об эффективности данной методики: «магниточувствительность» выше в группе плацебо, не было продемонстрировано достоверного однонаправленного эффекта аппарата Алмаг-01 на функциональные показатели (угол сгибания и разгибания, объем сустава, показатели МКФ), по показателям качества жизни есть лишь позитивные изменения по критерию «боль и дискомфорт», по другим показателям опросника EQ-5D больший эффект был продемонстрирован при использовании аппарата-плацебо.

Стратегия внедрения в лечебный процесс бегущего импульсного магнитного поля является эффективной с позиции затрат при анализе «затраты—полезность» по критерию динамики тяжелых и умеренных нарушений качества жизни, связанного с болью и дискомфортом (показатель «затраты—полезность» 13 417 руб. за эффект у 1 больного по сравнению с затратами равными 25 956 руб. за достижение эффекта у 1 больного при использовании аппарата-плацебо) при наличии подтвержденной гипотезы об эффективности воздействия магнитного поля на течение болезни.

Для оценки влияния магнитотерапии на функциональные показатели суставов необходимо проведение более продолжительных исследований со строгой регламентацией количества и наименований физиотерапевтических процедур и назначения НПВС в группах.

И в заключении — выводы из статьи-спойлера:

1. Работающий аппарат оказывал воздействие на пациентов, что проявилось в меньшем числе больных, хорошо переносивших магнитотерапию, по сравнению с аппаратом-плацебо.

2. Работающий аппарат более значимо влиял на составляющую качества жизни, связанную с наличием боли и дискомфорта, по сравнению с аппаратом-плацебо, по другим показателям опросника EQ-5D, больший эффект был продемонстрирован при использовании аппарата-плацебо.

3. Не было продемонстрировано достоверного однонаправленного эффекта работающего аппарата на функциональные показатели (угол сгибания и разгибания, объем сустава, показатели МКФ).

4. Проведенное проспективное рандомизированное двойное слепое контролируемое исследование эффективности бегущего импульсного магнитного поля с использованием аппарата Алмаг-01 (частота 6,24 Гц, напряженность магнитного поля 20 мТл) при гонартрозе определило его клинико-экономическую эффективность. Наиболее выраженным оказалось влияние на показатели качества жизни, связанные с болью и дискомфортом.

5. Стратегия внедрения в лечебный процесс бегущего импульсного магнитного поля является эффективной с позиции затрат при анализе «затраты—полезность» по критерию динамики тяжелых и умеренных нарушений качества жизни, связанного с болью и дискомфортом (показатель «затраты—полезность» 13 417 руб. за эффект у 1 больного по сравнению с затратами, равными 25 956 руб., за достижение эффекта у 1 больного при использовании аппарата-плацебо).

Согласитесь, похоже, но не совсем. Несколько иные акценты. Для тех, кто не разбирается в сути дела, — очевидна полезность методики, которой нет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Отчет: клинико-экономический анализ эффективности применения аппарата Алмаг-01 у пациентов с гонартрозом. Доступно на: <https://elamed.com/upload/iblock/a84/a848c925596d4b32c690b9d7fb14074e.pdf>. Ссылка активна на 10.10.2016.
2. Бодрова Р.А., Бяловский Ю.Ю., Иванов А.В., Ларинский Н.Е. Клинико-экономический анализ эффективности применения бегущего импульсного магнитного поля у пациентов с гонартрозом. Спортивная медицина: наука и практика. 2013; 4: 7—13.
3. Клинико-экономический анализ. Под ред. проф. П.А. Воробьева. Издание 3-е. М.: НЬЮДИАМЕД, 2008.

Сведения об авторе:

Воробьев Павел Андреевич — д-р мед. наук, профессор, президент МООФФИ. 119048, Москва, Хамовнический вал, 28. Тел.: 8 (495) 225-83-74. E-mail: mtpndm@dol.ru

About the author:

Vorobiev Pavel Andreevich — MD, PhD, professor, the President of RSPOR. 119048, Moscow, 28 Khamovnichesky val St. Tel.: 8 (495) 225-83-74. E-mail: mtpndm@dol.ru.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ

ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД: БАЗОВЫЕ ПОНЯТИЯ

Р.А. Хальфин, Л.Е. Сырцова, Д.П. Львова, Е.Е. Кобяцкая

*Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова,*

Институт Лидерства и Управления здравоохранением, Москва

Представлен понятийный аппарат пациент-ориентированного подхода к маркетингу медицинских услуг из классических широко зарекомендовавших себя научных источников. Ряд понятий скорректирован с учетом опыта проведенного исследования.

Ключевые слова: маркетинг, социально-этический маркетинг, интегрированные маркетинговые коммуникации (ИМК), маркетинговые коммуникации (МК), коммуникационный менеджмент, управленческий учет, точки контакта (ТК), издержки, расходы, затраты, пациент-ориентированный подход к маркетингу медицинских услуг

A PATIENT-CENTERED APPROACH: BASIC CONCEPTS

Halfin R.A., Syrtsova L.E., Lvova D.P., Kobatskay E.E.

First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenova,

The Institute of Leadership and Healthcare Management Department, Moscow

The paper presents conceptual framework of a patient-oriented approach to marketing of medical services from the classic widely-established scientific sources. A number of concepts were adjusted based on the experience of the study.

Keywords: marketing, social-ethical marketing, integrated marketing communications (IMC) marketing communication (MC), communication management, management accounting, point of contact (TK), costs, expenses, costs, patient-oriented approach to marketing of medical services

В современных условиях реформирования системы здравоохранения рынок медицинских услуг только формируется. На фоне все более возрастающей конкуренции востребованными становятся новые формы и методы работы в области маркетинга как отдельных учреждений, так и всей системы в целом [1].

Для формирования конкурентного рынка медицинских услуг большое значение приобретают исследования, затрагивающие вопросы взаимоотношений между пациентом и учреждением,

вопросы рынка медицинских услуг, так как позволяют осмыслить активную роль пациента, имеющего право выбора и принимающего решение о том, в каком объеме, где и у кого получить медицинскую помощь [2].

С нашей точки зрения, вместо понятия «медицинская услуга» правильнее говорить о «результатах (продуктах) оказания медицинской помощи». Грамотное и системное использование принципов и инструментов коммуникационного менеджмента открывает дополнительные воз-

возможности для успешного реформирования отечественной системы здравоохранения.

Коммуникационный менеджмент — это совокупность принципов и методов управления внешними и внутренними коммуникационными процессами для достижения организацией, человеком или группой лиц стоящих перед ними стратегических целей и решения конкретных задач. По сути дела, коммуникационный менеджмент является функцией создания, развития и управления нематериальным капиталом (НМК) юридического или физического лица [3].

Изучение опыта зарубежных стран с уже сформировавшимся рынком, по вопросам продвижения медицинских услуг показало, что психоэмоциональным воздействием на потребителей занимаются такие специалисты, как психологи и маркетологи. Подсознательным психологическим аспектам деятельности человека, восприятия им окружающей действительности, прямой связи с его дальнейшими действиями, выбором, предпочтениями уделяется огромное внимание. Ученые-маркетологи, такие как Котлер Ф., Шульц Д., Танненбаум С., Лаутерборн Р. в своих работах говорят о том, что постоянный, лояльный, полностью удовлетворенный клиент является залогом успеха и процветания той или иной организации [4, 5].

В России тема интегрированных маркетинговых коммуникаций в здравоохранении недостаточно разработана, а врачи плохо о ней осведомлены. Это обусловлено, с одной стороны — недостаточной теоретической разработанностью данной проблемы, практическим отсутствием обучения технологиям эффективных коммуникаций в ВУЗе и изучением в малом объеме в системе послевузовского образования (в соответствии с типовыми программами обучения). С другой стороны — недостаточное применение концепции маркетинга в российских медицинских организациях (в особенности бюджетных).

В связи с этим в Институте Лидерства и Управления здравоохранением ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России проводится научное исследование на тему: «Интегрированные маркетинговые коммуникации в сфере общественного здоровья и управления деятельностью медицинских организаций».

Цель — разработка предложений по оптимизации использования маркетинговых технологий в сфере общественного здоровья и управления деятельностью медицинских организаций. Иссле-

дование опирается на перспективность применения интегрированных маркетинговых коммуникаций (ИМК) как элемента внешних и системы управленческого учета как элемента внутренних коммуникационных технологий, для улучшения взаимоотношений врач—пациент. Разработка данной темы актуальна и в том плане, что социально ориентированный маркетинг способствует гармонизации отношений между медицинской организацией и общественностью.

В рамках исследования нами рассмотрены взаимоотношения врач—пациент, врач—медицинская организация, пациент—медицинская организация, медицинская организация и общественность с позиций пациент-ориентированного подхода к маркетингу медицинских услуг (результатов оказания медицинской помощи).

Одним из важнейших качеств маркетинга медицинских услуг является его социальная направленность. При этом социально ответственный, этический маркетинг в здравоохранении должен отличаться многообразием целей, которые не ограничиваются прибылью, а связаны с решением социальных проблем: обеспечением всеобщей доступности медицинской помощи, внедрением новых медицинских технологий, профилактикой заболеваемости населения и т.д. [6].

На фоне существующего разнообразия понятий и терминов по маркетингу и управлению мы считаем необходимым объяснить примененные в разработанной нами методике «Выявления и анализа «точек контакта» (ТК) как пациент-ориентированного подхода к маркетингу медицинских услуг (результатов оказания медицинской помощи)» термины для формирования понимания их сути и взаимодействия, что и определило цель статьи.

Основанием для проведения исследования является Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [7], в котором введено требование обязательности исполнения медицинскими организациями стандартов медицинской помощи. Стандарт медицинской помощи (стандарт) устанавливает объем лечебно-диагностических мероприятий, основанных на существовании общепризнанных подходов к лечению большинства заболеваний, который обязан выполнить врач. Таким образом, оценка медицинской помощи на соответствие стандарту является важной как оценка качественного объема оказанной медицинской помощи, что, безу-

словно, является одним из элементов защиты пациента от недостаточного объема оказания медицинской помощи при конкретном заболевании. Но решение вопроса о правильности или неправильности медицинской помощи (о надлежащем или ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей) не должно ограничиваться оценкой соответствия действий медицинского работника одним лишь стандартам. Необходим новый подход к организации и оценке медицинской помощи не только с точки зрения качества ее оказания в соответствии с новыми стандартами, но и учитывающий индивидуальные социально-экономические и эмоционально-психологические аспекты во взаимоотношениях пациентов и медицинских организаций.

Основой формирования такого подхода является совместное использование ИМК и управленческого учета. ИМК давно и крайне успешно применяются в бизнес-сфере за рубежом. В такой социально-значимой отрасли, как здравоохранение ИМК применяются редко. В то же время пациент-ориентированный подход к маркетингу медицинских услуг ставит целью найти и предопределить, понять и реализовать желания и потребности пациентов.

Маркетинг (от англ. marketing — продажа, торговля на рынке) — это организационная функция и совокупность процессов создания, продвижения и предоставления ценностей покупателям и управления взаимоотношениями с ними с выгодой для организации [8]. Главный принцип маркетинга заключается в том, что люди покупают не просто товары или услуги — они покупают пользу, которую они ожидают получить от товара или услуги. Обычно это выражается фразой «люди покупают решение своих проблем».

Разрешение проблем потребителей через предложение продуктов, удовлетворяющих их потребности, ведет к долгосрочному успеху организации и приносит пользу обществу в целом.

Маркетинг всегда начинается с определения потенциальных потребителей (целевого рынка) и их потребностей. Маркетинг на самом деле — это процесс получения знаний о своих клиентах — каковы их страхи, разочарования, стремления — с тем, чтобы ваш продукт или услуга соответствовали их потребностям настолько, чтобы они захотели их купить без ваших просьб и убеждений [9].

Концепция социально-этического маркетинга утверждает, что задачей организации яв-

ляется установление нужд, потребностей и интересов целевых рынков и обеспечение желаемой удовлетворенности более эффективными и продуктивными (чем у конкурентов) способами с одновременным сохранением или укреплением благополучия потребителя и общества в целом [10].

Адаптация теорий социального и интегрированного маркетинга к специфике здравоохранения, поиск нестандартных направлений маркетинга, учет особенностей медицинских услуг, стремление к социально-экономическому балансу маркетинговой деятельности должно стать одним из современных направлений научной деятельности в области общественного здравоохранения.

При разработке методики мы исходили из определения **интегрированных маркетинговых коммуникаций (ИМК)** как процесса установления связей с потребителями, отличный от традиционно использовавшегося. Это плановый подход, направленный на координацию и объединение всех сообщений, программ и средств воздействия на существующих или потенциальных потребителей товаров либо услуг компании-производителя [11].

Под **маркетинговой коммуникацией (МК)** понимается технология (дисциплина, инструментарий) маркетинга, позволяющая обеспечить коммуникацию с определенными целевыми сегментами рынка, а также с аудиториями с целью выполнения поставленных задач [12].

Одним из современных и эффективных инструментов ИМК являются «точки контакта». Статьи о «точках контакта» стали появляться лишь недавно. «**Точки контакта** — это многочисленные и разнообразные ситуации, места и интерфейсы соприкосновения клиента с компанией. Каждый раз, когда клиент любым способом, в любое время контактирует с компанией, возникает точка контакта» [13].

Работ с рекомендациями по применению данной маркетинговой теории в медицине и здравоохранении как социально-значимой области на данный момент не существует.

Разработанная нами методика, основанная на концепции «точек контакта», создана как попытка совместить в себе строгий научный академический подход и эмоционально-подсознательные аспекты психической деятельности, неизменно присутствующие в любой области человеческой деятельности.

Среди приоритетов развития здравоохранения значительную роль имеет учет мнения самих пациентов, внедрение **системы управленческого учета как элемента внутренних коммуникационных технологий**, для улучшения взаимоотношений врач—пациент.

Возможности применения пациент-ориентированного подхода, обусловленного как учетом мнений самих пациентов, так и элементов управленческого учета, использованы нами при разработке методики.

В настоящее время не существует идеального определения управленческого учета, которое устраивало бы всех специалистов.

К примеру, по мнению Национальной ассоциации бухгалтеров США, есть «процесс идентификации, измерения, накопления, анализа, подготовки, интеграции и передачи информации, используемой управленческим персоналом для планирования, оценки и контроля за производственной деятельностью и эффективностью использования ресурсов» [14].

Хорнгрен Ч.Т. и Фостер Дж. дают следующее определение: «Управленческий учет — это идентификация, измерение, сбор, систематизация, анализ, разложение, интерпретация и передача информации, необходимой для управления какими-либо объектами» [15].

Экономисты и менеджеры в организациях рассматривают управленческий учет (УУ) как инструмент внутреннего управления затратами организации с целью принятия управленческих решений по повышению ее эффективности. Основные элементы УУ: планирование деятельности, анализ затрат организации для определения «точки безубыточности» деятельности структурных подразделений, для расчета себестоимости медицинских услуг, с последующим определением цены на нее, внутренний контроль.

Мы основываемся на понятии **управленческого учета** как упорядоченной системы выявления, измерения, сбора, регистрации, интерпретации, обобщения, подготовки и предоставления важной для принятия решений по деятельности организации информации и показателей для управленческого звена организации (внутренних пользователей — руководителей) [16]. Основной задачей управленческого учета является ответ на вопрос, в каком состоянии находится организация, как необходимо распределить имеющиеся ресурсы, чтобы повысить эффективность деятельности. Соответственно управленческий

учет требует оценки результативности по тем или иным параметрам во времени и связи с каким-либо событием [17].

Управленческий учет — это система внутреннего оперативного управления. Суть управленческого учета заключается в предоставлении информации, которая необходима или может пригодиться менеджерам в процессе управления предпринимательской деятельностью. **Управленческий учет обязательно должен фокусировать внимание на будущем, на том, что можно сделать, чтобы повлиять на ход событий** [18].

Управленческий учет и управленческий анализ являются составной частью системы управления организацией. Данные грамотно организованного управленческого учета позволяют выявить области наибольшего риска, малоэффективные или убыточные места в деятельности организации, а также резервы снижения себестоимости единицы продукции [19—21]. В работе медицинских организаций — это максимальное достижение желаемого результата деятельности с минимально возможными при этом затратами.

Специалисты управленческого учета проводят различие между следующими терминами: «расходы», «издержки» и «затраты». Исходя из нашей методики, мы рассматриваем эти термины как синонимы и подразумеваем под ними понятие «затраты».

Затраты — это ресурсы, необходимые в процессе производства для получения выпускаемых предприятием продуктов (оказания услуг) и их реализации. А ресурсы, в свою очередь, — источники и предпосылки получения необходимых людям материальных и духовных благ, которые можно реализовать при существующих технологиях и социально-экономических отношениях.

ВЫВОДЫ

1. Основные термины: маркетинг, социально-этический маркетинг, интегрированные маркетинговые коммуникации, маркетинговые коммуникации, коммуникационный менеджмент, управленческий учет взяты из классических широко зарекомендовавших себя научных источников.

2. Ряд понятий был скорректирован с учетом опыта проведенного исследования: точки контакта, издержки, расходы, затраты. Применение пациент-ориентированного подхода к маркетингу медицинских услуг требует единого понима-

ния терминов методики «Выявления и анализа «точек контакта»».

3. Использование данных сфер деятельности в комплексе позволяет, на наш взгляд, способствовать решению проблемы пациент-ориентированного подхода системно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булгакова Л.В. Маркетинговые аспекты развития рынка платных медицинских услуг. Саратов; 2009: 146 с.
2. Уколова М.А. Социальный интегрированный маркетинг в деятельности частных лечебно-профилактических учреждений в современной России. 2006: 34.
3. Лакомкин М.М. Стратегическое планирование и проектный менеджмент коммуникационных процессов, 2011: 18—19.
4. Котлер Ф. Основы маркетинга. Пер. с англ. Е. Соловьева. 4-е изд. М.: Бизнес-Книга; 1995: 702.
5. Шульц Д., Танненбаум С., Лаутерборн Р. Новая парадигма маркетинга. Интегрируемые маркетинговые коммуникации. М.: ИНФРА-М; 2004: 45.
6. Уколова М.А. Социальный интегрированный маркетинг в деятельности частных лечебно-профилактических учреждений в современной России. 2006: 40.
7. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ. Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/. Ссылка активна на 01.11.2016.
8. Котлер Ф. Основы маркетинга. Пер. с англ. Е. Соловьева. 4-е изд. М.: Бизнес-Книга; 1995: 30.
9. Друкер П. Классические работы по менеджменту = Classic Drucker. М.: Альпина Бизнес Букс; 2008: 220.
10. Котлер Ф. Основы маркетинга. Пер. с англ. Е. Соловьева. 4-е изд. М.: Бизнес-Книга; 1995: 36.
11. Шульц Д. Интегрированные маркетинговые коммуникации. СПб., 2005. Доступно по: <http://cfm.ru/>. Ссылка активна на 01.11.2016.
12. Шульц Д., Танненбаум С., Лаутерборн Р. Новая парадигма маркетинга. Интегрируемые маркетинговые коммуникации. М.: ИНФРА-М; 2004: 45.
13. Манн И., Турусин Д. Точки контакта. Простые идеи для улучшения вашего маркетинга М.: Манн, Иванов и Фербер; 2012: 23.
14. Ковалев В.В., Соколов Я.В. Основы управленческого учета: Учебное пособие. СПб.: ЛИСТ; 1991.
15. Хорнгрен Ч.Т., Фостер Дж. Бухгалтерский учет: управленческий аспект: пер. с англ. Под ред. Я.В. Соколова. М.: Финансы и статистика; 1995: 8.
16. Гафурова Г.Н. Управленческая отчетность как основа принятия управленческих решений. Управленческий учет. 2011; 9 (153).
17. Википедия. Свободная энциклопедия. Доступно по: <http://ru.wikipedia.org/>. Ссылка активна на 01.11.2016.
18. Палий В.Ф. Управленческий учет издержек и доходов (с элементами финансового учета). Москва: ИНФРА-М; 2006.
19. Хальфин Р.А., Мадьянова В.В., Кобяцкая Е.Е. Анализ реализации программы повышения квалификации «Эффективное управление ресурсами в медицинской организации» заместителей руководителей медицинских организаций по финансово-экономическим вопросам. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2016. 5-6: 13—17.
20. Засова Л.В., Черезова Я.А. Роль удовлетворенности трудом персонала в решении управленческих задач медицинской организации. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2016; 9-10: 50—55.
21. Константинов В.А. Алгоритм реализации метода Activity Based Costing (ABC) на российских предприятиях. Управленческий учет. 2013; 8: 19—24.

Сведения об авторах:

Хальфин Руслан Альбертович — заслуженный врач Российской Федерации, д-р мед. наук, профессор, директор Высшей школы управления здравоохранением Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. 109004, Москва, ул. Александра Солженицына, д. 28. Тел.: (499) 763-68-02. E-mail: rah@hsha.ru

Сырцова Людмила Ефимовна — д-р мед. наук, профессор Высшей школы управления здравоохранением Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. 109004, Москва, ул. Александра Солженицына, д. 28. Тел.: (499) 763-68-34. E-mail: fuzmma@yandex.ru

Львова Дарья Петровна — аспирант Высшей школы управления здравоохранением Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. 109004, Москва, ул. Александра Солженицына, д. 28. Тел.: 8-917-573-84-96. E-mail: darka.lvova@mail.ru

Кобяцкая Елена Евгеньевна — канд. экон. наук, доцент Высшей школы управления здравоохранением Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. 109004, Москва, ул. Александра Солженицына, д. 28. E-mail: economist09@bk.ru

About the authors:

Halfin Ruslan Albertovich — Honored doctor of the Russian Federation, dr. med. sciences, professor, Director of the graduate school of health management First MSMU n.a. I.M. Sechenov, 109004, Moscow, Alexander Solzhenitsyn St., 28. Tel: (499) 763-68-02. E-mail: rah@hsha.ru

Syrtsova Ludmila Efimovna — Doctor of Medicine, professor of the graduate school of health management First MSMU n.a. I.M. Sechenov. 109004, Moscow, Alexander Solzhenitsyn St., 28. Tel: (499) 763-68-34. E-mail: fuzmma@yandex.ru

Lvova Darya Petrovna — Ph.D. student of the graduate school of health management First MSMU n.a. I.M. Sechenov. 109004, Moscow, Alexander Solzhenitsyn St., 28. Tel: (917) 573-84-96. E-mail: darka.lvova@mail.ru

Kobatskay Elena Evgenievna — Ph.D. in Economics, associate Professor of the graduate school of health management First MSMU n.a. I.M. Sechenov. 109004, Moscow, Alexander Solzhenitsyn St., 28. E-mail: economist09@bk.ru

ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОЙ СТАНДАРТИЗАЦИИ

МОДЕЛИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СНАБЖЕНИЯ СИЛОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВА НА ОСНОВЕ ЛОГИСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Т.Г. Дергусова

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону

Логистический подход к формированию межведомственной унифицированной системы медицинского снабжения позволит управлять разрозненными системами медицинского снабжения федеральных войск и сил. Представлена модель процесса выработки логистического решения в процессе медицинского снабжения силовых структур государства, которая будет опираться на допустимые альтернативные варианты и оптимальное логистическое решение, что позволит избежать принятия неэффективного решения.

Ключевые слова: модель, медицинское снабжение, логистика, силовая организация государства

MODELING OF MEDICAL SUPPLY OF POWER OF THE STATE BASED ON LOGISTICAL APPROACH

T.G. Dergousova

Department of protective medicine of Medical State University of Rostov-on-Don

Logistic approach to the formation of a unified inter-departmental medical supply system will allow disparate systems to manage medical supplies federal troops and forces. There is a model of the process of production logistics solutions in the medical supply of power structures of the state, which will be based on valid alternatives and optimal logistics solution that will prevent the adoption of ineffective solutions.

Keywords: model, medical supplies, logistics, organization of the state power

Одним из направлений создания перспективного облика медицинской службы Вооруженных Сил (ВС) РФ является переход к межведомственной унифицированной системе медицинского снабжения (МУСМС) ВС, других войск, воинских формирований и органов РФ. Главной целью перехода к МУСМС ВС является повышение эффективности медицинского снабжения всех воинских формирований на основе интеграции соответствующих органов силовых министерств и ведомств РФ, а также совместного рационального использования имеющейся материально-технической базы и инфраструктуры. Логистика является теоретической и практической базой управления системой медицинского снабжения силовых структур государства. Она играет важную роль в регулировании процесса формирования МУСМС силовых структур государства в условиях рыночной экономики и представляет собой совокупность планирования, контроля и управления процессами движения потоков медицинского имущества, информационных, финансовых и трудовых ресурсов.

Используя логистику в процессе формирования МУСМС силовых структур государства, можно решить целый ряд проблем, среди которых: создание системы оптимальных пропорций между объемами производства, закупок, перевозок и складирования медицинского имущества; снижение затрат и издержек при закупке медицинского имущества; защите от лавинообразного роста потерь при сбоях и простоях; установление целесообразного уровня кооперации в системе производства, закупки, перевозки и хранения продукции; внедрение рациональной структуры потоков управленческой информации без запаздывания по отношению к потребителям [1].

Система медицинского снабжения силовых структур государства является объектом логистики, поскольку полностью отвечает требованиям, предъявляемым к логистическим системам. Характерными особенностями системы медицинского снабжения являются: рассредоточенность материально-технических средств, поставщиков на большой территории; мобильность транспортных средств; зависимость суммарного итога от результатов работы большого числа подсистем. Добиться гармонизации усилий и интересов различных силовых структур в условиях рыночной экономики в целом часто бывает довольно трудно. Логистика с ее системным комплексным под-

ходом к изучаемым потоковым процессам помогает найти пути решения и этой проблемы.

МУСМС силовых структур государства есть региональная мезологистическая система. Современная наука определяет мезологистическую систему как крупную систему среднего звена управления материальными потоками, охватывающую предприятия, посреднические, торговые и транспортные организации, расположенные в определенном регионе.

Мезологистические системы мобильнее, чем административные, лишены недостатков нескординированного рыночного взаимодействия. Накопление, распределение и использование ресурсов осуществляются на основе системы взаимосвязей между участниками мезологистической системы, базирующейся на принципах взаимопомощи, взаимной выгоды и доверия. Одной из важнейших характеристик логистической системы следует считать солидарные отношения участников, их изначальный отказ от ориентации на достижение только собственных целей в ущерб интересам партнеров [2].

Содержательно логистика медицинского снабжения силовых структур аккумулирует в себя элементы функциональной логистики (закупочная, снабженческая, складская, транспортная) и ресурсной логистики (материальная, финансовая, информационная) всех силовых ведомств. Закупочная логистика представляет инструмент управления материальным обеспечением, используя элементы материальной, финансовой и информационной логистики. Она обосновывает наиболее приемлемые способы приобретения и поставки материальных средств. Операционно-закупочная логистика решает задачи сугубо информационного характера и направленные на принятие мер действия и оценки результативности: определение потребностей силовых ведомств в материальных средствах; установление рациональных логистических хозяйственных связей с поставщиками материальных средств; планирование и организация медицинского снабжения силовых структур; организация хранения материальных средств и подготовка их к выдаче федеральным войскам; организация медицинского снабжения отдельных группировок федеральных войск и сил; разработка и выполнение согласованных с другими силовыми ведомствами графиков поставки медицинского имущества и техники.

В задачи внутренней логистики военной организации входят: планирование и диспетчеризация потоков медицинского имущества и техники; разработка план-графиков медицинского снабжения; оперативное управление медицинским снабжением; контроль за качеством медицинского снабжения.

Задачи закупочной логистики состоят в изучении предложения и конъюнктуры рынка медицинского имущества и техники; планировании заготовок медицинского имущества и техники; заключении договоров; взаимодействии с производителями; контроле заготовок медицинского имущества и техники.

Таким образом, логистика силовых структур занимает свое законное место в мезологистике. Это позволяет рассматривать МУСМС силовых структур как логистическую.

Логистический подход к формированию МУСМС позволяет управлять разрозненными системами медицинского снабжения федеральных войск и сил.

Процесс логистизации МУСМС должен опираться на ряд принципов:

- принцип последовательного продвижения по этапам создания логистической системы;

- принцип согласования ресурсных, информационных, надежностных характеристик проектируемой МУСМС;

- принцип отсутствия конфликтов между целями отдельных подсистем медицинского снабжения силовых структур и целями всей системы медицинского снабжения силовых структур государства в целом, который состоит в согласовании интересов всех силовых ведомств для решения общих задач, стоящих перед всей системой медицинского снабжения силовых организаций государства [3].

Управление медицинским снабжением силовых структур в военных округах по существу есть управление материальными потоками в мезологистической системе. Данное обстоятельство позволяет формализовать задачу управления и реализовать кибернетический подход к формированию МУСМС (рис. 1).

Начальной точкой вектора материального потока является склад поставщика, конечной — склад заказчика. Данный поток может быть направлен непосредственно от поставщика к потребителю (транзитная форма снабжения), а воз-

можно образование «узлов», от которых потоки отходят ко многим потребителям (складская форма снабжения).

Управляемая единая система медицинского снабжения имеет «входы» и «выходы». Количество «входов» определяется номенклатурой K и количеством поставщиков n , количество «выходов» — номенклатурой K и количеством потребителей m . Векторы U и V описывают все параметры, характеризующие «вход» и «выход» системы обеспечения.

Термин «вектор» обозначает набор определенного количества действительных чисел, которые соответствуют качественным и количественным характеристикам, а также характеристикам состояния (нахождения) материальных средств в пространстве и во времени.

В каждый данный момент времени в военном округе происходят изменения в уровнях наличия материальных средств: за счет производства и поступления из других регионов, часть из них находится в пути, другая поступает транзитом на склады и базы военного округа, третья — на склады потребителям (силовым структурам). Все это составляет большое разнообразие состояний, в которых может находиться система. Необходимым условием управления потоками является знание состояния системы. Количество состояний системы в каждый данный момент определяется числом номенклатуры и массой потребляемых материальных средств, количеством поставщиков и потребителей, уровнем запасов материальных средств и другое.

Поэтому состояние объекта и величины вектора X изменяется под влиянием двух факторов: экономической среды федерального округа и управляющих воздействий. Под вектором X нужно понимать состояние системы обеспечения:

$$x(t) = x = \begin{pmatrix} \{x1\} \\ \{x2\} \\ \vdots \\ \{xi\} \\ \{xm\} \end{pmatrix}, \quad (1)$$

где M — i -я номенклатура материальных средств ($i = 1, 2, \dots, M$).

Отсюда, величина X_M — есть компонента M -мерного вектора, который является вектором состояния управляемого объекта.

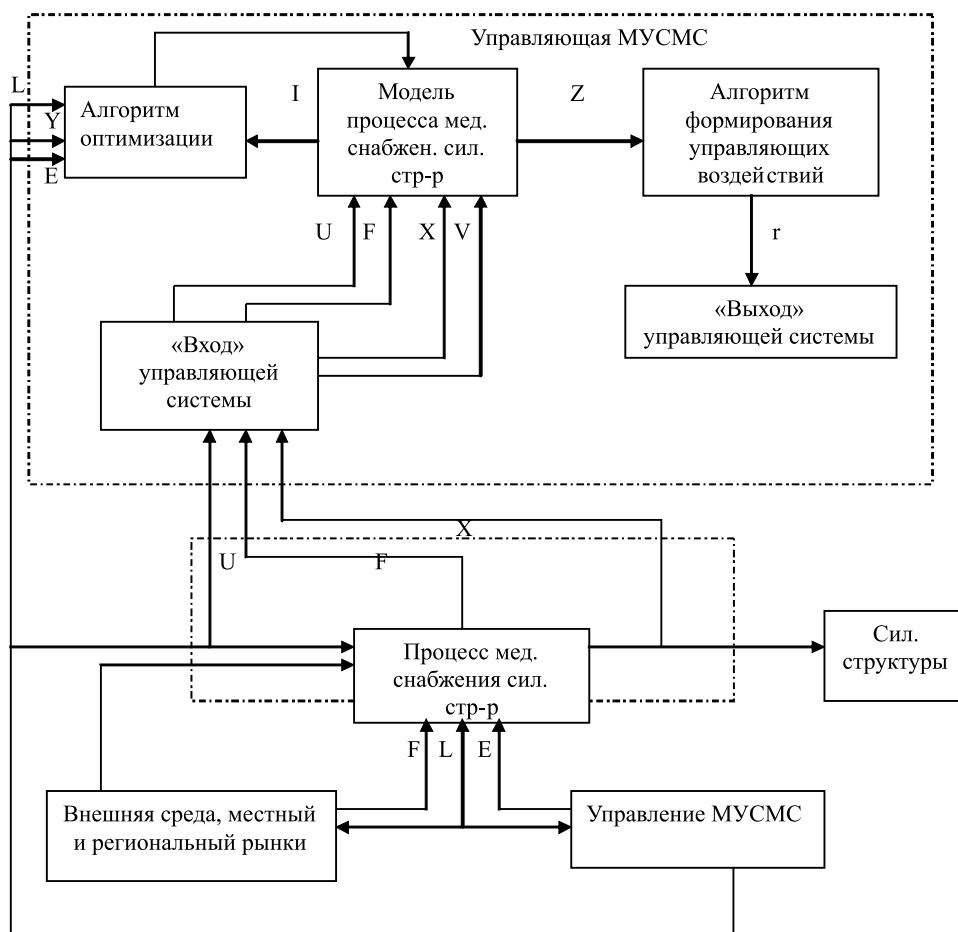


Рис. 1. Общая логистическая модель МУСМС

Примечание:

F — вектор состояния экономической среды МУСМС;

U — вектор входящих материальных средств;

V — вектор выходящих материальных средств;

X — вектор состояния МУСМС;

E — критерий эффективности МУСМС;

L — ограничения;

Z — вектор управления;

r — управляющие воздействия;

Y — вектор задания;

I — интегральный результат.

Под вектором F понимается экономическая среда системы медицинского снабжения.

$$F(t) = F = \begin{pmatrix} \{f1\} \\ \{f2\} \\ \vdots \\ \{fi\} \\ \{fn\} \end{pmatrix}, \quad (2)$$

где N — количество учитываемых факторов экономической среды.

Величина $\{fn\}$ есть компонента N -мерного вектора, который является вектором влияния

экономической среды. Таким образом, в каждый момент времени t в управляющую систему поступает информация о ходе процесса снабжения, характеризуемая векторами U, V, X, F . В нее одновременно вводятся задания вышестоящих органов системы медицинского снабжения Y , критерии эффективности функционирования системы медицинского снабжения E и ограничения L . На основании предлагаемой модели (рис. 1) и при помощи данных перечисленных величин решением задачи логистического управления является вектор управления $Z = Z(t)$,

который преобразуется в последовательность управляющих воздействий в форме планов, графиков, указаний, распоряжений конкретным службам и подразделениям медицинского снабжения силовых структур, осуществляющих процесс медицинского снабжения.

В общем виде задачу управления можно представить уравнениями:

— уравнением экономико-логической связи, характеризующим процесс материального снабжения силовых структур или отражающим зависимость между параметрами управляемой системы медицинского снабжения (S):

$$S(U, V, X, F, Z, t) = 0; \quad (3)$$

— уравнением, характеризующим экономическую эффективность логистического процесса медицинского снабжения федеральных силовых структур (E) — целевая функция:

$$E(U, V, X, F, Z, T) = \text{ext}. \quad (4)$$

Ограничениями, определяющими допустимые пределы изменения управляемых параметров, а также характеризующими требования к выходным параметрам логистической МУСМС (L):

$$\begin{vmatrix} U_{\min} \\ V_{\min} \\ X_{\min} \\ F_{\min} \end{vmatrix} \leq \begin{vmatrix} U \\ V \\ X \\ F \end{vmatrix} \geq \begin{vmatrix} U_{\max} \\ V_{\max} \\ X_{\max} \\ F_{\max} \end{vmatrix}. \quad (5)$$

Уравнением управления, представляющим решение уравнений эффективности и связи при заданных ограничениях:

$$Z(t) = Z(U, V, X, F, t). \quad (6)$$

Алгоритмом преобразования решения уравнения в управляющие воздействия:

$$Z \rightarrow r(t). \quad (7)$$

Задача управления процессом медицинского снабжения всех компонентов силовой организа-



Рис. 2. Модель процесса выработки логистического решения

ции государства в интерпретации логистического алгоритма управления формулируется так: при заданных уравнениях связи и ограничениях найти и реализовать алгоритм управления, обеспечивающий значение показателей эффективности общей системы медицинского снабжения силовой организации государства. Уравнения представляют собой экономико-математическую модель процесса медицинского снабжения федеральных силовых структур. Конкретный вид представленных уравнений определяется существом описываемого процесса и выбранным математическим аппаратом [4].

Модель процесса выработки логистического решения в процессе медицинского снабжения силовых структур будет опираться на допустимые альтернативные варианты и оптимальное логистическое решение, что позволит избежать принятия неэффективного решения (рис. 2).

Эта модель будет служить основанием для разработки схем организации оперативного управления поставщиками и организации принятия решений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Морозов Л.П. Обеспечение войск: территориальный принцип. Тыл Вооруженных Сил. 1989; 12: 21—26.
2. Мясникова, Л.А. Мезологистика: информация и ожидания. СПб.: изд-во СПб ГУЭФ, 1998, 176 с.
3. Дергоусова Т.Г. Логистический подход к формированию межведомственной унифицированной системы медицинского снабжения силовых структур государства. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2011; 5-6: 14—17.
4. Дергоусова Т.Г. Кибернетический подход к формированию межведомственной унифицированной системы медицинского снабжения силовых структур государства. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2010; 5-6: 22—26.

Сведения об авторе:

Дергоусова Татьяна Григорьевна — доцент, начальник отдела учебного военного центра Ростовского государственного медицинского университета. 244022, г. Ростов-на-Дону, Нахичеванский пер, 29. Тел. 8 (861) 253-06-11. E-mail: tatyana-701@yandex.ru

About the author:

Dergousova Tatyana Grigorievna — assistant professor, head of the military training center, Department of protective medicine of Medical State University of Rostov-on-Don. 344022, Rostov-on-Don, Nakhichevansky street, 29. 8 (861) 253-06-11. E-mail: tatyana-701@yandex.ru

КЛАСТЕРИЗАЦИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ

Ю.В. Ходковская, Г.Р. Садретдинова

Башкирская академия государственной службы и управления при Главе Республики Башкортостан, г. Уфа

Результаты анализа существующих методов оценки эффективности государственных программ системы здравоохранения показали необходимость усовершенствования данных методик. В первую очередь, требуется совершенствование методик, применяемых на предварительном этапе отбора государственных программ для оценки эффективности.

Для решения данной задачи можно использовать математический способ кластеризации. Термин «кластеризация» происходит от английского слова «cluster», означающего «гроздь», «скопление». Кластеризация — это разбиение множества объектов на группы (кластеры), имеющие общие признаки. Кластерный анализ представляет собой универсальный метод, который позволяет оценить эффективность одной и той же программы по всем регионам России, сравнивать между собой результаты и принимать решение о дальнейшем финансировании данных программ в различных регионах. В статье представлены результаты кластеризации 14 субъектов Российской Федерации Приволжского федерального округа.

Ключевые слова: государственная программа, эффективность, здравоохранение, кластеризация

CLUSTERING IN ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF STATE PROGRAMS

Y.V. Khodkovskaya, G.R. Sadretdinova

Bashkir Academy Public Service and Administration the Head of the Republic of Bashkortostan, Ufa

Results of the study of existing methods of assessment of the effectiveness of state programs in the health system show that the improvement of these methods is needed. In the first place, improvement at the preliminary stage of selection of state programs to assess their effectiveness is needed.

To solve this problem, mathematical method of clustering could be used. The term «clustering» comes from the English word «cluster», meaning «bunch», «cluster». Clustering is the partitioning of a set of objects into groups (clusters) that are relatively common. Cluster analysis is a universal method that allows to evaluate the effectiveness of the same programs in all regions of Russia, to compare the results and decide on further financing of these programs in different regions.

Keywords: state program, efficiency, healthcare, and clustering

Бюджетное планирование, положенное в основу формирования государственных программ, исходит из необходимости направления бюджетных ресурсов на достижение общественно значимых и, как правило, количественно измеримых результатов деятельности органов власти по расходованию бюджетных средств с одновременным мониторингом и контролем по выполнению намеченных целей и результатов, а также обеспечение качества бюджетного планирования и финансового менеджмента [1].

Критический обзор применяемых методов оценки эффективности государственных программ (интегральной оценки, полной экономической оценки, рейтинговой оценки) на примере системы здравоохранения позволил установить значительные расхождения в методах, отобранных для оценки государственной программы «Развитие здравоохранения Республики Башкортостан на 2014—2020 годы». Исследование характера и направленности расхождений в расчетах позволило установить необходимость усовершенствования методики оценки эффективности реализации государственных и муниципальных программ [1]. Совершенствование, на наш взгляд, необходимо на предварительном этапе отбора государственных программ для оценки эффективности. Установленные границы значений для показателей эффективности государственных программ не учитывают, что обследуемые государственные программы характеризуются различными соотношениями характеристик объектов. Поэтому некорректно интерпретировать полученные значения к привязке установленных единых нормативов (эталонов эффективности). Мы считаем, что на предварительном этапе анализа государственных программ необходима их кластеризация.

Суть кластеризации состоит в разбиении множества объектов на классы, которые максимально схожи внутри себя, но различны друг от друга [2].

Применение математического способа кластеризации при решении экономических задач позволяет формировать кластеры, каждому из которых соответствуют объекты, отвечающие определенному набору признаков.

Большое достоинство кластеризации как экономико-математического метода состоит в том, что она позволяет провести классификацию объектов на несколько групп не по одному, а по не-

скольким признакам. К тому же кластеризация разрешает провести анализ множества объектов различного вида и происхождения. Это имеет большое значение при оценке эффективности государственных программ в сфере здравоохранения, когда показатели имеют разнообразный вид (например, ожидаемая продолжительность жизни при рождении (измеряется в годах), численность населения на одну больничную койку).

Представляем результаты кластеризации 14 субъектов Российской Федерации Приволжского федерального округа. В качестве критериев кластеризации выбраны основные показатели государственных программ развития здравоохранения: смертность населения от всех причин, младенческая смертность, ожидаемая продолжительность жизни при рождении, число больничных коек, численность населения на одну больничную койку, численностей врачей, мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, заболеваемость населения (табл. 1) [3].

Задача исследования — классифицировать регионы на несколько кластеров, каждый из которых должен характеризоваться однородностью значений показателей внутри каждого кластера и различием между кластерами.

Кластерный анализ выполнен с помощью программного продукта *SPSS Statistics* по методу К-средних (табл. 2).

Для интерпретации результатов представлен анализ показателей государственных программ развития здравоохранения по уровню значимости, используя матрицу сравнений [4] (табл. 3).

Таким образом, при интерпретации результатов, в первую очередь, учитывались следующие показатели: смертность населения, младенческая смертность, ожидаемая продолжительность жизни при рождении, заболеваемость населения.

Для каждого выявленного кластера рассчитана описательная статистика (табл. 4).

Как видно из табл. 4, кластер № 4 обладает невысокими показателями смертности, заболеваемости при минимальной младенческой смертности и максимальным показателем ожидаемой продолжительности жизни при рождении. Следовательно, в данный кластер входят субъекты РФ с максимальной эффективностью государственных программ развития здравоохранения: Республика Башкортостан, Республика Марий Эл, Республика Татарстан, Оренбургская область, Ульяновская область.

Таблица 1

Основные показатели в сфере здравоохранения по Приволжскому федеральному округу за 2014 г.

Регион	Смертность населения (на 1000 человек)	Младенческая смертность (на 1000 младенцев, родившихся живыми)	Ожидаемая продолжительность жизни (годы)	Число больничных коек (на 10 000 человек)	Численность населения на одну больничную койку	Численность врачей (на 10 000 человек)	Мощность амбулаторно-поликлинических организаций (на 10 000 человек, число посещений в смену)	Заболеваемость на 1000 человек
Республика Башкортостан	13	7,6	70	81	124	43	256	862,6
Республика Марий Эл	14	6	71	93	108	54	309	882,4
Республика Мордовия	12	6,5	72	66	152	42	244	684,5
Республика Татарстан	15	5,5	72	84	119	40	265	841,1
Удмуртская республика	14	6,4	70	83	121	46	280	945,4
Чувашская Республика	15	8	70	90	111	40	314	1019
Пермский край	15	4,3	71	95	105	46	217	981,6
Кировская область	14	8,2	69	96	105	35	279	755
Нижегородская область	13	8,2	70	100	100	54	277	919,3
Оренбургская область	13	4,4	71	85	117	49	274	789,5
Пензенская область	14	7,6	69	90	111	51	238	717,3
Самарская область	16	7,7	70	98	102	49	246	1016
Саратовская область	14	9,7	69	90	112	50	271	736,6
Ульяновская область	14	7,2	71	95	105	53	262	853

Самый высокий уровень смертности населения, младенческой смертности и заболеваемости населения характерен для кластера № 2 (сюда входят субъекты РФ с низкой эффективностью

государственных программ развития здравоохранения — Чувашская Республика).

Таблица 2

Состав регионов Приволжского федерального округа, вошедших в соответствующий кластер

Номер кластера (число субъектов РФ)	Субъект РФ
1 (4)	Удмуртская республика Пермский край Самарская область Нижегородская область
2 (1)	Чувашская Республика
3 (4)	Республика Мордовия Кировская область Пензенская область Саратовская область
4 (5)	Республика Башкортостан Республика Марий Эл Республика Татарстан Оренбургская область Ульяновская область

Таким образом, проведенный кластерный анализ позволил сгруппировать регионы Приволжского федерального округа РФ по степени эффективности государственных программ развития здравоохранения. Необходимо отметить преимущества кластерного анализа при оценке эффективности государственных программ:

— во-первых, кластеризация представляет собой единый метод, с помощью которого можно оценить эффективность одной и той же программы по всем субъектам РФ, сравнить между собой результаты и принять решение о дальнейшем финансировании данных программ в различных регионах (при всей схожести методики, которые применяются в субъектах, невозможно применить ко всем регионам одновременно и получить на выходе результаты, которые можно сравнить между собой);

— во-вторых, кластеризация отличается простотой вычислений и легко применима ко всем субъектам РФ.

Матрица сравнений показателей программ развития здравоохранения

Название подпрограммы	A	B	C	D	E	F	G	H	Si	Mi	Ri
Смертность населения от всех причин (случаи на 1000 человек), A	1	2	2	2	2	2	2	2	15	0,23	1
Младенческая смертность (количество умерших в возрасте до 1 года на 1000 детей, родившихся живыми), B	0	1	2	2	2	2	2	2	13	0,2	2
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (годы), C	0	0	1	2	2	2	2	0	9	0,14	4
Число больничных коек (на 10 000 человек), D	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,02	8
Численность населения на одну больничную койку, E	0	0	0	2	1	0	0	0	3	0,05	7
Численность врачей всех специальностей (на 10 000 человек), F	0	0	0	2	2	1	2	0	7	0,11	6
Мощность амбулаторно-поликлинических организаций (на 10000 человек, посещений в смену, G)	0	0	0	2	2	0	1	0	5	0,08	5
Заболееваемость на 1000 человек населения, H	0	0	2	2	2	2	2	1	11	0,17	3

Таблица 4

Описательная статистика кластеров

№ кластера	Смертность населения		Младенческая смертность		Ожидаемая продолжительность жизни при рождении		Заболееваемость населения	
	среднее значение по кластеру	δ	среднее значение по кластеру	δ	среднее значение по кластеру	δ	среднее значение по кластеру	δ
1	14,53	5,25	6,65	9,09	69,95	0,69	965,58	5347,89
2	14,6	0	8,0	0	70,37	0	1019	0
3	13,53	2,47	8,0	5,34	69,84	7,48	723,35	2723,21
4	13,92	2,01	6,14	6,71	70,87	2,14	845,72	4865,39

Примечание. δ — среднее квадратичное отклонение δ .

В дальнейшем планируется провести исследование с целью разработки поправочного коэффициента, учитывающего результативность и приоритетность государственных программ в сфере здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фомина Е.А., Ходковская Ю.В. Программный бюджет: развитие методологии. Финансы Башкортостана. 2016 (068); 2: 63.
2. Технические науки: проблемы и перспективы: материалы международной заочной научной конференции. Санкт-Петербург, март 2011 г. Под общ. ред. Г.Д. Ахметовой. СПб.: Реноме, 2011. 214 с.
3. Регионы России. Социально-экономические показатели за 2015 г. Доступно по: URL:http://www.gks.ru/bgd/regl/b15_14p/Main.htm. Ссылка активна на 05.08.2016.
4. Фомин Г.П. Экономико-математические методы и модели в коммерческой деятельности. М.: Юрайт, 2013. 463 с.

Сведения об авторах:

Ходковская Юлия Викторовна — канд. мед. наук, доцент кафедры финансов, бухгалтерского учета и анализа факультета управления и экономики Башкирской академии государственной службы и управления при Главе Республики Башкортостан.

Садретдинова Гульназ Ринатовна — магистрант 3 курса факультета управления и экономики Башкирской академии государственной службы и управления при Главе Республики Башкортостан. 450008, г. Уфа, ул. Заки Валиди, д. 40. Тел.: 8 (967) 457-55-15. E-mail: gulnaz_imilbaeva@mail.ru

About the author:

Hodkowskaya Yuliya Viktorovna — candidate of economic sciences, associate professor of finance, accounting and analysis of the faculty management and economics Bashkir Academy Public Service and Administration the Head of the Republic of Bashkortostan.

Sadretdinova Gulnaz Rinatovna — undergraduate 3rd year faculty management and economics Bashkir Academy Public Service and Administration the Head of the Republic of Bashkortostan. 450092, Ufa, st. Aurori, 5/1B-63. Contact phone: 8 (967) 457-55-15. E-mail: gulnaz_imilbaeva@mail.ru

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЖЕНЩИНАМ ПРИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

А.М. Кацай, Г.С. Шестаков

*Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова, Москва*

Представлена оценка качества медицинской помощи женщинам при абортах в связи с нежеланной беременностью. Определены направления оптимизации организационных мероприятий по повышению качества медицинской помощи данной категории в амбулаторных условиях на основании анализа исходов 760 случаев прерывания беременности в сроках до 5 недель хирургическим или медикаментозным методами.

Ключевые слова: нежеланная беременность, вакуумная аспирация, медикаментозный аборт, мифепристон, мизопропрост, качество медицинской помощи, репродуктивное здоровье

IMPROVING THE QUALITY OF CARE FOR WOMEN DURING UNWANTED PREGNANCY IN OUTPATIENT SETTINGS

A.M. Katsay, G.S. Shestakov

First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov, Moscow

The article assesses the quality of health care for women with unwanted pregnancies and abortions in the early stages in the outpatient conditions and directions of optimization of organizational measures and methodological approaches to improve its analysis of outcomes of 760 cases of abortions up to 5 weeks by vacuum aspiration and medical methods (mifepristone combined with misoprostol).

Keywords: unwanted pregnancy, vacuum aspiration, medical abortion, mifepristone, misoprostol

Проблемы репродуктивного и контрацептивного поведения женщин, планирования семьи и безопасности абортов как важнейших мер сохранения репродуктивного здоровья населения являются чрезвычайно актуальными для системы здравоохранения Российской Федерации [1]. В 2013 г. в Российской Федерации выполнено 814 162 аборта, что составило 22,8 на 1000 женщин фертильного возраста и соответс-

твует мировому показателю. В то же время показатель абортов на 100 новорожденных, родившихся живыми и мертвыми, составляет 42,3, что в 1,5—2 раза выше, чем в Европе. Из них 511 799 (62,9%) прерываний беременности выполнено по желанию женщины, это свидетельствует о более высокой частоте наступления нежелательной беременности (НБ), чем в развитых странах [2]. Таким образом, с одной стороны,

это определяет необходимость усиления пропаганды по использованию современных методов контрацепции среди населения, с другой — повышения качества оказания медицинской помощи женщинам при аборте и сохранению репродуктивной функции для ее успешной реализации в будущем [3].

Цель исследования — оценить качество оказания медицинской помощи женщинам при абортах в ранние сроки в связи с НБ и определить направления оптимизации организационных мероприятий для повышения качества медицинской помощи в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены исходы 760 случаев прерывания беременности в сроках до 5 недель, выполненных в амбулаторных условиях одной медицинской организации г. Кургана в 2014 г., у женщин в возрасте от 20 до 45 лет.

Основной критерий включения в исследование — срок беременности до 5 недель, считая с первого дня последней менструации.

Перед проведением процедуры аборта всем женщинам выполнено УЗИ для подтверждения факта наличия маточной беременности и лабораторные исследования (микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов, определение группы крови и резус-фактора). Во всех случаях аборт выполнен при наличии добровольного информированного согласия пациентки.

Пациентки были распределены на 2 группы в зависимости от метода прерывания беременности. В 1-ю группу включено 186 женщин, которым выполнено хирургическое прерывание беременности методом вакуумной аспирации (ВА), во 2-ю — 574 женщины которые использовали медикаментозный метод.

Вакуумная аспирация выполнялась с помощью мануального вакуумного аспиратора MVA Plus (США) и гибких пластиковых канюль Easy Grip диаметром 5—6 мм в соответствии с методикой, описанной в Клинических рекомендациях [4]. Применялся комбинированный метод обезболивания (психологическая поддержка в сочетании с анальгетиками и парацетикальной блокадой 1% раствором лидокаина). Подготовка шейки матки перед процедурой ВА была проведена 30% пациенток (по показаниям) с использованием 400 мкг мизопростола внутрь за 2 ч до манипуляции. Полнота завершения аборта во всех случаях подтверждалась методом УЗИ.

При медикаментозном аборте (МА) использовались лекарственные препараты мифепристон (200 мг) и мизопропрост (400 мкг) внутрь в соответствии с инструкциями к препаратам и согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н [5]. Контрольное УЗИ выполнялось в среднем на 13—14-е сутки после приема мизопростола. В отдельных случаях (по показаниям) для подтверждения прерывания беременности определяли уровень β -ХГЧ в крови.

Начало кровянистых выделений, объем кровопотери, интенсивность болевого синдрома и другие особенности течения МА оценивались ретроспективно во время контрольного визита или при внеочередном обращении пациентки в случае возникновения осложнений. Перед проведением МА все женщины были проинформированы о возможности и видах побочных эффектов или осложнений. Также им была предоставлена информация о симптомах, требующих срочного обращения к врачу.

Критериями оценки качества оказания медицинской помощи женщинам при нежеланной беременности и ее прерывании являлись:

- 1) метод прерывания беременности;
- 2) эффективность прерывания беременности и количество ранних осложнений;
- 3) необходимость в госпитализации в связи с осложнениями;
- 4) количество женщин, получивших антрибактеральные препараты для профилактики инфекционных осложнений;
- 5) количество женщин, выбравших плановый метод контрацепции;
- 6) сроки начала использования контрацепции (ранее начало или отсроченное).

При статистической обработке результатов использовали метод описательной статистики с определением среднего арифметического, дисперсии и вычисления 95% доверительного интервала. Достоверность разницы между двумя средними показателями оценивали по критерию Стьюдента (t). Для проверки статистических гипотез о различиях абсолютных и относительных частот, долей и отношений в двух независимых выборках использовался критерий χ^2 (при необходимости применялась поправка Йетса). Значения считали статистически достоверными при $p \leq 0,05$, при величине $\chi^2 > 3,84$. В обеих клинических группах ретроспективно определялась частота изучаемых явлений. Во всех процедурах статистического анализа рассчитывался достигнутый уровень значимости (p), при этом критический уровень значимости в данном исследовании принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Курган — крупный город в Российской Федерации, административный центр Курганской области, расположен практически в центре Евразии, в 1973 км к востоку от Москвы в Уральском федеральном округе с населением 326 405 чел. (по данным за 2015 г.).

В 2013 г. показатель аборт в Курганской области составил 38,0 на 1000 женщин фертильного возраста, что на 55,1% выше общероссийского показателя [2].

Пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту и паритету. Средний возраст пациенток 1-й группы составил $26,2 \pm 3,7$ года, 2-й — $27,6 \pm 3,5$. Соответственно средний возраст менархе — $13,2 \pm 0,4$ и $13,1 \pm 0,7$ года соответственно. Начало половой жизни отмечалось с $17,4 \pm 1,5$ и $17,2 \pm 1,7$ года соответственно. Количество беременностей в анамнезе у пациенток 1-й и 2-й групп составили в среднем $2,1 \pm 0,8$ и $2,3 \pm 0,7$ ($p > 0,05$) соответственно. Среднее количество родов — $0,9 \pm 0,1$ и $0,8 \pm 0,1$ ($p > 0,05$) соответственно. У пациенток сравниваемых групп в анамнезе было равное количество инструментальных аборт — $1,0 \pm 0,2$ и выкидышей в 1-м триместре гестации — по $0,11 \pm 0,02$. Срок беременности в обеих группах сопоставим.

В 2014 г. из анализируемого количества абортов, выполненных в изучаемом учреждении амбулаторного типа, в 186 (24,5%) случаях использовался метод ВА и в 574 (75,5%) — МА. По данным статистики Министерства здравоохранения РФ, МА используется всего в 12,3% [2]. В медицинской практике таких стран как Франция и Бельгия в структуре методов прерывания беременности МА составляет 80% [4]. То есть, доля МА в данной медицинской организации является высокой и соответствует уровню развитых стран, в отличие от России в целом, где дилатация и кюретаж все еще используются в 60% случаев, несмотря на имеющиеся рекомендации по исключению кюретажа из клинической практики [1, 3].

Побочные реакции, возникшие на фоне прерывания беременности, зарегистрированы в 1,8 раза чаще во 2-й группе по сравнению с 1-й: 65 и 36% случаев соответственно. Среди побочных реакций в обеих группах наиболее часто отмечались тошнота и болевой синдром. Субфеб-

рильная лихорадка после приема мизопростола наблюдалась у 9,9% женщин. Ни одна из включенных в исследование пациенток не указала на развитие диареи, отмечаемой в качестве возможного побочного эффекта при МА [6].

У 87,3% женщин 2-й группы эякуляция плодного яйца произошла в 1-е сутки после приема мизопростола; у 11,8% — на 2-е; у 0,9% — на 3-и.

Частота ранних осложнений в 1-й и 2-й группах была сопоставима: продолжающаяся беременность выявлена в 1,1 и 1,4% соответственно ($p\chi^2 > 0,05$), неполный аборт — в 0,5 и 1,6% соответственно ($p\chi^2 > 0,05$), кровотечение — 0,17% (только во 2-й группе), что также соответствует общемировым показателям. Госпитализация потребовалась только 1 женщине с кровотечением (выполнена инструментальная ревизия полости матки), остальным необходимая медицинская помощь была оказана в медицинской организации, где наблюдались женщины.

Профилактическая антибиотикотерапия применялась в 1-й группе у 30% женщин и у 10% — во 2-й. Несмотря на то что экспертами ВОЗ [3] рекомендована профилактика воспалительных осложнений во всех случаях хирургического завершения беременности (степень доказательности — А) и по показаниям — у женщин при МА (степень доказательности — С), что позволяет на 60% снизить частоту воспалительных осложнений после аборта, тем не менее развития послеабортного эндометрита или иных осложнений воспалительного характера в исследуемых группах не отмечено.

В качестве планового метода контрацепции в 1-й группе в 80,1% случаев и во 2-й — в 79,9% пациенткам назначена гормональная контрацепция с целью реабилитации, которая была начата сразу после выполнения ВА и МА. Вместе с тем международными экспертами по планированию семьи указывается, что после неосложненного аборта реабилитация не требуется, а использование контрацепции обусловлено исключительно контрацептивными целями [1]. При этом выбор метода контрацепции должен осуществляться самой женщиной на основании информации, предоставленной врачом в соответствии со своими предпочтениями и ожиданиями, и предпочтения врача не должны оказывать влияние на выбор [4, 6, 8]. Особо подчеркивается, что «назна-

чение» комбинированных оральных контрацептивов (КОК) ведет к снижению приверженности к методу и отказу от него в течение первого года у 68% пациенток [9].

Внутриматочный контрацептив был введен только в 1,1 и 1,2% случаев в каждой из групп соответственно во время очередной менструации. Однако рекомендации экспертов в области репродуктивного здоровья относят внутриматочные спирали (ВМС) к «топ»-уровню средств для плановой контрацепции у женщин после аборта, который рекомендуется вводить сразу после ВА или между 9-м и 14-м днем — после МА, то есть начинать использовать их сразу после аборта, не откладывая до очередной менструации, что способствует повышению числа пользователей, отличается большей приверженностью и эффективностью в связи с отсутствием необходимости в ежедневном контроле со стороны пользователей (исключение ошибок в приеме препаратов) [7].

Проблема качества и эффективности медицинской помощи сегодня занимает приоритетное место в большом количестве проблем российского здравоохранения. Как отмечается международными экспертами, тщательный сбор стандартных статистических данных, постоянные наблюдение и оценка на уровне медицинской организации — ключевые компоненты управления качеством оказываемых услуг. Обратная связь на основе анализа этих данных обеспечивает информацией, необходимой для облегчения доступа к предоставляемой медицинской помощи, поддержания и повышения качества ее оказания [1].

Использование безопасных технологий прерывания беременности, рекомендуемых экспертами ВОЗ и нормативными документами Министерства здравоохранения РФ, демонстрирует значительное снижение осложнений и отсутствие случаев материнской смертности, что определяет необходимость скорейшего внедрения современных методов безопасного аборта в клиническую практику [8].

В связи с вышеизложенным сформулированы следующие направления повышения качества оказания медицинской помощи женщинам при нежелательной беременности в амбулаторных условиях: исключение рутинного использования кюретажа матки при прерывании беремен-

ности и использование только рекомендованных методов ВА и МА (в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 года № 572н [5]); проведение профилактической антибиотикотерапии всем женщинам при выполнении аборта хирургическим методом и в группах риска — при использовании МА; консультирование по выбору планового метода контрацепции до выполнения процедуры прерывания беременности и раннего начала его использования, более широкое использование методов пролонгированной обратимой контрацепции.

ВЫВОДЫ

1. В структуре методов прерывания НБ в учреждении амбулаторного типа г. Кургана преобладает медикаментозный аборт (75,5%), что является наиболее оптимальным и соответствует развитым странам.

2. Частота осложнений соответствует данным мировой статистики и не превышает 1,1—1,4% для продолжающейся беременности и 0,5—1,6% — для неполного аборта.

3. Профилактика послеабортных воспалительных осложнений при ВА выполняется в 30% (рекомендуемый экспертами уровень 100%), при МА — 10%, что также ниже, поскольку частота показаний для групп риска составляет около 60%.

4. Выбор планового метода контрацепции после аборта является высоким (80%) и осуществляется в соответствии с назначением врача с приоритетом в пользу КОК. Применение ВМС после аборта является неоправданно низкой — всего 1% для каждой из групп.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В. Стратегическая оценка политики, программ и услуг в сфере непланируемой беременности, абортов и контрацепции в Российской Федерации. Совместное исследование МЗ и СР РФ и ВОЗ. Проблемы репродукции. 2010; 3: 92—108.
2. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации в 2013 году. М., 2014. 200 с.
3. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. 2012.

- Доступно по: <http://www.who.int/>. Ссылка активна на 12.10.2016.
4. Templeton A., Grimes D.A. A Request for Abortion. *N. Engl. J. Med.* 2011; 365: 2198—204.
 5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Доступно по <http://base.garant.ru/70352632/>. Ссылка активна на 12.10.2016.
 6. World Health Organization Task Force on Postovulatory Methods for Fertility Regulation; Special Programme of Research, Development and Research Training. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 2000; 107(4): 524—30.
 7. Long-acting reversible contraception: the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. RCOG, 2013. Доступно по: <http://www.nice.org.uk/CG030>. Ссылка активна на 12.10.2016.
 8. Дикке Г.Б. Медикаментозный аборт: руководство для практических врачей. Под редакцией профессора В.Е. Радзинского. М., 2014. 344 с.
 9. Hooper D.J. Attitudes, awareness, compliance and preferences among hormonal contraception users: a global, cross-sectional, self-administered, online survey. *Clin. Drug Investig.* 2010; 30: 749—763.

Сведения об авторах:

Кацай Андрей Михайлович — соискатель кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Директор ООО «Альфа-Мед». 640000, г. Курган, ул. К. Маркса, 31/II. Тел. 8 (3522) 42-62-28. E-mail: katsai@mail.ru

Шестаков Григорий Сергеевич — д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Тел.: 8 (495) 609-14-00. E-mail: shestakov-g@mail.ru

About the authors:

Katsay Andrey Mikhailovich — Competitor of the Department of Public Health and Health named after N.A. Semashko First MGUMU named after I.M. Sechenov, Director of «Alfa-Med». 640000, Kurgan, 31/II Karl Marx St. Tel. 8 (3522) 42-62-28. E-mail: katsai@mail.ru

Shestakov Gergyi Sergeevich — Dr. med. sciences, Professor of the Department of Public Health and Health named after N.A. Semashko First MGUMU named after I.M. Sechenov. 119991, Moscow, 8/2 Trubetskaya St. Tel. 8 (495) 609-14-00. E-mail: shestakov-g@mail.ru

ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

ПРИМЕНЕНИЕ ВАКЦИН ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА

П.А. Воробьев¹, Л.С. Краснова^{2, 3}, Д.Н. Дугин¹, А.П. Воробьев^{2, 3}

¹ ФГБУ ГНЦ Федеральный медико-биологический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва

² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

³ Межрегиональная общественная организация «Общество фармакоэкономических исследований», Москва

Проведена оценка медицинской технологии применения вакцин для специфической профилактики гриппа. Профиль безопасности вакцин приемлемый. Нет убедительных доказательств эффективности вакцинации у здоровых взрослых, детей, пожилых лиц, беременных женщин, ВИЧ-инфицированных, лиц с сопутствующими заболеваниями и онкобольных. Польза от вакцинации у пациентов с муковисцидозом и медицинских работников отсутствует. Не выявлено доказательств влияния вакцинации у больных с бронхоэктатической болезнью.

Ключевые слова: противогриппозная вакцина, вакцинация, грипп, оценка медицинской технологии, специфическая профилактика

THE USE OF VACCINES FOR SPECIFIC PREVENTION OF INFLUENZA

P.A. Vorobiev^{1, 2}, L.S. Krasnova^{1, 3}, D.N. Dugin³, A.P. Vorobiev^{1, 2}

¹ Russian Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, Moscow

² First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov, Moscow

³ Federal Medical Biophysical Center named after A.I. Burnazyan of FMBA of Russia, Moscow

Health technology assessment of the use vaccines for specific prevention of influenza has been conducted. The safety profile of the vaccines is acceptable. There is no convincing evidence for the effectiveness of vaccination in healthy adults, children, the elderly, pregnant women, HIV-infected persons, people with concomitant diseases and cancer. The benefit of vaccination in patients with cystic fibrosis and health professionals is missing. There is no identified evidence of the impact of vaccination in patients with bronchiectasis disease.

Keywords: influenza vaccine, vaccination, influenza, health technology assessment, specific prevention

Актуальность. Грипп (МКБ-10: J10, J11) — острая вирусная инфекционная болезнь с воздушно-капельным путем передачи возбудителя, характеризующаяся острым началом, лихорадкой (с температурой 38 °С и выше), общей интоксикацией и поражением дыхательных путей [1]. Возбудителем гриппа является оболочечный РНК-содержащий вирус [2, 3].

Грипп распространен повсеместно, и заболеваемость ежегодно колеблется от 1—5% до 10—15% среди взрослых и от 20 до 30% среди детей [4, 5]. Вирусы гриппа могут вызывать заболевания у людей любой возрастной группы [6]. У 10—15% больных возникают осложнения гриппа [2]. Смерть при гриппе наступает от специфического поражения легочной ткани (фибризно-геморрагический пневмонит с развитием ДВС-синдрома и полиорганной недостаточности), присоединения бактериальной пневмонии или обострения сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний [4]. У больных с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями, патологией органов дыхания в период эпидемии гриппа смертность в 50—100 раз выше, чем в группе здоровых людей [2].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), каждый год во время вспышек гриппа в мире заболевает до 15% населения, 250—500 тыс. из них умирают [4]. В России за период с 1986 по 2008 гг. ежегодно регистрировали от 25,3 до 48,3 млн случаев ОРВИ, в том числе — гриппа. Во время пандемии 2009 г. общая заболеваемость гриппом составила 8,5 на 100 человек, доля госпитализированных от числа заболевших ОРВИ и гриппом составила в среднем 2,6%, а летальность от лабораторно подтвержденного гриппа А (H1N1) — 3,2% [7].

Согласно позиции ВОЗ, ежегодная вакцинация против гриппа является основным и наиболее эффективным методом профилактики гриппа и его осложнений [2, 4, 8]. Роспотребнадзор рекомендует вакцинацию всем группам населения, но особенно детям начиная с 6 мес, людям с хроническими заболеваниями, беременным женщинам, а также лицам из групп профессионального риска — медицинским работникам, учителям, студентам, работникам сферы обслуживания и транспорта [9]. Однако до настоящего времени обсуждается эффективность вакцинации от гриппа, несмотря на многочисленные исследования и наличие систематических обзоров и

мета-анализов. Ежегодно появляются новые исследования, опровергающие полученные в предыдущих исследованиях доказательства. В связи с этим поставлена цель оценить медицинскую технологию применения вакцин для специфической профилактики гриппа у здоровых взрослых, детей, пожилых, беременных женщин, медицинских работников и лиц с сопутствующими заболеваниями и получить ответы на следующие вопросы:

1. Насколько безопасно применение вакцин для специфической профилактики гриппа?
2. Какова действенность противогриппозных вакцин у указанных групп населения?

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Оценка медицинской технологии применения вакцинации для специфической профилактики гриппа выполнялась в соответствии с требованиями национального стандарта РФ «Оценка медицинских технологий. Общие положения» (ГОСТ Р 56044—2014).

Для оценки отбирались находящиеся в свободном доступе мета-анализы и систематические обзоры, опубликованные на русском или английском языке в 2005—2015 гг. В оценку включались исследования, посвященные применению любых типов противогриппозных вакцин с целью специфической профилактики гриппа в сравнении с плацебо, отсутствием вакцинации либо применением других противогриппозных вакцин. Поиск проводился по сочетанию ключевых слов «грипп» + «вакцинация», «противогриппозная вакцина» или «специфическая профилактика» в базах данных «Российская медицина» центральной научной медицинской библиотеки Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Кокрановской библиотеки, MEDLINE и PUBMED, BMJ Clinical Evidence, Embase, а также с помощью поисковых систем Yandex и Google.Scholar. Отбирались только те публикации, в которых оценивались заболеваемость, смертность, частота госпитализаций, частота и виды побочных эффектов и осложнений вакцинации. Результаты сводились в специальные таблицы для анализа и подвергались экспертной оценке [10]. Уровень доказательности определялся согласно ГОСТ Р 56044—2014 и приводимых в клинических исследованиях [11, 12].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Всего найдено 45 публикаций. Из них в оценку включено 36 систематических обзоров (часть — с мета-анализом) клинических исследований, оценивающих эффективность и действенность различных противогриппозных вак-

цин. Среди включенных обзоров 5 оценивают как промежуточные точки (иммуногенность), так и конечные (частота и виды побочных эффектов). Данные обзоры использовались только в части, касающейся оценки твердых конечных точек (безопасность вакцин). Исключены 3 публикации, которые хотя и заявлены как систематические обзоры, но по факту таковыми не являются [13—15]. Еще 2 обзора [16, 17] исключены в связи с оценкой исключительно промежуточных точек (уровень иммунного ответа); 1 обзор [18] исключен в связи с тем, что не соответствует временным рамкам поиска публикаций; 3 обзора [19—21] исключены из-за того, что не оценивают влияние вакцинации при гриппе.

Анализ опубликованных систематических обзоров показал, что отсутствуют доказательства связи между вакцинацией от гриппа и серьезными побочными эффектами. В отдельных случаях вакцинация у детей была связана с такими серьезными побочными эффектами, как нарколепсия, 4-дневная лихорадка и судороги [22].

Профилактический эффект вакцинации от гриппа у здоровых взрослых оценивается в 5 обзорах. Авторы 3 обзоров пришли к выводу об эффективности вакцинации для профилактики гриппа [23—25]. При этом Michiels et al. отмечают поразительно ограниченное количество качественных доказательств эффективности влияния вакцинации на такие осложнения, как пневмония, госпитализация, общая и связанная с гриппом смертность [25]. Напротив, Demicheli et al. считают, что у взрослых профилактический эффект гриппозных вакцин очень мал [26]. E. Ferroni и T. Jefferson сделали заключение, что вакцины имеют умеренный эффект в уменьшении симптомов гриппа и числа дней временной нетрудоспособности, но не нашли никаких доказательств, что они влияют на частоту пневмонии или госпитализацию [27]. Diaz Granados et al. пришли к выводу о большей эффективности у взрослых инактивированных гриппозных вакцин (ИГВ) по сравнению с живыми гриппозными вакцинами (ЖГВ) [23]. Исследование Ruiz-Aragon et al. оценивало только безопасность применения MF59-адьювантной вакцины у взрослых. Вывод авторов — указанная вакцина имеет хороший профиль безопасности [28].

8 систематических обзоров оценивают эффективность гриппозных вакцин у детей. Авторы

2 обзоров приходят к выводу об эффективности вакцин у детей в возрасте старше 2 лет. В этих же обзорах делается заключение о недостаточности доказательств их эффективности у детей младше 2 лет [22, 29]. Еще 2 обзора делают вывод об эффективности вакцинации детей от гриппа [23, 30]. Пятое исследование (мета-анализ) подтверждает высокую эффективность ЖГВ у детей от 2 до 17 лет [31]. В 6-й работе говорится об эффективности ИГВ у детей от 6 лет и старше, и отмечается противоречивость результатов у детей младше 6 лет, которую авторы считают возможным объяснить только предвзятостью неизвестного происхождения. Не была доказана эффективность у детей младше 2 лет [25]. Авторы 7-го обзора пришли к выводу об эффективности вакцинации в снижении симптомов и длительности гриппа у детей старше 2 лет, но не нашли доказательств снижения госпитализаций, заболеваемости пневмонией или смертности [27]. В последнем обзоре делается вывод о возможной эффективности вакцин у детей, но указывается, что результаты не убедительны из-за ограничений в методологии выявленных исследований [32]. О слабости доказательной базы говорят и Jefferson et al. [22]. Авторы другого обзора указывают на зависимость доказательств эффективности от используемых методов и показателей [23]. Относительно эффективности различных типов вакцин имеются противоречивые оценки. Одни авторы считают, что живые ослабленные вакцины более эффективны и более экономически выгодны в профилактике гриппа у детей, чем инактивированные [22, 23, 31, 33]. Другие авторы утверждают, что ИГВ и ЖГВ имеют одинаковую эффективность [30].

Влияние иммунизации детей от гриппа на развитие острого отита оценивается в 2 систематических обзора и выводы различаются. Авторы Кохрейновского обзора приходят к заключению, что вакцинация ведет к незначительному снижению частоты острого среднего отита, однако получаемый выигрыш может не оправдывать использование гриппозной вакцины [34, 35]. Авторы же другого обзора говорят об эффективности вакцинации в предотвращении острого отита [29]. Авторы Кохрейновского обзора заявляют о необходимости проведения дополнительных высококачественных исследований.

Найдено только 3 систематических обзора, в которых оценивается применение гриппозных

вакцин во время беременности. Авторы 2 обзоров приходят к одинаковым выводам: гриппозные вакцины имеют весьма скромный эффект в уменьшении симптомов гриппа и сокращении временной нетрудоспособности у беременных женщин, защитный эффект от ОРВИ отсутствует. Эффект для новорожденных статистически не значим [26, 36]. В 3-м обзоре указывается, что вакцинация беременных может быть эффективна для их новорожденных [25].

В 2 обзорах из-за плохого качества доступных доказательств авторы не смогли сделать какие-либо выводы об эффективности гриппозных вакцин у лиц 65 лет и старше [27, 37]. Michiels et al. говорят о противоречивости результатов исследований у пожилых лиц [25].

В 1 обзоре, оценивающему действенность вакцинации у больных бронхиальной астмой, муковисцидозом и бронхоэктатической болезнью. Cates et al. сообщают о неясности степени защиты, предоставляемой вакцинацией от обострений бронхиальной астмы, связанных с гриппом [38]. Обзор 4 исследований эффективности вакцинации у больных с муковисцидозом показал отсутствие доказательств эффективности вакцинации [39]. Обзор, посвященный влиянию вакцины у больных бронхоэктатической болезнью, не выявил подходящих исследований [40].

Нами найдено 3 исследования, оценивающие специфическую профилактику гриппа у лиц с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). В 2 из них авторы пришли к одинаковому выводу о наличии данных о действенности ИГВ у больных ХОБЛ [41, 42]. Еще в 1 обзоре говорится о противоречивости результатов применения ИГВ у лиц с ХОБЛ [25].

2 обзора оценивают эффект гриппозных вакцин у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Авторы 1-го обзора считают, что вакцинация от гриппа может снизить смертность и количество осложнений, но результаты не всегда последовательны, поэтому необходимы дополнительные более качественные исследования для подтверждения выводов [43]. Авторы же 2-го обзора пришли к выводу о значимом снижении риска тяжелых осложнений и отсутствии влияния на смертность [44].

Найдено 3 обзора, оценивавших эффект иммунизации от гриппа у лиц с онкологическими заболеваниями. Один из них исключен из оценки в связи с использованием промежуточных

конечных точек (уровень иммунного ответа), авторы двух других обзоров приходят к схожим выводам: доводы в пользу вакцинации от гриппа взрослых и детей, получающих химиотерапию по поводу злокачественных новообразований, слабы из-за низкого качества доказательств [16, 45, 46].

Оба систематических обзора эффективности вакцинации от гриппа у ВИЧ-инфицированных лиц показали, что гриппозные вакцины значимо эффективны в снижении заболеваемости гриппом у ВИЧ-инфицированных лиц. Но исследования, в которых получены данные доказательства, имеют существенные методические недостатки [47, 48].

Все 4 систематических обзора по оценке иммунизации у медицинских работников не предоставляют достаточных доказательств в поддержку вакцинопрофилактики гриппа у медицинских работников для предотвращения гриппа или ОРВИ у медицинских работников и/или лиц от 60 лет и старше в домах престарелых [25, 49—51]. При оценке эффективности специфической профилактики гриппа у медицинских работников необходимо помнить, что медицинскими работниками являются работающие взрослые лица здоровые или с сопутствующими заболеваниями, у которых данные об эффективности иммунизации от гриппа не убедительны. А находящиеся в домах престарелых лица — это те же пожилые, у которых отсутствуют доказательства эффективности вакцин от гриппа [10].

Никакие типы противогриппозных вакцин не эффективны в предотвращении ОРВИ, вызванных другими вирусами [26, 50].

Есть несколько ограничений, определенных нашей стратегией поиска и отбора исследований. Мы использовали только опубликованные и рецензированные работы, находящиеся в свободном доступе. Были исключены исследования, опубликованные на других языках, кроме русского и английского. Исключение неопубликованных или же отсутствующих в свободном доступе работ, а также языковые ограничения могли повлиять на результат.

В нашей работе мы использовали только исследования с высшим уровнем доказательности А, которые представляли собой систематические обзоры и мета-анализы от 2 до 101 исследования различных дизайнов [10, 52]. Это могло привес-

ти к игнорированию результатов качественных исследований, не включенных в использованные систематические обзоры.

Опубликованные систематические обзоры показали отсутствие или весьма умеренный эффект гриппозных вакцин. Показательно, что зачастую систематические обзоры, проведенные по одному и тому же вопросу, дают противоположные оценки эффективности вакцин [53]. Противоречивые результаты можно объяснить только предвзятостью и склонностью к завышению оценки эффективности вакцинации [25—27]. Обращает на себя внимание вывод, сделанный авторами одного из Кокрейновских обзоров: «достоверные доказательства эффективности гриппозных вакцин слабы, но есть свидетельства широких манипуляций выводами и фиктивной известности исследований» [10, 22, 52, 53]. В 15 из 36 исследований указывается на низкое методическое качество исследований, слабость и неубедительность доказательств и их непригодность для проведения мета-анализов [10, 22, 25, 27, 32, 34, 37, 43, 45—49, 50, 52—55]. Необходимо также учитывать, что эффективность специфической профилактики гриппа зависит от диагноза (ОРВИ или грипп) и метода его подтверждения, типа вакцины, возраста и состояния иммунитета вакцинируемых лиц, степени совпадения циркулирующих и вакцинных штаммов, вирулентности циркулирующих штаммов гриппа, эпидемиологической обстановки, типа вируса гриппа и типа вакцины (для отдельных категорий) [5, 23, 30, 55, 56].

ВЫВОДЫ

Профиль безопасности вакцин для профилактики гриппа приемлемый.

Эффективность вакцинации от гриппа у здоровых взрослых, детей, беременных женщин, пожилых лиц, ВИЧ-инфицированных, лиц с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкобольных однозначно не подтверждена.

Эффективность противогриппозной вакцинации у лиц с сопутствующими заболеваниями легких зависит от сопутствующего диагноза. Отсутствуют доказательства в пользу вакцинации у пациентов с муковисцидозом. Не выявлено исследований у больных бронхоэктатической бо-

лезной. Результаты вакцинации у больных с БА, ХОБЛ противоречивы.

Польза от вакцинации от гриппа медицинских работников отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Профилактика гриппа и других ОРВИ. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3117—13, 2013.
2. Национальное научное общество инфекционистов. Клинические рекомендации. Грипп у взрослых. Доступно по: <http://nnoi.ru/uploads/files/protokoly/Gripp.pdf>. Ссылка активна на 18.02.2016.
3. Национальное научное общество инфекционистов. Клинические рекомендации. Грипп у беременных, 2015. Доступно по: <http://nnoi.ru/uploads/files/Gripp.pdf>. Ссылка активна на 18.02.2016.
4. Manual for the laboratory diagnosis and virological surveillance of influenza. WHO Global Influenza Surveillance Network. WHO Press: 2011.
5. Гриппозные вакцины: документ по позиции ВОЗ, ноябрь 2012 г. Еженедельный эпидемиологический бюллетень ВОЗ. 2012; 87 (47): 461—476.
6. Fiore A.E., Shay D.K., Broder K., Iskander J.K., Uyeki T.M., Mootrey G., Bresee J.S., Cox N.J. Prevention and Control of Influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), CDC. Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports. 2008; 57 (07): 1—60.
7. Грипп у взрослых: методические рекомендации по диагностике, лечению, специфической и неспецифической профилактике. Под ред. академика, профессора А.Г. Чучалина, профессора Т.В. Сологуб. СПб: Издательско-полиграфический комплекс НП-Принт, 2014.
8. WHO>Immunization, Vaccines and Biologicals>Vaccines and diseases>Influenza. Доступно по: <http://www.who.int/immunization/diseases/influenza/en>. Ссылка активна на 15.03.2016.
9. Роспотребнадзор/Рекомендации гражданам/Грипп: симптомы и профилактика. Доступно по: http://rosпотребнадзор.ru/activities/recommendations/details.php?ELEMENT_ID=2520. Ссылка активна на: 09.03.2016.
10. Совет по инновациям ФГБУ ГНЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России. Отчет по оценке медицинской технологии «Применение вакцин для специфической профилактики гриппа». Москва, 2016.
11. Воробьев П.А. Клинико-экономический анализ в медицинской организации (практическое руководство для лиц, принимающих решения). Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2004; 7-8: 82—114.
12. Клинико-экономический анализ. Под ред. проф. П.А. Воробьева. М: Ньюдиамед, 2008.
13. Simpson C., Lone N., Kavanagh K., Ritchie L., Robertson C., Sheikh A., McMenamin J. Seasonal Influenza Vaccine Effectiveness (SIVE): an observational retrospective cohort study — exploitation of a unique community-based national-linked database to determine the effectiveness of the seasonal trivalent influenza vaccine. Health Services and Delivery Research. 2013; 1 (10).

14. Simpson C.R., Lone N., McMenamin J. Early estimation of pandemic influenza Antiviral and Vaccine Effectiveness (EAVE): use of a unique community and laboratory national data-linked cohort study. *Health Technology Assessment*. 2015; 19 (79).
15. Wutzler P., Hardt R., Knuf M., Wahle K., Targeted Vaccine Selection in Influenza Vaccination. *Dtsch Arztebl Int*. 2013; 110 (47): 793—798.
16. Goossen G.M., Kremer L.C., van de Wetering M.D. Influenza vaccination in children being treated with chemotherapy for cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; (8).
17. Seidman J., Richard S., Viboud C., Miller M. Quantitative review of antibody response to inactivated seasonal influenza vaccines. *Influenza and Other Respiratory Viruses*. 2012; 6 (1): 52—62.
18. Vu T., Farish S., Jenkins M., Kelly H. A meta-analysis of effectiveness of influenza vaccine in persons aged 65 years and over living in the community. *Vaccine*. 2002; 20 (13-14): 1831—1836.
19. Mosby L.G., Rasmussen S.A., Jamieson D.J. 2009 pandemic influenza A (H₁N₁) in pregnancy: a systematic review of the literature. *American Journal of Obstetrics&Gynecology*. 2011; 2005 (1): 10—18.
20. Kuster S.P., Shah P.S., Coleman B.L. et. al. Incidence of Influenza in Healthy Adults and Healthcare Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2011; 6 (10): e26239.
21. Mohan A., Chandra S., Agarwal D. et al. Prevalence of viral infection detected by PCR and RT-PCR in patients with acute exacerbation of COPD: A systematic review. *Respirology*. 2010; 15 (3): 536—542.
22. Jefferson T., Rivetti A., Pietranonj C., Demicheli V., Ferroni E. Vaccines for preventing influenza in healthy children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; (8).
23. DiazGranados C.A., Denis M., Plotkin S. Seasonal influenza vaccine efficacy and its determinants in children and non-elderly adults: a systematic review with meta-analyses of controlled trials. *Vaccine*. 2012; 31 (1): 49—57.
24. Osterholm M.T., Kelley N.S., Sommer A., Belongia E.A. Efficacy and effectiveness of influenza vaccines: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012; 12 (1): 36—44.
25. Michiels B., Govaerts F., Remmen R., Vermeire E., Coenen S. A systematic review of the evidence on the effectiveness and risks of inactivated influenza vaccines in different target groups. *Vaccine*. 2011; 29 (49): 9159—9170.
26. Demicheli V., Jefferson T., Al-Ansary L.A., Ferroni E., Rivetti A., Pietranonj C. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014 (3).
27. Ferroni E., Jefferson T. *BMJ Clinical Evidence*>Influenza>Overview. Доступно по: <http://www.clinicalevidence.com/x/systematic-review/0911/overview.html>. Ссылка активна на: 17.03.2016.
28. Ruiz-Aragon J., Molina Linde J.M., Yang R. et al. Safety of the MF59-adjuvanted influenza vaccine: systematic review of literature. *Vacunas*. 2012; 13 (2): 49—56.
29. Manzoli L., Schioppa F., Boccia A., Villari P. The efficacy of influenza vaccine for healthy children: a meta-analysis evaluating potential sources of variation in efficacy estimates including study quality. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 2007; 26 (2): 97—106.
30. Negri E., Colombo C., Giordano L. Influenza vaccines were efficacious for the prevention of influenza. However, vaccine efficacy depends on several variables including type of vaccine and age of vaccinee, degree of matching between the circulating and vaccine strains, influenza type and m. *Vaccine*. 2005; 23 (22): 2851—2861.
31. Ambrose C.S., Wu X., Knuf M., Wutzler P. The efficacy of intranasal live attenuated influenza vaccine in children 2 through 17 years of age: A meta-analysis of 8 randomized controlled studies. *Vaccine*. 2012; 30 (5): 886—892.
32. Jordan R., Connock M., Albon E. Universal vaccination of children against influenza: are there indirect benefits to the community? A systematic review of the evidence. *Vaccine*, 2006; 24 (8): 1047—1062.
33. Luce B., Nichol K., Belshe P. et al. Cost-effectiveness of live attenuated influenza vaccine versus inactivated influenza vaccine among children aged 24—59 months in the United States. *Vaccine*, 2008; 26 (23): 2841—2848.
34. Norhayati M.N., Ho J.J., Azman M.Y. Influenza vaccine for preventing acute otitis media (middle ear infection). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015 (3).
35. *Cochrane.org*>Featured Review: Influenza vaccines for preventing acute otitis media in infants and children. Available: <http://www.cochrane.org/news/featured-review-influenza-vaccines-preventing-acute-otitis-media-infants-and-children>. Ссылка активна на: 16.03.2016.
36. Salam R.A., Das J.K., Dojo Sotandy C., Lassi Z.S., Bhatta Z.A. Haemophilus influenzae type B and viral influenza vaccinations during pregnancy for improving maternal, neonatal and infant health outcomes. Impact of type B (Hib) and viral influenza vaccinations in pregnancy for improving maternal, neonatal and infant health outcomes. 2015 (6).
37. Jefferson T., Pietranonj C., Al-Ansary L.A., Ferroni E., Thorning S., Thomas R.E. Vaccines for preventing seasonal influenza and its complications in people aged 65 or older. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010 (2).
38. Cates C.J., Rowe B.H. Vaccines for preventing flu in people with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; (2).
39. Dharmaraj P., Smyth R.L. Vaccines for preventing influenza in people with cystic fibrosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014 (3).
40. Chang C.C., Morris S., Chang A.B. Influenza vaccine for children and adults with bronchiectasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007 (3).
41. Poole P., Chako E.E., Wood-Baker R., Cates C.J. Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; (1).
42. Sehatzadeh S. Influenza and pneumococcal vaccinations for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): an evidence-based review, Ontario Health Technology Assessment Series. 2012; 12 (3): 1—64.
43. Clar C., Oseni Z., Flowers N., Keshtkar-Jahromi M., Rees K. Influenza vaccines for preventing cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; (5).
44. Udell J.A., Zawi R., Bhatt D.L., Keshtkar-Jahromi M. et al. Association between influenza vaccination and cardiovas-

- cular outcomes in high-risk patients: a meta-analysis. *JAMA*. 2013; 310 (16): 1711—1720.
45. Eliakim-Raz N., Vinograd I., Zalmanovici Trestioreanu A., Leibovici L., Paul M. Influenza (flu) vaccination for preventing influenza in adults with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; (10).
 46. Cheuk D.K., Chiang A.K., Lee T.L., Chang G.C., Ha S.Y. Varicella and influenza vaccines may reduce morbidity in patients with blood cancers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011; (3).
 47. Atashili J., Kalilani L., Adimora A.A. Efficacy and clinical effectiveness of influenza vaccines in HIV-infected individuals: a meta-analysis. *BMC Infectious Diseases*, 2006; 6 (138).
 48. Anema A., Mills E., Montaner J., Brownstein J.S., Cooper C. Efficacy of influenza vaccination in HIV-positive patients: a systematic review and meta-analysis. *HIV Medicine*. 2008; 9 (1): 57—61.
 49. Thomas R.E., Jefferson T., Lasserson T.J. Influenza vaccination for healthcare workers who care for people aged 60 or older living in long-term care institutions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013 (7).
 50. Ng A.N., Lai C.K. Effectiveness of seasonal influenza vaccination in healthcare workers: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*. 2011; 79 (4): 279—286.
 51. Burls A., Jordan R., Barton P. et al. Vaccinating healthcare workers against influenza to protect the vulnerable: is it a good use of healthcare resources? A systematic review of the evidence and an economic evaluation. *Vaccine*. 2006; 24 (19): 4212—4221.
 52. Vorobiev P., Krasnova L., Dugin D. Health technology assessment of the use vaccines for prevention flu, в *ISPOR 19th Annual European Congress*, Vienna, 2016.
 53. Воробьев П.А., Дугин Д.Н. Оценка медицинской технологии применения вакцин для специфической профилактики гриппа у пожилых лиц и у медицинских работников. *Клиническая геронтология*, 2016; 22 (9-10): 81.
 54. Salam R.A., Das J.K., Dojo Sotandy C., Lassi Z.S., Bhutta Z.A. Impact of type B (Hib) and viral influenza vaccinations in pregnancy for improving maternal, neonatal and infant health outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015 (6).
 55. Yin J.K., Chow M.Y., Khandaker G., King C. et al. Impacts on influenza A(H₁N₁)pdm09 infection from cross-protection of seasonal trivalent influenza vaccines and A(H1N1)pdm09 vaccines: systematic review and meta-analyses. *Vaccine*. 2012; 30 (21): 3209—3222.
 56. Grohskopf L.A., Shay D.K., Shimabukuro T.T., Sokołow L.Z., Keitel W.A., Breesee J.S., Cox N.J. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices — United States, 2013—2014, CDC. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports*. 2013; 62 (6): 1—43.

Сведения об авторах:

Воробьев Павел Андреевич — д-р мед. наук, профессор, зав. лаборатории оценки и стандартизации медицинских технологий ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России. 123098, Москва, Живописная, 46. Тел. (499) 190-94-78. E-mail: mtpndm@dol.ru.

Краснова Любовь Сергеевна — канд. мед. наук, заведующий учебной частью кафедры гематологии и гериатрии ИПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Тел.: 8 (495) 225-83-74. E-mail: mtpndm@dol.ru.

Дугин Данила Николаевич — канд. мед. наук, научный сотрудник Лаборатории оценки и стандартизации медицинских технологий ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России. 123098, Москва, Живописная, 46. Тел. (499) 190-94-78. E-mail: d.dugin@rspor.ru.

Воробьев Андрей Павлович — аспирант кафедры гематологии и гериатрии ИПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Тел.: 8 (495) 225-83-74. E-mail: mtpndm@dol.ru.

About the authors:

Vorobiev Pavel — MD, professor, Head of the Laboratory of Assessment and Standardization of medical technologies of FMBC named after A.I. Burnazyan of FMBA of Russia. 123098, Moscow, 46 Zhivopisnaya St. Tel. (499) 190-94-78. E-mail: mtpndm@dol.ru.

Krasnlva Lubov Sergeevna — PhD, Head of education at the Department of Hematology and Geriatrics IPO first MGMU named after I.M. Sechenov. 119991, Moscow, 8/2 Trubetskaya St. Tel.: 8 (495) 225-83-74. E-mail: mtpndm@dol.ru.

Vorobiev Andrey Pavlovich — postgraduate student of the Department of Hematology and Geriatrics IPO first MGMU named after I.M. Sechenov. 119991, Moscow, 8/2 Trubetskaya St. Tel.: 8 (495) 225-83-74. E-mail: mtpndm@dol.ru.

Dugin Danila Nikolaevich — PhD, Researcher, Laboratory of Assessment and Standardization of medical technologies of FMBC named after A.I. Burnazyan of FMBA of Russia. 123098, Moscow, 46 Zhivopisnaya St. Tel. (499) 190-94-78. E-mail: d.dugin@rspor.ru.

**ПЕРСПЕКТИВЫ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЯ
НОМЕНКЛАТУРЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ
НЕОБХОДИМЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ
ПРЕПАРАТАМИ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН**

Е.С. Манеева¹, Е.В. Елисеева¹, А.Ю. Булачева², В.А. Еремеева¹

¹ Тихоокеанский государственный медицинский университет Минздрава России,
г. Владивосток

² Департамент здравоохранения Приморского края, г. Владивосток

Проведен клинико-экономический анализ (КЭА) номенклатуры лекарственных препаратов (ЛП), закупленных по Программе обеспечения отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС) с целью разработки дальнейшей стратегии по улучшению качества лекарственной помощи льготных категорий граждан препаратами с отечественными аналогами (импортозамещающие). Рациональность структуры лекарственных закупок позволяет говорить о перспективе обеспечения данных граждан качественными, эффективными и безопасными отечественными лекарственными препаратами с оптимальными затратами.

Ключевые слова: импортозамещение лекарственных препаратов; программа обеспечения необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан; клинико-экономический анализ номенклатуры лекарственных препаратов; ABC-, VEN-анализ

**PERSPECTIVES OF IMPORT SUBSTITUTION
OF MEDICINAL NOMENCLATURE IN PROGRAM
OF PROVIDING NECESSARY MEDICINES
TO SEPARATE CATEGORIES OF CITIZENS**

E.S. Maneeva¹, E.V. Eliseeva¹, A.Yu. Bulacheva², V.A. Eremeeva¹

¹ Pacific State Medical University of Russian Ministry of Health, Vladivostok

² Department of Pharmacology and Clinical Pharmacology, Vladivostok

Clinical and economic analysis of medicinal nomenclature of «Program of providing necessary medicines to the separate categories of citizens» to improve the quality of healthcare of the separate categories of citizens when assessing the access to domestic medicines (substitution of import medicines). The rational structure of purchase demonstrates the prospect of providing the separate categories with qualitative, effective and safe domestic medicines with optimal cost.

Keywords: import substitution of medicines; Program of providing necessary medicines to separate categories of citizens; Clinical and Economic Analysis of medicinal nomenclature; ABC-, VEN-analysis

Одной из основных задач государственной политики в области льготного лекарственного обеспечения является удовлетворение потребностей граждан, имеющих право на социальную поддержку в лекарственной помощи, соответствующей принципам доказательной медицины с использованием ЛП, отвечающих стандартам качества, эффективности и безопасности, при этом преимущество отдается лекарствам отечественного производителя [1—3].

Цель исследования — проведение КЭА номенклатуры ЛП, закупленных по Программе ОНЛС Приморского края в 2014 г. на предмет оценки количества препаратов, имеющих отечественные аналоги (импортозамещаемые ЛП) для разработки дальнейшей стратегии улучшения качества лекарственного обеспечения льготных категорий граждан.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для проведения мониторинга импортозамещаемых ЛП в номенклатуре применялся один из методов КЭА — ABC-, VEN-анализ, который позволяет изучить структуру закупок ЛП и оптимизировать их последующее назначение. Анализ проводился за временной период — 1 год по трем классам ЛП в соответствии с их фактическим потреблением за указанный период. В основу метода ABC-анализа положен принцип Вильфредо Парето «80:20», в соответствии с которым 80% результата определяется использованием 20% ресурсов [4].

В приложении к сфере лекарственного обеспечения все препараты систематизируются на три класса: «А», «В», «С». Класс «А» включает 10—20% наименований ЛП, на которые расходуется 70—80% бюджета. Класс «В» — 10—20% наименований ЛП с потреблением 15—20% бюджета. Класс «С» — 60—80% наименований ЛП, на которые затрачивается не более 5—10% бюджета.

ABC-анализ проводили совместно с VEN-анализом, на который был сделан основной акцент нашего исследования, что позволило оценить рациональность расходования финансовых средств на приоритетные ЛП. Все закупленные препараты ранжировали на три класса: «V» (от английского слова «vital» — жизненно-важные); «E» («essential» — необходимые); «N» («non-essential» — второстепенные) [5, 6].

Исследование проведено в соответствии с ОСТ 91500.14.0001—2002 «Клинико-экономические исследования. Общие положения», утвержденном приказом Минздрава России № 163 от 27.08.2002 г. [7].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенный КЭА номенклатуры ЛП, закупленных по Программе ОНЛС показал, что в структуре класса «А» из 25 лекарственных препаратов 24 (96%) относятся к классу «V» (жизненно важные) по критериям VEN-анализа и только один препарат (4%) — к классу «E». Топ десяти ЛП класса «А» представлен в табл. 1.

Таблица 1

ABC- и VEN-анализ: топ десяти лекарственных препаратов II класса «А»

Международное непатентованное название (МНН)	Класс VEN	Наличие импортозамещенных лекарственных препаратов
Инсулин детемир	V	—
Инсулин гларгин	V	—
Инфликсимаб	V	—
Инсулин аспарт двухфазный	V	—
Инсулин аспарт	V	—
Салметерол + Флутиказон	V	+
Тиотропия бромид	V	—
Окстреотид	V	+
Будесонид + Формотерол	V	—
Эпоэтин альфа	V	+

В классе «В» из 42 препаратов 33 (78,6%) принадлежат к классу «V»; 5 препаратов (11,9%) — к классу «E» и только 4 (9,5%) — к классу «N». Анализ ЛП класса «E» свидетельствует о том, что их закупка является достаточно рациональной и обусловлена востребованностью у большого количества хронических пациентов льготных групп. Топ десяти ЛП класса «В» представлен в табл. 2.

В классе «С» из 83 препаратов 55 (66,3%) относятся к классу «V»; 19 препаратов (22,9%) — к классу «E» и только 9 (10,8%) — к классу «N». Все ЛП классов «V» и «E» имеют уровни убедительности доказательств эффективности А—В. Топ десяти ЛП класса «В» представлены в табл. 3.

Таблица 2

ABC- и VEN-анализ: топ десяти лекарственных препаратов класса «В»

Международное непатентованное название (МНН)	Класс VEN	Наличие импортозамещения ЛП
Панкреатин	E	+
Изосорбида динитрат	V	+
Ипратропия бромид + Фенотерол	V	+
Гефитиниб	V	+
Альфакальцидол	V	+
Глицирризиновая кислота + Эссенциальные фосфолипиды	N	+
Тиоктовая кислота	N	+
Периндоприл + Индапамид	V	—
Гозерелин	V	—
Циклоспорин	V	+

Таблица 3

ABC- и VEN-анализ: топ десяти лекарственных препаратов класса «С»

Международное непатентованное название (МНН)	Класс VEN	Наличие импортозамещения лекарственных препаратов
Пеницилламин	E	—
Соматропин	V	+
Винпоцетин	N	+
Ламотриджин	V	+
Ацетицистеин	E	+
Гидроксикарбамид	V	+
Триметазидин	N	+
Спинолактон	V	+
Лизиноприл	V	+
Колекальциферол + Кальция карбонат	E	+

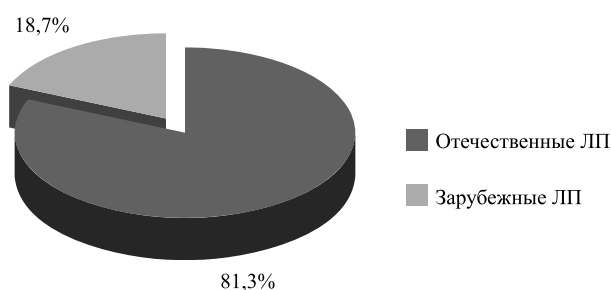


Рис. 1. Объем импортозамещения лекарственных препаратов

Топ десяти ЛП класса «В» представлены в табл. 3.

При анализе номенклатуры на предмет импортозамещения установлено, что 112 (81,3%) из 150 приобретенных ЛП имеют отечественные аналоги. Важно отметить высокий процент импортозамещения в классах «V» и «E» — 81,2 и 88% соответственно, а также в классах «B» и «C» — 81 и 86,7% соответственно.

Полученные результаты мониторинга импортозамещения номенклатуры ЛП в рамках Программы ОНЛС позволяют проанализировать номенклатуру препаратов, имеющих отечественные аналоги и являющиеся импортозамещаемыми.

Анализ структуры импортозамещения в классе «N» свидетельствует о том, что из 13 препаратов импортозамещаемыми являются 11, из них 4 производятся только на территории Российской Федерации.

Данные по объему и номенклатуре импортозамещения ЛП представлены на рис. 1 и в табл. 4 и 5.

Значительное количество в номенклатуре ЛП, закупленных в рамках Программы ОНЛС отечественных препаратов и рациональность структуры их закупки позволяют с большой долей уверенности говорить о стабильной перспективе своевременного обеспечения льготных категорий граждан качественными, эффективными и безопасными ЛП отечественного производства; создания условий для появления у пациентов, имеющих право на льготы, доверия к российским препаратам и к системе отечественного здравоохранения, что будет служить гарантией высокой комплаентности фармакотерапии, которая занимает до 90% объема всего лечебного процесса у данных категорий граждан. Российские пре-

параты с более низкой ценой имеют приоритет по сравнению с импортными, что позволяет оптимизировать расходы на лекарственное обеспечение.

Учитывая вышеперечисленные предпосылки для формирования импортозамещения в льготном сегменте лекарственного обеспечения и данные собственного исследования, мы можем предложить следующие рекомендации для включения ЛП в номенклатуру закупок с целью выработки стратегии улучшения качества лекарственного обеспечения льготных категорий граждан [8, 9].

1. Регулярное проведение КЭА с применением ABC- и VEN-анализа номенклатуры ЛП в рамках Программы ОНЛС.

2. Оценка рациональности закупок ЛП в льготном сегменте с точки зрения клинико-экономической эффективности, с привлечением экспертов — врачей-специалистов по профилю закупаемых ЛП и врачей клинических фармакологов с проведением информационного поиска с позиций доказательной медицины.

3. Снижение объема закупок или полный отказ от ЛП класса «N» в пользу препаратов с высоким уровнем убедительности доказательств эффективности и безопасности.

5. Плановое импортозамещение в льготном лекарственном сегменте при условии сохранения клинической эффективности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Большое количество в номенклатуре отечественных ЛП, рациональность структуры их закупки позволяет с высокой степенью уверенности говорить о перспективе своевременного обеспечения льготных категорий граждан качественными, эффективными и безопасными, обладающими более низкой стоимостью лекарственными препаратами; создания условий для появления у пациентов, имеющих право на льготы, доверия к российским препаратам, что будет служить гарантией высокой приверженности фармакотерапии, а значит, будет способствовать уменьшению заболеваемости и смертности у льготных категорий граждан, являющихся наиболее уязвимыми членами общества.

Предложены рекомендации для включения импортозамещаемых лекарственных препаратов в номенклатуру закупок с целью выработки стратегии улучшения качества лекарственного обеспечения льготных категорий граждан.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дзанаева А.В., Омельяновский В.В., Кагермазова С.А. Принципы импортозамещения лекарственных препаратов. Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2015; 8 (2): 38—42.
2. Постановление Правительства Российской Федерации № 305 от 15.04.14 г. «Об утверждении Государственной Программы Российской Федерации «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности на 2013-2020 годы». Доступно на: <http://government.ru/media/files/FixAD0zpgA.pdf>. Ссылка активна на: 07.07.2016.
3. Хосева Е.Н. Оптимизация системы контроля эффективности и безопасности воспроизведенных лекарственных средств отечественного производства: диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. М., 2014: 372.
4. Фролов М.Ю., Барканова О.Н., Шаталова О.В. Методика проведения ABC VEN-анализа. Лекарственный Вестник. 2012; 6: 3—6.
5. Авксентьева М.В., Воробьев П.А. Как может быть использован клинико-экономический анализ для совершенствования Программы дополнительного лекарственного обеспечения. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2006; 10: 3—7.

Таблица 4

VEN-анализ номенклатуры импортозамещаемых лекарственных препаратов

Класс по VEN	Общее количество ЛП	Количество импортозамещаемых ЛП
«V»	112	91 (81,2%)
«E»	25	22 (88%)
«N»	13	9 (69,2%)

Таблица 5

ABC-анализ номенклатуры импортозамещаемых лекарственных препаратов

Класс по ABC	Общее количество ЛП	Количество импортозамещаемых лекарственных препаратов
«A»	25	16 (64%)
«B»	42	34 (81%)
«C»	83	72 (86,7%)

6. Рациональное использование лекарственных средств: Методические рекомендации для врачей. Под ред. Елисеевой Е.В. Владивосток: Из-во Медицина ДВ; 2010: 70.
7. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 27 сентября 2002 г. № 163 «Об утверждении Отраслевого стандарта «Клинико-экономические исследования. Общие положения». Доступно на: <http://bono-esse.ru/blizzard/karta.html>. Ссылка активна на: 07.07.2016.
8. Боярский С.Г. Анализ гарантий лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях и возможностей их расширения. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2016; 7-8: 22—26.
9. Малаев М.Г. Формулярная система лекарственного обеспечения медицинской помощи как инструмент управления расходом финансовых и лекарственных средств. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2015; 1-2: 36—42.

Сведения об авторах:

Елисеева Екатерина Валерьевна — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет Минздрава России». 690002, г. Владивосток, пр. Острякова, д. 2. Тел.: 8 (423) 241-34-91. E-mail: yeliseeff@rbcmail.ru

Манеева Елена Сергеевна — канд. мед. наук, ассистент кафедры общей и клинической фармакологии ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет Минздрава России». 690002, г. Владивосток, пр. Острякова, д. 2. Тел.: 8 (423) 261-46-71. E-mail: alena_nice_angel@mail.ru

Булачева Анастасия Юрьевна — главный специалист-эксперт Отдела фармакоэкономического анализа и лекарственного обеспечения Департамента здравоохранения Приморского края. 690007, г. Владивосток, ул. 1-я Морская, д. 2. Тел.: (423) 241-38-16; 241-34-62. E-mail: _asya_@inbox.ru

Еремеева Виктория Амбарцумовна — ассистент кафедры общей и клинической фармакологии ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет Минздрава России». 690002, г. Владивосток, пр. Острякова, д. 2. Тел.: 8 (423) 261-46-71. E-mail: evavictoriaeremeeva@mail.ru

About the authors:

Eliseeva Ekaterina Valer'evna — MD, PhD Head of the Department of General and Clinical Pharmacology of the Department of General and Clinical Pharmacology of Vladivostok State Medical University Russian Ministry of Health. 690002, Vladivostok, 2, Ostryakova Avenue. Phone: (423) 241-34-915. E-mail: yeliseeff@rbcmail.ru

Maneeva Elena Sergeevna — MD, assistant of the Department of General and Clinical Pharmacology of Vladivostok State Medical University Russian Ministry of Health. 690002, Vladivostok, 2, Ostryakova Avenue. Phone: 8 (423) 261-46-71. E-mail: alena_nice_angel@mail.ru

Bulacheva Anastasia Yur'evna — the main expert of the Department of Pharmacoeconomic Analysis and Drug Supply Primorsky Territory Department of Health Care. 690007, Vladivostok, 2, Pervaya Morskaya Street, 2, 4. Phone: 8 (423) 241-38-16; 241-34-62. E-mail: _asya_@inbox.ru

Eremeeva Victoria Ambartsumovna — assistant of the Department of General and Clinical Pharmacology of Vladivostok State Medical University Russian Ministry of Health. 690002, Vladivostok, 2, Ostryakova Avenue. Phone: 8 (423) 261-46-71. E-mail: evavictoriaeremeeva@mail.ru

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК — НЕ ПРИГОВОР

И.М. Дашанимаева^{1, 2}, А.П. Голубева³

¹ Бурятский государственный университет им. Д. Банзарова,
Медицинский институт г. Улан-Удэ, Россия

² Городская поликлиника № 3, г. Улан-Удэ, Россия

³ Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова, Москва

Проведено исследование состояния обеспеченности заместительной почечной терапией, ее влияние на качество и продолжительность жизни больных Городской поликлинике № 3 г. Улан-Удэ с хронической почечной недостаточностью.

Ключевые слова: заместительная терапия, гемодиализ, хроническая болезнь почек

CHRONIC DISEASE KIDNEY — NOT A SENTENCE

I.M. Dashanimaeva^{1, 2}, A.P. Golubeva³

¹ Buryat State University, Ulan-Ude, Russia

² City polyclinic № 3, Ulan-Ude, Russia

³ Sechenov Moscow State Medical University, Moscow

A study of state provision of renal replacement therapy, its impact on the quality of life of patients and duration of life of chronic renal failure patients from City polyclinic № 3 Ulan-Ude.

Keywords: replacement therapy, hemodialysis, chronic kidney disease

В 2002 г. международным медицинским сообществом разработана концепция хронической болезни почек (ХБП), которая в настоящее время принята и в России. В экономически развитых странах по данным статистики ХБП страдает каждый десятый житель. ХБП характеризуется резким ухудшением качества жизни, высокой летальностью и в терминальной стадии приводит к экстренной необходимости применения дорогостоящих методов заместительной почечной терапии (ЗПТ) — гемодиализа, перитонеального диализа или пересадки почки [1—3]. Концепция ХБП направлена на более раннее выявление пациентов, входящих в группу риска, и обоснование потребности в диализе/трансплантации почки. Необходимость раннего выявления такой

группы пациентов с ХБП связана с планированием мероприятий по улучшению преемственности и взаимосвязи между нефрологами, терапевтами, кардиологами, эндокринологами и другими врачами специалистами. Появляется реальная возможность развития службы ЗПТ, исходя из информации о всех пациентах с хронической почечной недостаточностью (ХПН) и прежде всего вновь выявленных, оценки их реальных потребностей в нефропротективной терапии. Частота ХПН в различных странах колеблется в пределах 100—600 на 1 млн взрослого населения и возрастает с увеличением возраста. ХПН — симптомокомплекс, вызванный необратимой постепенной гибелью нефронов вследствие первичного

или вторичного хронического прогрессирующего заболевания почек.

С целью планирования медицинских, финансовых и материальных ресурсов в стране создан регистр Российского Диализного Общества (РДО), который стремится усовершенствовать общенациональную информационную систему о состоянии ЗПТ в России и сделать ее более полной и целенаправленной. По данным отчета РДО, в Российской Федерации в 2013 г. ЗПТ получали 35 305 пациентов [4]. Показатель обеспеченности ЗПТ на 1 млн населения в среднем по Российской Федерации составил 245,7 больных. Реальная потребность в ЗПТ в стране превышает текущий уровень обеспеченности в 3—4 раза. По федеральным округам и субъектам Российской Федерации различия еще более существенные. В Республике Бурятия проблемы соотношения потребности и обеспеченности ЗПТ мало изучены.

Цель исследования: обосновать и предложить пути снижения смертности пациентов, страдающих хронической почечной недостаточности на основе медико-статистического исследования проблем хронической почечной недостаточности [5].

Задачи исследования:

1. Изучить распространенность ХБП, в том числе в терминальной стадии и причины возникновения ХПН у пациентов, прикрепленных для обслуживания к городской поликлинике № 3 (ГП № 3) г. Улан-Удэ.

2. Оценить обеспеченность ЗПТ пациентов с ХПН в терминальной стадии.

3. Выяснить удовлетворенность качеством оказанной медицинской помощью и качество жизни пациентов, прошедших гемодиализ, путем социологического опроса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объект исследования — пациенты с ХЗП с ХПН старше 18 лет которым была оказана медицинская помощь в ГП № 3 г. Улан-Удэ в 2013—2015 гг.

Для изучения распространенности ХБП среди населения Республики Бурятия, обеспеченности ЗПТ статистические данные о заболеваемости пациентов с развившейся ХПН и об обеспеченности ЗПТ пациентов, в том числе с терминальной стадией, диализом, были персонализированы. Также проведен анализ обеспеченности койками пациентов с данной патологией с 2010 по 2015 гг.

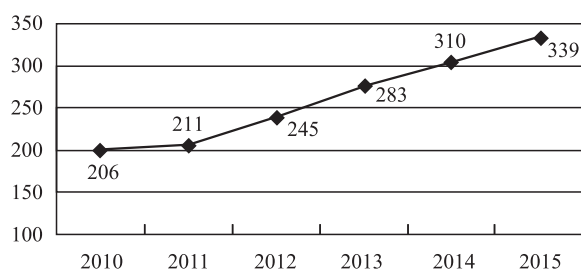


Рис. 1. Число больных, находящихся на гемодиализном лечении в Республике Бурятия в 2010—2015 гг. (на 1 млн населения)

Для оценки качества оказанной медицинской помощи и качества жизни отобраны 36 пациентов, которые находились на гемодиализе на момент проведения исследования в 2015 г. и 24 додиализных пациента, с уровнем креатинина крови 200 мкм/л и более, которым не показан гемодиализ. Эти пациенты ($n = 24$) получали таблетированные препараты при наличии признаков анемии и лекарственный препарат содержащий кетоновый аналог аминокислот в амбулаторных условиях. Проведена выкопировка информации из амбулаторных медицинских карт.

Качество жизни и удовлетворенность пациентов качеством оказанной медицинской помощи изучались с помощью специально разработанной анкеты. Методом случайной выборки отобраны и опрошены пациенты, обращавшиеся к участковому врачу терапевту и нефрологу за выпиской льготных рецептов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ статистических данных об обеспеченности ЗПТ пациентов с ХПН в Российской Федерации и субъектах Сибирского федерального округа, (таблица) показал, что на первом месте по частоте случаев ЗПТ, проведенных гемодиализов и обеспеченности койками для гемодиализа находится Республика Бурятия, на втором — Омская область.

В настоящее время в Республике Бурятия функционируют 5 гемодиализных центров. Ежегодно количество диализных больных увеличивается примерно на 10% (рис. 1). Эта тенденция связана с улучшением выявляемости ЗПТ, своевременным направлением к нефрологу пациентов с подозрением на почечную патологию.

Пациенты из всех районов Республики приезжают в столицу г. Улан-Удэ и прикрепляются

к 6 поликлиникам для проведения гемодиализа. 332 пациента с ХПН в терминальной стадии получили гемодиализ, 9 — перитонеальный диализ, 24 пациентам проведена пересадка почки.

В 2015 г. на амбулаторном лечении у нефрологов находились 170 пациентов в додиализной стадии, которые на данный момент по состоянию здоровья не нуждаются в гемодиализе. Рост количества пациентов с ХПН связан с своевременным выявлением и направлением этих пациентов на гемодиализ. Около 20% пациентов из районов Республики Бурятия прикреплены к ГП № 3 для прохождения программного гемодиализа.

Ежегодный рост ХПН объясняется не только увеличением заболеваемости почек, но и ростом заболеваемости сахарным диабетом, ожирением и другими расстройствами с повреждением почечных сосудов различной этиологии у лиц пожилого возраста.

Только в ГП № 3 из 6 поликлиник города открыт кабинет нефролога, на учете у которого в 2011 г. состояло 35 диализных пациентов, в 2016 г. — 60, в том числе 24 додиализных пациентов (которые получают лечение в амбулаторных условиях под контролем врача специалиста). В ГП № 3 все 36 (100%) пациентов с терминальной стадией ХПН обеспечены гемодиализом (рис. 2).

Пациенты пожилого возраста с тяжелым сахарным диабетом, ИБС, пациенты с нефротическим синдромом, декомпенсированным метаболи-



Рис. 2. Динамика числа гемодиализных и додиализных пациентов в ГП № 3 г. Улан-Удэ в 2011—2016 гг.

ческим ацидозом, кахексией, неконтролируемой гипертензией, хроническими инфекциями, уремической полинейропатией, гипергидратацией, гиперкалиемией подлежат раннему направлению на гемодиализ (при уровне креатинина крови менее 0,6—0,7 ммоль/л, клубочковой фильтрации более 10—15 мл/мин). В прочих случаях на амбулаторный хронический гемодиализ направляются лица в терминальной стадии ХПН (при повышении уровня креатинина более 0,7—0,9 ммоль/л и снижении клубочковой фильтрации ниже 10 мл/мин) после проведения консервативной терапии на додиализной стадии болезни.

Состав опрошенных диализных пациентов, состоящих на учете у нефролога в ГП № 3,

Показатели заместительной почечной терапии населения в целом в России и субъектах Сибирского федерального округа (на начало 2014 г.) (на 1 млн населения)

Регион	Случаев ЗПТ	Ранг	Число гемодиализов	Ранг	Число мест для гемодиализа	Ранг
Россия	245,7	—	245,7	—	35,7	—
Сибирский Ф О	206,3	—	158,3	—	34,4	—
Республика Алтай	174,8	8	146,5	7	23,6	10
Алтайский край	123,4	12	102,5	11	17,8	11
Республика Бурятия	298,8	1	271,1	1	57,5	1
Забайкальский край	243	5	210	3	46,8	4
Иркутская область	255,5	3	188,6	6	52,5	2
Кемеровская область	157,3	10	94,7	12	25,2	9
Красноярский край	161,9	9	140,6	8	33,3	5
Новосибирская область	222,6	6	139,1	9	26,7	8
Омская область	294,9	2	231,5	2	47,1	3
Томская область	218,7	7	191,6	5	32,7	6
Республика Тыва	253,4	4	205,3	4	28,9	7
Республика Хакасия	149,8	11	119,8	10	15,0	12

характеризуется следующими особенностями: средний возраст анкетированных пациентов с ХПН приходится на трудоспособный период — 50 лет; соотношение женщин и мужчин, находящихся на гемодиализе составило 1,6:1; работали 11,1% опрошенных. Большую часть составили инвалиды I и II групп; число инвалидов I группы в 3 раза превышает инвалидов II группы.

По результатам опроса диализных пациентов выявлено, что причиной прогрессирования ХПН и перевода на гемодиализ в 58,3% случаях — гломерулонефрит, в 25% — сахарный диабет, в 11,1% — поликистоз почек, в 5,6% — гипертоническая нефропатия. Такое соотношение причин соответствует данным в литературных источниках [2].

Оценили состояние своего здоровья на «хорошо» 12,5% анкетированных пациентов; на «удовлетворительно» — 62,5%; плохо — 8,3%; затруднились с ответом — 16,7%. Хорошая и удовлетворительная оценка состояния своего здоровья — это результат проведения ЗПТ (гемодиализа). Проводимая терапия позволяет пациентам с ХПН вести активный образ жизни, не акцентируя постоянное внимание на болезни и проблемы в будущем. Благодаря проводимому гемодиализу улучшается качество и увеличивается продолжительность жизни пациентов с ХПН. Совершенствование методов ЗПТ (гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки) позволяет увеличить продолжительность жизни пациентов на 15 и более лет.

По данным, выявленным в результате исследования, длительность заместительной почечной терапии в среднем составляет 8,2 года. Из числа анкетированных пациентов 70,8% находились на гемодиализе от 5 до 8 лет; 16,7% респондентов — от 9 до 11 лет; 8,3% — от 12 до 15 лет; и свыше 15 лет — 4,2%.

При оценке оказания медицинской помощи пациентами: внимательное отношение медицинских работников на приеме отметили 87% респондентов, равнодушное отношение — 4%, не определились с ответом — 8%. Качество медицинской помощи оценили на «хорошо» — 45,8%, «удовлетворительно» — 41,7%, низкую оценку дали — 8,3% и затруднились с ответом — 4,2%. Таким образом, большинство пациентов (87,5%) считает себя удовлетворенными качеством медицинской помощи. Отвечая на вопрос о своем ма-

териальном благополучии, большинство опрошенных отнесли себя к категории малообеспеченных и бедных — 81,3%. Обеспеченными себя считают только 2,8% опрошенных. 83,3% респондентов отмечают, что не могут трудоустроиться на желаемую работу по состоянию здоровья и из-за вынужденного 3-разового отсутствия на рабочем месте в неделю для прохождения программного гемодиализа. Проблематичным для данной категории пациентов является необходимость соблюдать диету — 61,1% оценили качество своего питания как низкое. Отметим трудности в общении с друзьями 10,4%, а страдают от появившихся проблем в семейной жизни — 13,8%.

Чрезвычайно важна преемственность ведения пациента на разных стадиях заболевания врачами первичного звена, которая заключается в своевременном выявлении первых признаков прогрессирования почечной недостаточности и направлении к врачу нефрологу для решения тактики ведения каждого пациента. Огромную роль в дальнейшем лечении играет организационно-методическая работа нефрологического кабинета, обеспечивающая своевременную и качественную помощь пациентам с заболеваниями почек в полном объеме.

Своевременная профилактика, скрининг в группах риска и диагностика ранних проявлений ХБП, ренопротективная стратегия, борьба с кальцинозом сосудов поможет предупредить прогрессирование ХБП и продлить качество жизни пациентов с терминальной стадией ХПН.

Несомненно, только комплексный подход к решению проблемы лечения пациентов с терминальной почечной недостаточностью позволит улучшить качество и продолжительность их жизни. В связи с возрастающей потребностью в ЗПТ, ее развитием в Бурятии необходимо совершенствование нефрологической службы в амбулаторных условиях. На базе ГП № 3 г. Улан-Удэ обосновано открытие нефрологического центра, который организовывал бы, координировал и контролировал мероприятия по раннему выявлению начальных стадий ХПН пациентов.

Качество жизни и психологические особенности пациентов, находящихся в терминальной стадии ХБП, меняются кардинально, так как меняется уклад их жизни. Пациентам из районов приходится менять место жительства для

прохождения гемодиализа. Пациенты с ХПН в состоянии психологического стресса, вызванного вынужденной госпитализацией, неопределенностью прогноза, изменением образа жизни, привязанностью к аппарату «Искусственная почка», необходимостью 3 раза в неделю с посторонней помощью добираться до гемодиализного центра и соблюдать строго предписанную диету испытывают острую потребность в психологической помощи. Основной задачей психотерапевтической помощи должна быть адаптация пациентов к новым условиям, профилактика суицидов, стабилизация эмоционального фона. Центрам здоровья необходимо организовать обучение больных ХПН, их семей в школах по специальным программам с включением психокоррекционной работы психологов.

Внедрение и совершенствование института врача общей практики (ВОП) будет способствовать успешному проведению лечебно-реабилитационных мероприятий среди прикрепленного населения. Проведение всеобщей диспансеризации взрослого населения, обследование лиц, входящих в группу риска способствуют своевременному (на ранних стадиях) выявлению ХПН. Своевременная интерпретация анализов крови, мочи и направление к нефрологу — повседневная и посильная работа ВОП. Проведение школ здоровья с больными, страдающими артериальной гипертензией, ожирением, имеющими вредные привычки, с изменениями показателей работы почек, сахарным диабетом, с наследственной предрасположенностью к ХБП — залог сниже-

ния прогрессирования ХПН. Взаимосвязь с социальными работниками и их консультирование по обслуживанию диализных пациентов, доставка лекарственных препаратов на дом, активное наблюдение на дому, индивидуальный подход и работа с членами семьи являются факторами, способствующими успеху в оказании комплексной помощи данной категории пациентов.

Таким образом, только комплексное оказание медицинской, социальной и психологической помощи пациентам с ХПН с основной координирующей ролью ВОП обеспечит улучшение состояния пациентов и продление их качественной жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ким Ю.А. Клинические аспекты течения хронической болезни почек у пациентов с артериальной гипертензией. Вестник АГИУВ. 2016; 1: 6—16.
2. Нагайцева С.С., Швецов М.Ю., Герасимов А.Н., Журавлева Е.А., Шилов Е.М. Исследование альбуминурии как маркера хронической болезни почек у взрослого трудоспособного населения. Альманах клинической медицины. 2014; 30: 37—45.
3. Шутов А.М. Хроническая болезнь почек — глобальная проблема XXI века. Клиническая медицина. 2014; 5: 5—10.
4. Бибков Б.Т., Томила Н.А. Заместительная терапия терминальной хронической почечной недостаточности в Российской Федерации в 1998—2013 гг. Нефрология и диализ. 2015; 17 (3): 111.
5. Мильчаков К.С. Научно-методическое обеспечение риск-менеджмента в области здравоохранения с помощью скоринговых моделей на примере оказания медико-санитарной помощи больным с хроническими болезнями почек. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2016. 5-6; 52—57.

Сведения об авторах:

Дашанимаева Ирина Михайловна — канд. мед. наук, зам. главного врача по КЭР Городской поликлиники № 3; старший преподаватель кафедры терапии Бурятского государственного университета. 670000, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24 а. Тел.: + 7 (3012) 297-170. E-mail: univer@bsu.ru.

Голубева Алла Прокофьевна — д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А Семашко МПФ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Тел.: 8 (499) 248-72-88. E-mail: apgolub@mail.ru

About the authors:

Dashinimaeva Irina Mikhailovna — cand. med. sciences, Deputy. head physician to CARE City Polyclinic № 3; Senior Lecturer of the Department of Therapy, Buryat State University. 670000, Republic of Buryatia, Ulan-Ude, 24a Smolin St. Tel.: + 7 (3012) 297-170. E-mail: univer@bsu.ru

Golubeva Alla Prokofievna — Dr. med. sciences, Professor of the Department of Public Health and Health named after N.A. Semashko, First MGMU named after I.M. Sechenov. 119991, Moscow, 8/2 Trubetskaya St. Tel. 8 (499) 248-72-88. E-mail: apgolub@mail.ru

СРОЧНО В НОМЕР

АНАЛИЗ ДЕТЕРМИНАНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ УРОВЕНЬ ТРАВМАТИЗМА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ

К.А. Егизарян¹, С.Н. Черкасов², Л.Ж. Агтаева²

¹ *Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва*

² *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва*

Интегральная оценка рисков повышения травматизма на территории с большим количеством населения необходима для предупреждения травматизма. Такие риски определяются внешней и внутренней средой территориального образования и называются детерминантами. Выявление детерминант и их учет имеет важное значение при планировании комплекса мероприятий по профилактике травматизма.

Ключевые слова: анализ детерминант, профилактика травматизма, интегральная оценка

THE ANALYSIS OF THE DETERMINANTS DETERMINING TRAUMATISM LEVEL AMONG ADULT POPULATION IN A SECTION OF FEDERAL DISTRICTS

К.А. Egiazaryan¹, S.N. Cherkasov², L.J. Attaeva²

¹ *Russian national research medical University named after N.I. Pirogov, Moscow*

² *National research Institute of public health named after N.A. Semashko, Moscow*

Today fight against an injury rate is a multiple-factor problem. Therefore it is necessary to carry out an integrated risks assessment of increase in an injury rate in the territory with a large number of the population. Such risks are determined external and internal environment of territorial education and are called determinants. Identification of determinants and their accounting is important when planning a complex of actions for prevention of an injury rate.

Key words: analysis of determinants, traumatism prevention, integrated assessment

В настоящее время борьба с травматизмом — это многофакторная проблема. Анализ статистических данных распространенности травматизма с 2000 по 2015 гг. по федеральным округам [1] показал, что наивысшие уровни по стандартизированным показателям наблюдались в Сибирском федеральном округе ($100,1 \pm 1,18$ на 1000 населения в возрасте старше 18 лет), наименьшие — в Северо-Кавказском федеральном округе ($59,9 \pm 0,76$ на 1000 населения в возрасте старше 18 лет). Показатели выше среднероссийского уровня первичной заболеваемости по классу «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» (МКБ-10) отмечены в 5 федеральных округах. В 3 федеральных округах уровень первичной заболеваемости по классу «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» (МКБ-10) был ниже среднероссийского уровня. В связи с выявленными различиями целесообразно провести сравнительный анализ по факту наличия и выраженности детерминант в 2 группах федеральных округов с высоким и низким уровнем травматизма (выше или ниже среднероссийского уровня).

Выявленные детерминанты могут способствовать повышению эффективности программ профилактики, в том числе — в разработке порядков и стандартов оказания медицинской помощи [2]. В спектр возможных факторов, определяющих уровень травматизма, необходимо включать не только классические факторы риска и особенности организации медицинской помощи, но и, в первую очередь, социальные, характеризующие особенности образа жизни на конкретной территории [3, 4]. Полученные данные, включенные в комплекс мероприятий, позволят повысить качество профилактической деятельности, а также повысить точность планирования и прогнозирования необходимых объемов медицинской помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выявление детерминант проводили с учетом анализа распространенности травматизма, определении региональных особенностей его частоты и анализа зависимостей между уровнем травматизма и характеристиками изучаемой территории. Анализ проводился как классическим методом сравнения основной и контрольной группы, так и с использованием методов непараметрического анализа.

В качестве основных социально-экономических показателей рассматривали группу показателей, принимаемых при расчете места, занимаемого субъектов в Российской Федерации, использовались данные Росстата за 2014 г.

В зависимости от уровня травматизма по данным за 2014 г. сформировано 2 группы.

В группу федеральных округов с высоким уровнем травматизма включили Сибирский и Приволжский федеральные округа (основная группа).

В группу федеральных округов с низким уровнем травматизма включили Северо-Кавказский и Южный федеральные округа (контрольная группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ связи между основными социально-экономическими показателями федеральных округов и уровнем травматизма показал, что в федеральных округах с более высоким социально-экономическим развитием исходя из данных уровня занятости и безработицы, среднедушевых денежных доходов и среднемесячной номинальной заработной платы, наблюдается более высокий уровень травматизма (табл. 1).

Однако среди федеральных округов с низким уровнем травматизма присутствует Центральный федеральный округ с наивысшими рейтингами по всем анализируемым показателям кроме размера среднемесячной номинальной заработной платы (второе место в рейтинге после Дальневосточного федерального округа).

Полученные критерии различий не достигают критических значений и не позволяют считать видимую закономерность достоверной ($p > 0,05$). Следовательно, нельзя достоверно утверждать, что уровень травматизма всего федерального округа зависит от набора социально-экономических показателей.

Связь между общей площадью жилых помещений, приходящихся на 1 жителя, и уровнем травматизма в федеральном округе прослеживается ($p > 0,05$) также как и между уровнем травматизма и числом студентов высших учебных заведений ($p > 0,05$) (табл. 2). Увеличение собственных легковых автомобилей на 1000 населения достоверно выше в федеральных округах с высоким уровнем травматизма. Корреляционно также выявлена прямая и достоверная зависимость средней силы (корреляционное отношение = 0,61). Однако наиболее сильная зависимость установлена между числом зарегист-

рированных преступлений на 100 тыс. человек и уровнем травматизма. Чем выше уровень преступности в федеральном округе, тем выше уровень травматизма ($p < 0,05$).

Анализ зависимости рейтинга федерального округа по социально-экономическим показателям и уровня травматизма среди взрослого населения показал наличие связи между относительными показателями, «Число собственных легковых автомобилей на 1000 чел.» и «Число зарегистрированных преступлений на 100 тыс. человек» и уровнем травматизма. Выявленная связь по направлению прямая, по силе зависимости средней силы, достоверная.

Дополнительно к параметрам, используемым для расчета рейтинга социально-экономического

развития регионов, в группу экономических показателей включен показатель фактического потребления домашних хозяйств на душу населения, который рассчитывается в текущих рыночных ценах и выражается в рублях, а также среднее значение валового регионального продукта в субъектах Российской Федерации, входящих в федеральный округ. В группу социальных показателей введены следующие показатели: плотность автомобильных дорог общего пользования с твердым покрытием (путей на 1000 км²) территории и коэффициент миграционного прироста на 10 тыс. человек.

Анализ корреляции между значением валового регионального продукта и уровнем травматизма показал, что в округах с низкими значениями

Таблица 1

Зависимость рейтинга федерального округа по социально-экономическим показателям и уровню травматизма среди взрослого населения

Федеральный округ	Уровень занятости	Уровень безработицы	Среднедушевые денежные доходы (в месяц)	Среднемесячная номинальная заработная плата работников организаций
Высокий уровень травматизма				
Сибирский	6	7	7	5
Приволжский	5	3	6	7
Дальневосточный	4	6	2	1
Уральский	3	4	3	3
Северо-Западный	2	2	4	4
Средний показатель рейтинга	4,0	4,4	4,4	4,0
Низкий уровень травматизма				
Центральный	1	1	1	2
Южный	7	5	5	6
Северо-Кавказский	8	8	8	8
Средний показатель рейтинга	5,3	4,67	4,67	5,33

Таблица 2

Зависимость рейтинга федерального округа по социально-экономическим показателям и уровню травматизма среди взрослого населения

Федеральный округ	Число собственных легковых автомобилей на 1000 чел.	Общая площадь жилых помещений, приходящихся на 1 жителя	Число зарегистрированных преступлений на 100 тыс. чел.	Число студентов высших учебных заведений на 10 тыс. чел.
Высокий уровень травматизма				
Сибирский	7	7	2	3
Приволжский	6	2	5	4
Дальневосточный	2	6	1	6
Уральский	1	4	3	5
Северо-Западный	3	3	4	2
Средний показатель рейтинга	3,8	4,4	3,0	4,0
Низкий уровень травматизма				
Центральный	4	1	6	1
Южный	5	5	7	7
Северо-Кавказский	8	8	9	8
Средний показатель рейтинга	5,67	4,67	7,33	5,33

валового регионального продукта, таких как Северо-Кавказский и Южный федеральные округа уровень травматизма ниже, чем средние значения в Российской Федерации.

В остальных регионах с более высокими показателями валового регионального продукта уровень травматизма выше. Исключение составляет Центральный федеральный округ. Однако нахождение в данном округе таких субъектов Российской Федерации, как Москва и Московская область существенно искажает возможные зависимости. Корреляционный анализ выявил наличие прямой и достоверной связи средней силы между показателем валового регионального продукта и уровнем травматизма (к.к. = 0,49). Если убрать из рассмотрения Центральный федеральный округ, то сила корреляционной зависимости возрастает (к.к. = 0,62). Логично предположить, что повышение размера валового регионального продукта связано с интенсификацией производства, расширением его масштабов, которое выражается в повышении риска получения травмы, даже если она не связана напрямую с производственным процессом.

Анализ зависимости между показателем фактического потребления домашних хозяйств на душу населения и уровнем травматизма выявил наличие прямой зависимости, однако ее сила оставалась ниже пороговых значений (к.к. = 0,24). Удаление из рассмотрения таких субъектов Российской Федерации, как Москва и Московская область привело к увеличению значения коэф-

фициента корреляции до 0,57, что позволяет считать данную зависимость значимой и отличной от нуля. Аналогичная процедура, проведенная по отношению к показателю валового регионального продукта, также увеличивает силу корреляционной зависимости до 0,75.

Таким образом, уровень травматизма в федеральных округах зависит от таких показателей экономического развития территории, как валовый региональный продукт, рассчитанный на душу населения; фактическое конечное потребление домашних хозяйств на душу населения; среднемесячная номинальная заработная плата работников организаций. Особенно ярко данная зависимость проявляется при исключении из рассмотрения Москвы и Московской области, которые резко отличаются по уровню экономического развития от соседних субъектов Российской Федерации, входящих в состав Центрального федерального округа. Обнаруженная корреляционная зависимость является прямой по направлению связи, достоверной и средней по силе [3, 4].

Дополнительно исследованный социальный показатель — плотность автомобильных дорог общего пользования с твердым покрытием (путей на 1000 км²) территории имел по отношению к уровню травматизма обратную корреляционную зависимость (к.к. = -0,85). Следовательно, наивысшие уровни травматизма наблюдались на территориях с малым дорожным покрытием. Коэффициент миграционного прироста на 10 тыс.

Таблица 3

Данные по рейтингам социально-экономических показателей федеральных округов в зависимости от уровня травматизма среди взрослого населения

Федеральный округ	Показатель фактического конечного потребления домашних хозяйств на душу населения (без Москвы и Московской области)	Плотность автомобильных дорог общего пользования с твердым покрытием (путей на 1000 км ²) территории	Коэффициент миграционного прироста на 10 тыс. чел. населения	Валовый региональный продукт на душу населения (валовая добавленная стоимость в текущих основных ценах)
Высокий уровень травматизма				
Сибирский	6	7	6	5
Приволжский	5	3	5	6
Дальневосточный	2	8	8	3
Уральский	1	6	4	1
Северо-Западный	3	5	2	4
Средний показатель рейтинга	3,4	5,8	5,0	3,8
Низкий уровень травматизма				
Центральный	7	2	1	2
Южный	4	4	3	7
Северо-Кавказский	8	1	7	8
Средний показатель рейтинга	6,33	2,33	3,67	5,66

человек населения не имел достоверной корреляционной связи с зарегистрированным уровнем травматизма. Сводные данные по рейтингу дополнительных показателей по федеральным округам представлены в табл. 3.

ВЫВОДЫ

Выполненный анализ социально-экономических детерминант, определяющих уровень травматизма среди взрослого населения по федеральным округам Российской Федерации, показал, что уровень травматизма в федеральных округах зависит от следующих показателей экономического развития территории: валового регионального продукта, рассчитанного на душу населения; фактического конечного потребления домашних хозяйств на душу населения; среднемесячной номинальной заработной платы работников организаций, конечного потребления домашних хозяйств на душу населения и числа собственных легковых автомобилей на 1000 населения. Данные показатели связаны прямой зависимостью, при которой повышение уровня экономического развития региона сопровождается высоким уровнем травматизма среди населения. Так как все выше указанные показатели связаны между собой, то необходимо учитывать не каждый показатель в отдельности, а сводный рейтинг экономического развития федерального округа в целом. Также показано, что эта зависимость очень проявляется при исключении из рас-

смотрения Москвы и Московской области. В других федеральных округах таких значительных различий между отдельными субъектами не наблюдается.

Показатели социального развития территории напротив достоверно не связаны с уровнем травматизма, кроме зависимости между числом зарегистрированных преступлений на 100 тыс. человек и уровнем травматизма. Увеличение плотности автомобильных дорог сопровождается снижением уровня травматизма.

В целом, результаты проведенного анализа свидетельствуют о необходимости учета особенностей социально-экономического развития территории при планировании комплекса мероприятий по профилактике травматизма с учетом выявленных детерминант.

ЛИТЕРАТУРА

1. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. Доступно на: <http://www.gks.ru/>. Ссылка активна на 09.01.2017.
2. Воробьев П.А. Нестандартные стандарты и беспорядочные порядки. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2016; 1-2: 2—6.
3. Егиазарян К.А., Черкасов С.Н., Аттаева Л.Ж. Мониторинг реализации государственной политики в области профилактики производственного травматизма. Общественное здоровье и здравоохранение. 2016; 3: 31—35.
4. Егиазарян К.А., Черкасов С.Н., Аттаева Л.Ж. Мониторинг эффективности мероприятий, проводимых в рамках государственной политики в сфере профилактики травматизма в России. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2016; 9-10: 19—25.

Сведения об авторах:

Егиазарян Карен Альбертович — канд. мед. наук, доцент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова. 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1. Тел.: (495) 507-02-22. E-mail: egkar@mail.ru.

Черкасов Сергей Николаевич — д-р мед. наук, заведующий отделом изучения общественного здоровья, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко». 105064 Москва, ул. Воронцово поле, д. 12, строение 1. E-mail: cherkasovsn@mail.ru

Аттаева Лейла Жамаловна — канд. мед. наук, соискатель на соискание ученой степени доктора медицинских наук ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко». E-mail: Leyla0505@rambler.ru

About the author

Egiazaryan Karen Albertovich — PhD, Associate Professor, Department of Traumatology, Orthopedics and Military surgery Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov. 117997, Moscow, Ostrovityanova St. Tel.: (495) 507-02-22. E-mail: egkar@mail.ru.

Cherkasov Sergey Nikolaevich — MD, PhD, Head of Department study of Public Health, Chief Scientific Officer, National Research Institute of Public Health named after NA Semashko, Moscow. 105064 Moscow, 12 s. 1. Vorontsovo pole St. E-mail: cherkasovsn@mail.ru

Attayeva Leyla Zhamalovna — Candidate of Medical Sciences, applicant for the degree of Doctor of Medical Sciences of The National Research Institute of Public Health Semashko. E-mail: leyla0505@rambler.ru

**ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ,
ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ ЗА 2016 ГОД**

<i>Название статьи</i>	<i>№ журнала</i>
ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ	
НЕСТАНДАРТНЫЕ СТАНДАРТЫ И БЕСПОРЯДОЧНЫЕ ПОРЯДКИ <i>П.А. Воробьев</i>	1-2
РЕДКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ВЗРОСЛЫХ <i>П.А. Воробьев</i>	3-4
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОБУЧЕНИЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова</i>	5-6
ТЕОРИЯ В ПОСТРОЕНИИ АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОПРОСНИКОВ <i>П.А. Воробьев</i>	7-8
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ РАЗДЕЛЕНИЯ РИСКОВ И ПРОЦЕДУР РАННЕГО ДОСТУПА К ЛЕЧЕНИЮ В ЕВРОПЕЙСКОМ СОЮЗЕ <i>Лэшек Борковски, И.Ю. Солодун, М.А. Холовня, Е.П. Евдошенко</i>	9-10
ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ	
К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА <i>Е.А. Боговская, А.Н. Насырова</i>	1-2
НОВАЯ МОДЕЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СВЯЗАННАЯ С РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ. ОБЗОР ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ РЕДКИХ БОЛЕЗНЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>А.А. Соколов, О.Ю. Александрова</i>	3-4
ПОЛНОМОЧИЯ ОРГАНОВ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РФ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ БОЛЬНЫХ ОРФАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ — ВАРИАНТЫ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ <i>О.Ю. Александрова, М.Н. Бурцева, О.А. Нагибин</i>	3-4
ОБЪЕМЫ И ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: РЕАЛИИ, ВОЗМОЖНОСТИ И ПРОГНОЗЫ <i>Е.Ю. Красильникова, В.Н. Дембровский</i>	3-4
ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>А.А. Соколов</i>	3-4
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ <i>В.Н. Дембровский, Е.Г. Носок</i>	3-4

<i>Название статьи</i>	<i>№ журнала</i>
АНАЛИЗ СИТУАЦИИ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, В ПЕРИОД 2013—2015 ГОДОВ <i>Е.Ю. Красильникова, А.А. Соколов</i>	3-4
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, ВКЛЮЧЕННЫХ В РЕГИОНАЛЬНЫЕ СЕГМЕНТЫ ФЕДЕРАЛЬНОГО РЕГИСТРА ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, В ПЕРИОД 2013—2015 ГОДОВ <i>Дембровский В.Н.</i>	3-4
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАУЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ МИНЗДРАВУ РОССИИ, ЗА ПЕРИОД 2009—2013 гг. <i>А.С. Анискевич, Р.А. Хальфин</i>	5-6
АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ «ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ» ЗАМЕСТИТЕЛЕЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИМ ВОПРОСАМ <i>Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова, Е.Е. Кобяцкая</i>	5-6
ТРАНСФОРМАЦИЯ ПОДХОДОВ К ПОДГОТОВКЕ МЕНЕДЖЕРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>В.В. Мадьянова</i>	5-6
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СИМУЛЯЦИОННОМУ ОБУЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ (ЧАСТЬ 1) <i>И.И. Косаговская, В.В. Мадьянова, Ю.В. Королева</i>	5-6
ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРЕЧНЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЛЬГОТНИКОВ <i>О.Ю. Александрова, М.Н. Бурцева, О.А. Нагибин</i>	5-6
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СФЕРЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В БЮДЖЕТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЕТИ МОСКВЫ <i>В.В. Мадьянова, А.А. Арестова, В.Г. Винокуров, А.М. Алленов</i>	5-6
ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ КЛАССОВ КИБЕРБЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ <i>А.П. Столбов</i>	7-8
АНАЛИЗ ГАРАНТИЙ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИХ РАСШИРЕНИЯ <i>С.Г. Боярский</i>	7-8
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СИМУЛЯЦИОННОМУ ОБУЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ (часть 2) <i>И.И. Косаговская, В.В. Мадьянова, Ю.В. Королева</i>	7-8
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ДАННЫЕ ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ И СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ НАСЕЛЕНИЯ <i>О.А. Цыганова, С.В. Шульгина</i>	9-10

<i>Название статьи</i>	<i>№ журнала</i>
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ В РОССИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЕГО ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ПОНИМАНИЯ И ПРАКТИЧЕСКОГО ФОРМИРОВАНИЯ <i>С.В. Белоусова</i>	11-12
К ВОПРОСУ УПРАВЛЕНИЯ КАДРОВЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ <i>О.А. Волкова, Е.В. Смирнова</i>	11-12
ЭВОЛЮЦИЯ КОНЦЕПЦИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ <i>Васкес Абанто Х. Эстуардо, Васкес Абанто А.Э., Арельяно Васкес Сусан</i>	11-12
ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОЙ СТАНДАРТИЗАЦИИ	
РОЛЬ СТАНДАРТОВ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОКАЗАНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА <i>Б.А. Войцехович, М.М. Мкртумян</i>	1-2
ЛОГИСТИКА УПРАВЛЕНИЯ САНИТАРНЫМ АВТОТРАНСПОРТОМ — ОСНОВА ОБЕСПЕЧЕНИЯ СВОЕВРЕМЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ВЫЗОВОВ, ПОСТУПАЮЩИХ НА СТАНЦИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Г.С. Шестаков</i>	1-2
АНАЛИЗ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ЦЕЛЯХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ <i>З.В. Исакова, Р.А. Хальфин</i>	5-6
ОРГАНИЗАЦИЯ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА БАЗЕ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ <i>В.Г. Полушкин, Р.А. Хальфин</i>	5-6
НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РИСК-МЕНЕДЖМЕНТА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ СКОРИНГОВЫХ МОДЕЛЕЙ НА ПРИМЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ПОЧЕК <i>К.С. Мильчаков</i>	5-6
ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ <i>Л.В. Сухачева, В.В. Мадьянова</i>	5-6
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ГЛАЗАМИ СМАРТФОНА <i>П.А. Воробьев, А.П. Воробьев, Л.С. Краснова, М.П. Воробьев</i>	7-8
ПОВЫШЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ВРАЧЕЙ КЛИНИЧЕСКИМ РУКОВОДСТВАМ ПО ОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМУ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ <i>Е.Б. Клейменова, А.И. Ахметова, Г.И. Назаренко, Л.П. Яшина, С.А. Паюцкий</i>	7-8

<i>Название статьи</i>	<i>№ журнала</i>
ЭЛЕКТРОННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ПРОЕКТ MeDiCase® ДЛЯ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЖИТЕЛЯМ УДАЛЕННЫХ ПОСЕЛКОВ КАРЕЛИИ (часть 1) <i>П.А. Воробьев, А.П. Воробьев, М.П. Воробьев, Л.С. Краснова, О.С. Копышлова, Н.Н. Везикова, О.Ю. Барышева</i>	7-8
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СТАНДАРТИЗАЦИИ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ МАММОПЛАСТИКЕ <i>С.Н. Сванадзе</i>	7-8
ОСОБЕННОСТИ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА В МЕДИЦИНСКИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ <i>М.М. Мкртумян</i>	9-10
МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРОВОДИМЫХ В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ ТРАВМАТИЗМА В РОССИИ <i>К.А. Егиазарян, С.Н. Черкасов, Л.Ж. Атнаева</i>	9-10
КОНЦЕПЦИЯ МАРЖИНАЛЬНОСТИ ЗАТРАТ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ РАСХОДОВ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ ПАТОЛОГИИ <i>П.А. Воробьев, В.В. Цурко, М.Е. Елисеева, Л.С. Краснова</i>	9-10
ЗАЩИТА ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ <i>А.В. Микрюков, А.С. Мозалев, Л.А. Ходырева, А.А. Дударева</i>	9-10
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ НЕОБХОДИМЫХ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ <i>К.А. Егиазарян, М.В. Лалабекова, С.Н. Черкасов, Л.Ж. Атнаева</i>	11-12
АНАЛИЗ ПРАКТИКИ НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА ПЕРИОД 2011—2015 ГОДЫ <i>Г.К. Жусупова, Г.П. Сквирская</i>	11-12
БЮЛЛЕТЕНЬ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА	
СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПО ОЦЕНКЕ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ВЕССЕЛ ДУЭ Ф ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН <i>П.А. Воробьев, А.П. Воробьев, Л.С. Краснова, Д.Н. Дугин, И.Д. Клабукков</i>	7-8
ИЗУЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ <i>А.Н. Коробейникова, С.В. Мальчикова</i>	9-10
АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА И ДОСТУПНОСТИ ПЕРОРАЛЬНЫХ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ЗА 2012—2014 ГОДЫ НА УКРАИНСКОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ <i>Л.В. Яковлева, А.Л. Билык</i>	9-10

<i>Название статьи</i>	<i>№ журнала</i>
РОЛЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ТРУДОМ ПЕРСОНАЛА В РЕШЕНИИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ЗАДАЧ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Л.В. Засова, Я.А. Черезова</i>	9-10
ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ЭКСТРАМЕЛКОДИСПЕРСНОГО БЕКЛОМЕТАЗОНА ДИПРОПИОНАТА + ФОРМОТЕРОЛА (ФОСТЕР) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>П.А. Воробьев, М.А. Холовия, Л.С. Краснова, А.А. Зайцев, Д.Н. Дугин, А.Е. Пименова</i>	11-12
ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПРИМЕНЕНИЯ ПОРАКТАНТА АЛЬФАЛЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ <i>П.А. Воробьев, А.А. Зайцев, Л.С. Краснова, И.В. Тюрина, А.П. Воробьев, Д.Н. Дугин</i>	11-12
ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПРИМЕНЕНИЯ ПОРАКТАНТА АЛЬФА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ <i>П.А. Воробьев, А.А. Зайцев, Л.С. Краснова, И.В. Тюрина, А.П. Воробьев, Д.Н. Дугин</i>	11-12

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ГОСТ Р 56819—2015 «НАДЛЕЖАЩАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПРАКТИКА. ИНФОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ. ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ»	1-2
---	------------

ВЗГЛЯД

ЛОГИСТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО СНАБЖЕНИЯ СИЛОВЫХ СТРУКТУР ГОСУДАРСТВА <i>Т.Г. Дергоусова</i>	1-2
АНАЛИЗ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2016 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2017 И 2018 ГОДОВ <i>Н.В. Хан, А.Г. Ивлев, Н.Н. Калмыков</i>	11-12

СРОЧНО В НОМЕР

ОРГАНИЗАЦИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РАЗЛИЧНОЙ ФОРМЫ СОБСТВЕННОСТИ ПРИ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГ БЕРЕМЕННЫМ <i>М.М. Мкртумян</i>	11-12
--	--------------

КОНФЕРЕНЦИИ, ПЛЕНУМЫ

МАТЕРИАЛЫ ПЛЕНУМА МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «ОБЩЕСТВО ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ» ОТЧЕТ О РАБОТЕ ПЛЕНУМА МОООФИ, Москва, 12.04.2016 г.	5-6
--	------------

СОДЕРЖАНИЕ — CONTENTS

ПЕРЕДОВАЯ

ДЕТЕКТИВНАЯ ИСТОРИЯ. КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА АЛМАГ-01 У ПАЦИЕНТОВ С ГОНАРТРОЗОМ

П.А. Воробьев 3

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ

ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД: БАЗОВЫЕ ПОНЯТИЯ

Р.А. Хальфин, Л.Е. Сырцова, Д.П. Львова, Е.Е. Кобяцкая 9

ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОЙ СТАНДАРТИЗАЦИИ

МОДЕЛИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СНАБЖЕНИЯ СИЛОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВА НА ОСНОВЕ ЛОГИСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Т.Г. Дергусова 14

КЛАСТЕРИЗАЦИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ

Ю.В. Ходковская, Г.Р. Садретдинова 20

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

А.М. Кацай, Г.С. Шестаков 24

ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

ПРИМЕНЕНИЕ ВАКЦИН ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА

П.А. Воробьев, Л.С. Краснова, Д.Н. Дугин, А.П. Воробьев 29

**БЮЛЛЕТЕНЬ
КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА**

ПЕРСПЕКТИВЫ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЯ НОМЕНКЛАТУРЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН

Е.С. Манеева, Е.В. Елисева, А.Ю. Булачева,
В.А. Еремеева 36

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК — НЕ ПРИГОВОР

И.М. Дашанимаева, А.П. Голубева 41

СРОЧНО В НОМЕР

АНАЛИЗ ДЕТЕРМИНАНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ УРОВЕНЬ ТРАВМАТИЗМА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ

К.А. Егiazарян, С.Н. Черкасов, Л.Ж. Атаева 46

**ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ,
ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ ЗА 2016 ГОД 51**

EDITORIAL

DETECTIVE STORY. CLINICAL AND ECONOMIC ANALYSIS OF THE EFFICIENCY OF THE UNIT ALMAG-01 IN PATIENTS WITH GONARTHROSIS

P.A. Vorobiev 3

GENERAL STANDARDIZATION PROBLEMS

A PATIENT-CENTERED APPROACH: BASIC CONCEPTS

R.A. Halfin, L.E. Syrtsova, D.P. Lvova, E.E. Kobatskay 9

PRACTICAL STANDARDIZATION

MODELING OF MEDICAL SUPPLY OF POWER OF THE STATE BASED ON LOGISTICAL APPROACH

T.G. Dergousova 14

CLUSTERING IN ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF STATE PROGRAMS

Y.V. Khodkovskaya, G.R. Sadretdinova 20

IMPROVING THE QUALITY OF CARE FOR WOMEN DURING UNWANTED PREGNANCY IN OUTPATIENT SETTINGS

A.M. Katsay, G.S. Shestakov 24

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

THE USE OF VACCINES FOR SPECIFIC PREVENTION OF INFLUENZA

P.A. Vorobiev, L.S. Krasnova, D.N. Dugin, A.P. Vorobiev 29

**CLINICO-ECONOMICAL ANALYSIS
BULLETIN**

PERSPECTIVES OF IMPORT SUBSTITUTION OF MEDICINAL NOMENCLATURE IN PROGRAM OF PROVIDING NECESSARY MEDICINES TO SEPARATE CATEGORIES OF CITIZENS

E.S. Maneeva, E.V. Eliseeva, A.Yu. Bulacheva,
V.A. Eremeeva 36

CHRONIC DISEASE KIDNEY — NOT A SENTENCE

I.M. Dashanimaeva, A.P. Golubeva 41

URGENT PUBLICATION

THE ANALYSIS OF THE DETERMINANTS DETERMINING TRAUMATISM LEVEL AMONG ADULT POPULATION IN A SECTION OF FEDERAL DISTRICTS

K.A. Egiazaryan, S.N. Cherkasov, L.J. Attaeva 46

**A LIST OF ARTICLES PUBLISHED
IN 2016 51**