

УДК 332.1 : 614.2 : 616 - 002.5 – 08] (571.56/6)

О.А. Дьяченко¹, П.Ю. Харитонов², В.В. Куковицкая², И. Е. Рабинович²,
Н.Ю. Алексеенко²

**О стратегии организации борьбы с туберкулёзом в особых условиях
Дальневосточного федерального округа (на примере Хабаровского
края)**

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, г.Хабаровск

²Туберкулезная больница Минздрава Хабаровского края, г. Хабаровск

Контактная информация: О.В. Дьяченко, e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Резюме

История освоения Дальнего Востока России в XX веке и либеральные реформы начала XXI века формирует предпосылки для кризисных явлений в формировании человеческого капитала региона, особенно в части охраны здоровья населения. Уровень распространенности социально-значимых заболеваний, особенно туберкулёза в типичной для Дальнего Востока территории является отражением неэффективности реализуемой стратегии охраны здоровья дальневосточников. Стратегия борьбы с туберкулёзной инфекцией в Хабаровском крае должна опираться на региональные особенности.

Ключевые слова: Дальний Восток России, социально-экономические проблемы, туберкулёзная инфекция, стратегия борьбы

O. A. Dyachenko¹, P. Yu. Kharitonov², V.V. Kukovitskaya², I. E. Rabinovich²,
N. Yu. Alekseenko²

**About strategy of the organization of fight against tuberculosis in special
conditions of the Far East Federal district (on the example of the Khaba-
rovsk territory)**

¹Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

²Tuberculosis Hospital of the Ministry of Health of the Khabarovsk Territory,
Khabarovsk

e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Summary

The history of the development of the Far East of Russia in the XX century and liberal reforms early XXI century forms the prerequisites for the crisis phenomena in the formation of human capital in the region, especially in terms of the protection of health of the population. The level of prevalence of socially significant diseases, especially tuberculosis in the territory typical for the Far East, is a reflection of the inefficiency of the implemented strategy of health protection of

the Far East. The strategy to combat tuberculosis infection in the Khabarovsk territory should be based on regional features.

Key words: The Far East of Russia, socio-economic problems, tuberculosis infection, control strategy

Введение

В ходе многочисленных форумов, проводимых в последние годы на Дальнем Востоке России, в котором принимают участие правительственные чиновники, учёные, политологи, депутаты и представители общественных организаций, делаются попытки найти ответ на главный вопрос: почему экономика Дальневосточного федерального округа (ДФО) не развивается, почему молодые дальневосточники массово покидают регион и по какой причине продолжается снижаться количество и качество трудовых ресурсов региона? Именно к этому прямое отношение имеет кризис системы охраны здоровья населения Дальнего Востока России как важнейший элемент формирования и сохранения человеческого капитала региона [11, 19, 21, 34].

Большинство показателей здоровья дальневосточников из года в год ухудшается [12, 16, 19]. Как в России в целом, так и в её провинциях обостряются проблемы доступности, качества и безопасности медицинской помощи [15, 44]. Неблагополучное состояние системы охраны здоровья перерастает в серьёзную социальную проблему, которая в первую очередь реализуется в потере качества

жизни жителей региона, страдающих социально значимыми заболеваниями, такими как туберкулёз [4, 27, 40]. Ежегодные отчеты Роспотребнадзора в который раз демонстрируют неблагоприятную туберкулезную обстановку на территории ДФО. В тройку лидеров по заболеваемости туберкулезом в РФ вошли два региона Дальнего Востока - Чукотка и Приморский край, в первой десятке этого рейтинга - Хабаровский край и Еврейская автономная область. Аналогична ситуация с детской заболеваемостью туберкулёзом. Среди впервые зарегистрированных в 2018 году пациентов с туберкулезом иностранные граждане составили 3,2%. Помимо четырех перечисленных регионов в десятку с самыми неблагоприятными показателями регионов России входит и Магаданская область.

Территории ДФО, являясь сконцентрированным сгустком социально-экономических проблем, которые стали результатом особенностей освоения региона в течение двух последних столетий, а также разрушительным воздействием на Дальний Восток России либеральных реформ на рубеже XX – XXI веков. Рост социально-значимых заболеваний обусловлен, не только падением экономического потенциала региона, концентрацией на его территории значительного числа пенитенциарных учреждений (лат. poenitentiaris – каю-

Управление качеством медицинской помощи О.А. Дьяченко с соавт.

3

О стратегии организации борьбы с туберкулёзом в особых условиях Дальневосточного ...

щийся, раскаивающийся, исправляющийся) – относящийся к наказанию, преимущественно уголовному), но и деградацией структурой населения [9, 21, 39]. Это, прежде всего увеличение в структуре населения ДФО доли безработных, мигрантов, беженцев, лиц без определенного места жительства и других лиц, живущих и работающих под воздействием факторов Риска, рост числа престарелых, а также детей из маргинальных семей и т.д. Встречавшиеся, как исключение в СССР такие факторы, как недоедание, неблагоприятные жилищные условия, плохая санитария на фоне других усугубляющих факторов Риска, таких как употребление табака и злоупотребление алкоголем, которые повышали Риск формирования туберкулеза и негативно влияли на возможности доступности к лечению, в настоящее время проявляют себя все сильнее и сильнее.

Между тем, по данным ВОЗ, к 2018 году Россия входила в 20 стран с наибольшим уровнем распространенности туберкулеза в мире. А также – в тройку стран (наряду с Китаем и Индией) с наибольшим количеством пациентов с множественными лекарственно-устойчивыми (МЛУ-ТБ) формами туберкулеза. Хотя, по мнению экспертов ВОЗ, к 2050 году возможна «ликвидация» этого заболевания [50] (под ликвидацией туберкулеза они понимают к 2035 году

снижение заболеваемости не менее 10 случаев на 1 миллион населения, а последующей целью является достижение к 2050 году полной ликвидации инфекции, под которой понимается менее 1 случая заболевания на 1 миллион человек в год). Этому, возможно, будут препятствовать сложившиеся не решаемые региональные проблемы борьбы с туберкулёзом в Сибири и на Дальнем Востоке России.

Снижение доступности к качественной медицинской помощи больным туберкулёзом в ДФО зачастую формируется за счет дефицита финансовых ресурсов на приобретение эффективных лекарственных средств, низким уровнем социальной защиты семей этих пациентов, неэффективной структуры специализированной противотуберкулёзной помощи. Все это приводит к формированию порочного круга: катастрофическое состояние здоровья – нищета – неблагоустроенное жилье – пребывание одного из родителей в учреждениях пенитенциарной системы - отсутствие работы - низкий уровень качества жизни [36, 37]. Расширение контингентов больных туберкулезом с МЛУ-ТБ придает этим проблемам еще большую остроту.

Для больных туберкулёзом, проживающих в дальневосточной провинции имеется ряд особенностей, которые формируют социальную эксклюзию [16, 47], учитывая особенности региона такие как, низкая плотность расселения жителей, значительные расстояния между населенными пунктами, неудовлетворительное качество автомобильных дорог, не-

ритмичная работа водного, железнодорожного и авиационного транспорта, экстремальные климатические условия и ликвидация значительного числа медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи, в связи с программой «оптимизации» здравоохранения. Это, в сочетании с тяжелейшим кадровым кризисом региональной медицины, усугубляет проблемы обеспечения населения Дальнего Востока доступной и качественной медицинской помощью, особенно больным с социально-значимыми заболеваниями, такими, как туберкулез [25, 27].

Состояние здравоохранения и сложная демографическая ситуация Российской провинции всё чаще становится предметом дискуссий на региональном и федеральном уровне [26]. Как правило, региональные особенности ДФО не учитывались и продолжают не учитываться при подготовке Минздравом России нормативно-правовых актов, в которых планируется проведение мероприятий по оптимизации сети медицинских организаций, финансирования программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (ПГГ), строительства современных медицинских организаций и пр. [17, 38].

Целью настоящего исследования является анализ функционирования противотуберкулезной службы для обосно-

вания стратегии организации борьбы с туберкулезом в особых условиях территорий Дальнего Востока России (на примере Хабаровского края).

Материал и методы

В связи с тем, что эпидемическая ситуация по туберкулезу, в Хабаровском крае остается напряженной, а основные эпидемиологические показатели превышают среднероссийский в 1,8-1,9 раза, были изучены данные форм ФГСН № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом», № 33 «Сведения о больных туберкулезом» и др. а также проведена оценка развития региональной медицины Дальнего Востока в XX веке с позиции доступности медико-социальной помощи дальневосточникам, страдающих социально значимыми заболеваниями. Кроме того, проведена оценка отдельных характеристик противотуберкулезной службы Хабаровского края в 2016-2018 гг., а также оценены предпосылки формирования проблем организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению, имеющих непосредственное отношение к организации противотуберкулезной помощи населению.

Обсуждение результатов

Особенности социально-экономического развития Дальнего Востока России в XX веке. История присоединения Дальнего Востока к России сопоставима по масштабам с историей освоения Америки. Но-

вый, неосвоенный и богатый край уже к середине XIX века окончательно вошел в состав Российской империи. Для страны это было переломное время. Российское правительство рассматривало окраины страны прежде всего, как районы сбыта готовой продукции, источник сырьевых ресурсов и зону сельскохозяйственной колонизации, а также как место ссылки преступников со всей территории Российской империи, а наказание в виде каторжных работ и ссылки на поселение – как дополнительную форму хозяйственной колонизации [20, 22]. Именно к этому периоду относятся основные открытия Роберта Коха лауреата Нобелевской премии в области физиологии и медицины, касающиеся туберкулёзной инфекции.

Значительную роль в поступательном развитии Дальнего Востока сыграло строительство в начале XX века Транссибирской и Китайской восточной железных дорог, что сделало его интенсивно развивающимся провинциальным регионом России [3, 12]. Развитие здравоохранения с началом I мировой войны в России приостановилось. Это было связано не только с военными действиями против Германии и её союзников, но и с последующей революцией и гражданской войной, что стало причиной деградации отечественной экономики, образования и науки. Развитие этой провинции России в течение всего XX века имело характер-

ные особенности, которые формировали своеобразные социально-экономические процессы.

- I. Во-первых, бóльшая часть его огромных пространств была совершенно неосвоенной и малозаселенной.*
- II. Во-вторых, особенностью рынка наемных рабочих провинции, особенно в начале XX века было значительное привлечение иностранных подданных (из Китая, Японии и Кореи) и формировало сильную зависимость от притока внешних трудовых ресурсов.*
- III. Промышленное производство региона характеризовалось медленными темпами развития, что объяснялось не только нехваткой свободной рабочей силы и капиталов, но и активным ввозом фабричных товаров отечественного и иностранного производства (благодаря модели «порто-франко»).*

Медицинская помощь населению Дальневосточной провинции России создавалась как третьестепенная по значимости отрасль, постоянно запаздывающая в своем развитии от темпов хозяйственного развития территории. Региональная медицина формировалась в рамках и в зависимости от стратегии освоения. Отличительной особенностью дальневосточной медицины первой половины XX века было тесное взаимодействие между различными ведомствами [31, 32]. Так, согласно данным Комиссии Г.Е. Рейна общий уровень развития медицины на Дальнем Востоке был одним из

О стратегии организации борьбы с туберкулёзом в особых условиях Дальневосточного ...
самых низких в Российской Империи (Табл. 1).

Таблица 1. Сведения об устройстве общедоступной врачебной помощи в сельской местности в дальневосточных областях в 1914 г. (Ратманов П.Э., 2000)

Область	Население сельских жителей (тыс. сел.)	Плотность населения на кв. версту	Расчет врачебных участков	Количество участков по данным анкет
Амурская обл.	162,9	0,5	13	4
Забайкальская обл.	758,0	1,4	85	18
Камчатская обл.	35,9	0,3	4	5
Приморская обл.	382,6	0,6	42	18
Сахалинская обл.	12,7	0,4	2	-

Власти России во все периоды освоения Дальнего Востока использовали каторжный труд. Рост революционных настроений и социальной напряженности в обществе, и, как следствие, увеличение арестантского контингента в тюрьмах центральной России, заставляли царское правительство принимать меры по «переселению» избыточного количества осужденных из промышленных центров государства в огромные необжитые пространства Восточной Сибири и Дальнего Востока [23]. Причем до настоящего времени в ДФО концентрируется значительное число учреждений Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН), что имеет определенное влияние на распространение в регионе туберкулёзной инфекции.

Вопреки усилиям многих отечественных правительств, большинство жителей восточных провинций не укоренились и находятся до сих пор в состоянии ожидания неизбежной репатриации на внутрироссийскую «историческую ро-

дину» в случае очередного социально-экономического потрясения. Все это не создавало предпосылок к оптимальной организации медицинской помощи населению Дальнего Востока России [18, 42]. Более того, особенно при освоении региона (развитие промышленного потенциала в ущерб формированию социальной сферы), - оказывали свое негативное влияние на развитие региональной медицины еще в течение многих лет [49]. Таким образом, здравоохранение региона, в том числе и противотуберкулёзная служба, носили все признаки «колониальной медицины» в рамках устоявшихся понятий взаимоотношений «метрополия – колония» или все чаще применяемого термина «центр - регион» [6, 10, 46].

Тем не менее, в этом контексте не совсем уместно рассматривать историю формирования здравоохранения Дальнего Востока, особенно XX века, как историю «колониальной медицины» в контексте «фронта» (от англ. «frontier», буквально означающего «рубеж, граница»). Медицина фронта, как понятие сформировалось в США, а её символами стали народные методы врачевания коренных наро-

дов, знахарство, бесконечные эпидемии инфекционных болезней, распространение социально-значимых заболеваний (туберкулез и венерические болезни), антисанитария, варварские методы лечения и др. [33, 41, 49].

В истории освоения Российского Дальнего Востока схожие картины встречаются при описании провинциальной медицины, основой которой были «ротные фельдшеры», однако в городах и крупных поселениях, всегда были образованные врачи (сначала военные и морские, позже – гражданские), а принципы организации медицинской помощи больным туберкулёзом на Дальнем Востоке, несмотря на всю его специфику освоения, почти полностью повторяли общегосударственные подходы.

После окончания Великой Отечественной Войны Дальний Восток стал краем новостроек, здесь появились новые города, выросли корпуса первоклассных комбинатов, заводов, фабрик были организованы новые сельскохозяйственные предприятия, между материком и островом Сахалином была создана паромная переправа, а Байкало-Амурская магистраль стала «стройкой века». Население региона к 1987 году превысило 8,2 млн. человек. Политика здравоохранения этого периода характеризовалась, главным образом, нарастанием процессов углубления специализации медицинской по-

мощи, в том числе и в области борьбы с туберкулёзом. Приоритет был отдан строительству крупных многопрофильных и узкоспециализированных больниц и укрупнению городских и сельских больниц, а также противотуберкулёзных диспансеров, как региональных, так и межрайонных.

В сельской местности для приближения врачебной амбулаторной помощи к населению, акцент был сделан на развитии системы многочисленных сельских врачебных амбулаторий и участковых больниц, поликлиник и специализированных медицинских кабинетов. Значительно окрепли поликлиники при центральных районных больницах. Именно в этот период были достигнуты наибольшие успехи по борьбе с туберкулёзом, в том числе среди детей и подростков [14].

Более глубокий анализ проводимых преобразований показал, что зачастую за оптимистичными цифрами роста коечного фонда тех лет стояло не только строительство современных больничных комплексов, оснащенных высокотехнологичным оборудованием, но и приспособление под больничные учреждения существующих зданий или, что еще хуже, за счет уплотнения коек и уменьшения площади на койку в существующих больницах. Тем не менее, уровень обеспеченности населения региона круглосуточными койками имел стойкую тенденцию к росту (Табл. 2). На обеспеченность койками влияла и плотность населения. А характерной особенностью Дальневосточного экономического района СССР явля-

лась низкая плотность населения. В связи с этим, размещение и мощность лечеб-

ных учреждений имели некоторые особенности.

Таблица 2. Обеспеченность населения восточных районов СССР больничными койками (1965 - 1977 гг., на 10 000 населения)

Территория	1965	1970	1975	1977
РСФСР	97,6	112,4	122,5	125,6
Дальневосточный район	120,7	133,0	137,5	138,4
Приморский край	99,9	114,4	119,7	119,1
Хабаровский край	122,4	131,1	133,6	138,3
Амурская область	113,8	122,8	131,3	131,3
Камчатская область	126,2	135,8	142,5	144,3
Магаданская область	150,4	167,5	166,6	167,6
Сахалинская область	147,6	163,7	167,5	169,4
Якутская АССР	135,8	149,1	152,8	148,7

В частности, средняя мощность дальневосточных больниц сельских районов с центром в городе в середине 1970-х гг. составляла 165,2 койки, а с центром в селе - только 77,8, в то время как в РСФСР этот показатель соответственно был равен 201,7 и 111,1. В Хабаровском крае и Камчатской области районные больницы с центром в селе, вообще, имели мощность всего 63,7 и 47,1 койки.

Гнёздное расположение промышленных предприятий в северных районах Дальнего Востока и протяженность на несколько тысяч километров государственной границы СССР с КНР обусловили существование мелких участковых больниц. Из 408 сельских участковых больниц региона 173 больницы, или 42,4 %, имели мощность 10 и менее коек. Большое количество маломощных больниц было результатом не только низкой плотности населения, почти полного от-

сутствия круглогодичных транспортных связей, но и слабости базы центральных районных и городских больниц. Реальная площадь размещения одной больничной койки значительно отставала от норматива строительных норм и правил (СНиП), что не позволяло выполнять параметры стандартов санитарно-эпидемиологических правил и нормативов (СанПиН), принятых Министерством здравоохранения СССР. В большинстве случаев всё перечисленное имело прямое отношение и к основным фондам медицинских организаций противотуберкулёзной службы Хабаровского края.

Стратегия оптимизации региональной медицины в XXI веке. Существование современного Российского государства – это три десятилетия масштабных либеральных реформ, как и порожденные ими значительные социально-экономические издержки, затронувшие – в большей или меньшей степени – все без исключения сферы российского обще-

ства, коренным образом изменили жизнь россиян, многие из которых оказались не в состоянии справиться с проблемой адаптации к стремительно обновляющейся общественной среде. Привычный патернализм и ситуация относительного благополучия Дальнего Востока в бывшем СССР сменились неопределенной в социальном отношении системой государственного управления современной России, стремящейся освободиться от решения социальных задач в прежних объемах и границах, что снизило уровень человеческого капитала государства и его провинций [17, 48]. В последующем ситуацию усугубило упорное продолжение радикальных либеральных реформ по Гайдару [7, 30, 35]. Это сформировало социальную эксклюзию с точки зрения доступности качественной медицинской помощи для значительного числа дальневосточников и предпосылки роста распространения туберкулёзной инфекции среди населения региона.

Между тем, медицина Хабаровского края в условиях поддерживаемого Правительством РФ территориального неравенства в течение последних 30 лет испытывает на себе влияние либеральной трансформации отечественной экономики и рыночных отношений. Все ресурсы территории, начиная от значительной части валового регионального продукта (ВРП), заканчивая самыми креативными пред-

ставителями дальневосточного общества (здоровая, образованная, мотивированная к развитию молодежь) выезжали в Москву, Санкт-Петербург, Краснодарский край и другие города-миллионники.

Одной из ключевых характеристик дальневосточного общества стал высокий уровень социально-экономического неравенства, проявившийся, в частности, в резком росте децильного коэффициента дифференциации доходов (речь идет о разнице в доходах между 10% самых богатых и 10% самых бедных), показатели которого увеличились к 2018 году в 4,5 раза по сравнению с начальным этапом либеральных реформ, часть дальневосточников, которая продолжала жить в неблагоустроенных жилищах (бараки), потеряла рабочие места и все свои сбережения в результате реформ 1990-х годов и перешла в категорию «бедных», что сформировало благодатную почву для развития социально-значимых заболеваний, в частности туберкулёза.

О причинах распространения туберкулёзной инфекции уже более 130 лет назад, в своём классическом докладе 24 марта 1882 года Роберт Кох подчеркнул: «Пока имеются на земле [трущобы, куда не проникает луч солнца](#), чахотка и дальше будет существовать. Солнечные лучи - смерть для бактерий туберкулёза. Я предпринял свои исследования в интересах людей. Ради этого я трудился. Надеюсь, что мои труды помогут врачам повести планомерную борьбу с этим страшным бичом человечества» [47]. Именно это высказывание

лауреата Нобелевской премии можно сегодня в определенной мере соотнести с реальным социально-экономическим положением значительной части семей дальневосточников, более четверти которых живут за чертой бедности в условиях тяжелой социальной эксклюзии. Реальная средняя зарплата населения в южных районах ДФО только по официальным данным ниже столичной в 2-2,5 раза, аналогично выглядит соотношение пенсий. Только за отопление и прочие услуги ЖКХ дальневосточники платят больше, чем жители федерального центра. Число высокотехнологических рабочих мест продолжает сокращаться. Жители двух ключевых портов Дальнего Востока Ванино и Находки в прямом смысле «задыхаются в угольной пыли» – проблема экологии в них достигла предельных значений. Продукты в столичных городах России заметно дешевле, чем в большинстве территорий Дальнего Востока. Причем, это касается как дальневосточной рыбы, так и морепродуктов.

Известный бренд губернатора Москвы о «системном сносе хрущёвок», вызывает у дальневосточников недоумение, поскольку многие из них десятилетиями мечтают сменить квартиры в «бараках с удобствами во дворе», на благоустроенные квартиры, хотя бы и в «хрущёвках». Поэтому более 2 млн. дальневосточников за годы либеральных реформ

«по Гайдару и Чубайсу» покинуло регион и их «бегство» продолжается [8, 11]. К 2019 году численность населения ДФО вместо 8,2 млн. в 1987 году, составляет всего 6182,7 тыс. человек и отток населения из этой провинции России продолжается. Индекс человеческого развития и отдельные показатели, характеризующие социальное благополучие населения в типичном для ДФО Хабаровском крае прогрессивно снижается [19].

Начавшаяся в 2014 году очередная стадия продолжения реформ здравоохранения России, так называемая «оптимизация», направленная на преобразование сети медицинских организаций государственной (муниципальной) системы здравоохранения (2014-2018 гг.), привела к существенному сокращению коечного фонда многих медицинских организаций. За период 2010-2016 гг., число круглосуточных стационаров в стране уменьшилось на 10,6% что, помимо сокращения коечного фонда, связано еще и с их объединением. Сокращение в значительной степени затронуло диспансеры, имеющие в структуре стационары (на 29,2%). Уровень госпитализации снизился с 224,8 до 200,1 на 1000 населения (на 11 %). Число коек уменьшилось на 175 738 коек, или на 14,1%.

Сокращение коечного фонда произошло, в основном, за счет уменьшения числа коек следующих основных профилей: терапевтических - на 28,6%, хирургических - на 25,3%, психиатрических - на 10,3%, гинекологических - на 23,6%, **туберкулезных - на 17,8%**,

инфекционных - на 18,9%, педиатрических - на 15,4%, неврологических - на 11,8%, патологии беременности - на 19,0%, коек для беременных и рожениц - на 14,9% [1].

В большинстве территорий ДФО, в том числе и в Хабаровском крае в течение последнего десятилетия на фоне стратегии «оптимизации» резко снизилась доступность, качество и безопасность медицинской помощи жителям сельских и отдаленных северных районов. Особенно пострадала система первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), куда обращалось ранее и обращается сегодня более 80% пациентов за медицинскими услугами диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, где должна начинаться борьба за жизнь больных туберкулёзом. Оптимизация региональной медицины вызвала ликвидацию значительного числа сельских врачебных участков в большинстве территорий ДФО, которые базировались в сельских врачебных амбулаториях (СВА) и сельских участковых больницах (СУБ), что подстегнуло очередной виток кадрового кризиса отрасли [13]. К началу 2019 года в Хабаровском крае функционирует всего 13 СУБ, 57 СВА и 177 ФАПов.

Оптимизация медицины отрицательно сказалась на реализации мер по борьбе с туберкулёзом в регионе, поскольку значительная часть дальнево-

сточников в настоящее время имеет доступ к медицинским услугам, производимых исключительно средним медицинским персоналом, поскольку укомплектованность врачебных должностей участковой службы физическими лицами даже в таком городе, как 300-тысячный Комсомольск-на-Амуре, в 2019 году едва превышает 50%., несколько лучше обстоят дела в г. Хабаровске. Нарастающий кадровый кризис отрасли – ведущая причина снижения доступности медицинской помощи жителям Хабаровского края, что отрицательно сказывается на профилактике и раннем выявлении социально-значимых заболеваний и, в первую очередь, туберкулёза.

Анализ динамики физических лиц врачей и медицинских сестер в абсолютном выражении с 2012 по 2018 гг. показывает, что медицина Хабаровского края за этот временной промежуток потеряла 351 врача и 320 средних медицинских работников (Рис. 1). В основном этот процесс коснулся медицинских организаций сельских и северных поселений региона.

Если в ближайшие годы не будет реализована модель распределения выпускников медицинских вузов, обучавшихся за счет средств налогоплательщиков (федеральный бюджет), то нарастающий кадровый кризис перечеркнет все даже небольшие достижения региональной медицины последних лет, но для этого необходимо изменение федерального законодательства [2]. Внушает оптимизм то, что 16 мая 2019 года Президент России В.В. Путин пообещал вернуться к обсуждению

Управление качеством медицинской помощи О.А. Дьяченко с соавт. 12
 О стратегии организации борьбы с туберкулёзом в особых условиях Дальневосточного ...
 идеи сопредседателя Центрального штаба медицинских вузов, обучающихся за счет
 ОНФ, доктора Леонида Рошаля об обяза- средств федерального бюджета.
 тельном распределении выпускников ме-

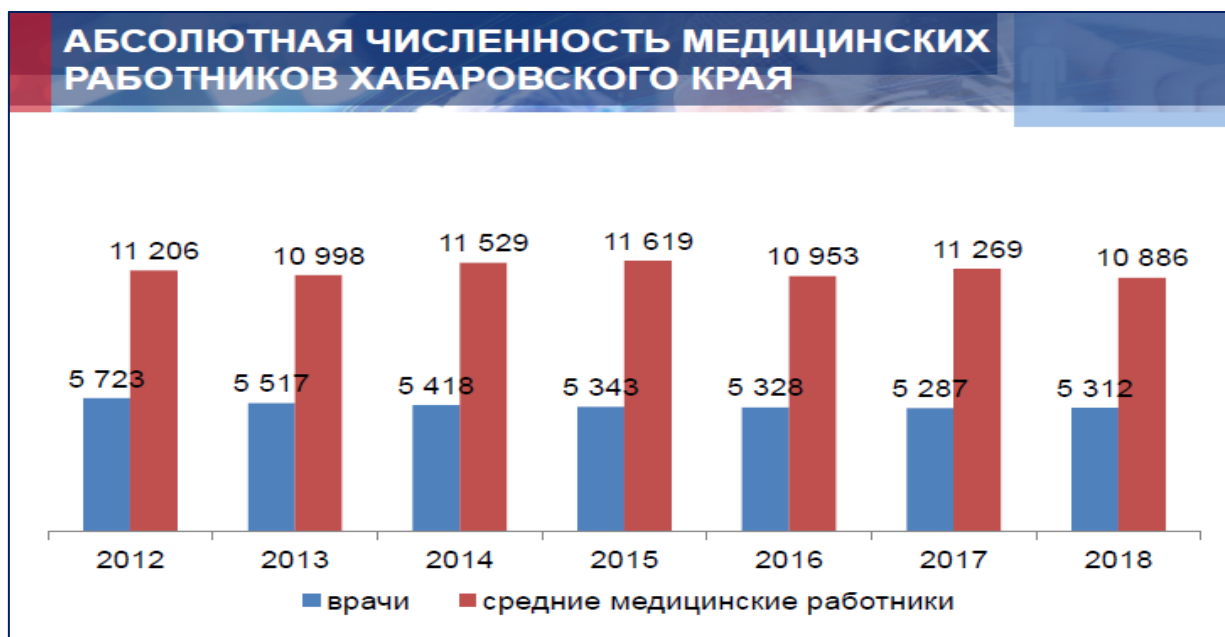


Рис. 1. Абсолютная численность медицинских работников Хабаровского края (А.В. Витько. Доклад на коллегии «Об итогах работы отрасли здравоохранения края в 2018 году и задачах на 2019 год», 29.03.19.).

Между тем, на подготовку квали-
 фицированного врача, чтобы он самосто-
 ятельно смог работать в медицинских ор-
 ганизациях ПМСП сельских или отда-
 ленных северных районов Хабаровского
 края, в условиях относительной изоляции
 от медицинских организаций второго и
 третьего уровней, в реальной ситуации
 потребуется не менее 8 лет. А на подго-
 товку фельдшера или медицинской сест-
 ры – не менее 5 лет. Предпринятое Мин-
 здравом РФ начинание в виде «ускорен-
 ной подготовки» всего за 6 лет врача об-
 щей практики без обучения в интернату-
 ре (в рамках реализации ФГОС 3-го по-

коления), вряд ли станет определяющим мо-
 ментом стабилизации кадровой ситуации в
 ПМСП. Кроме того, по нашим оценкам и дан-
 ным социологических опросов значительная
 часть студентов, обучающихся в рамках «про-
 грамм целевой подготовки» не планируют вы-
 полнять свои обязательства перед налогопла-
 тельщиками, а более 25% выпускников меди-
 цинских вузов региона связывают своё буду-
 щее трудоустройство в системах здравоохра-
 нения «западных» регионов России.

Набор студентов в региональный меди-
 цинский вуз (ФГБОУ ВО «ДВГМУ») ежегодно
 растёт, что же относительно выпуска, то здесь
 ситуация не столь однозначная (Рис. 2).

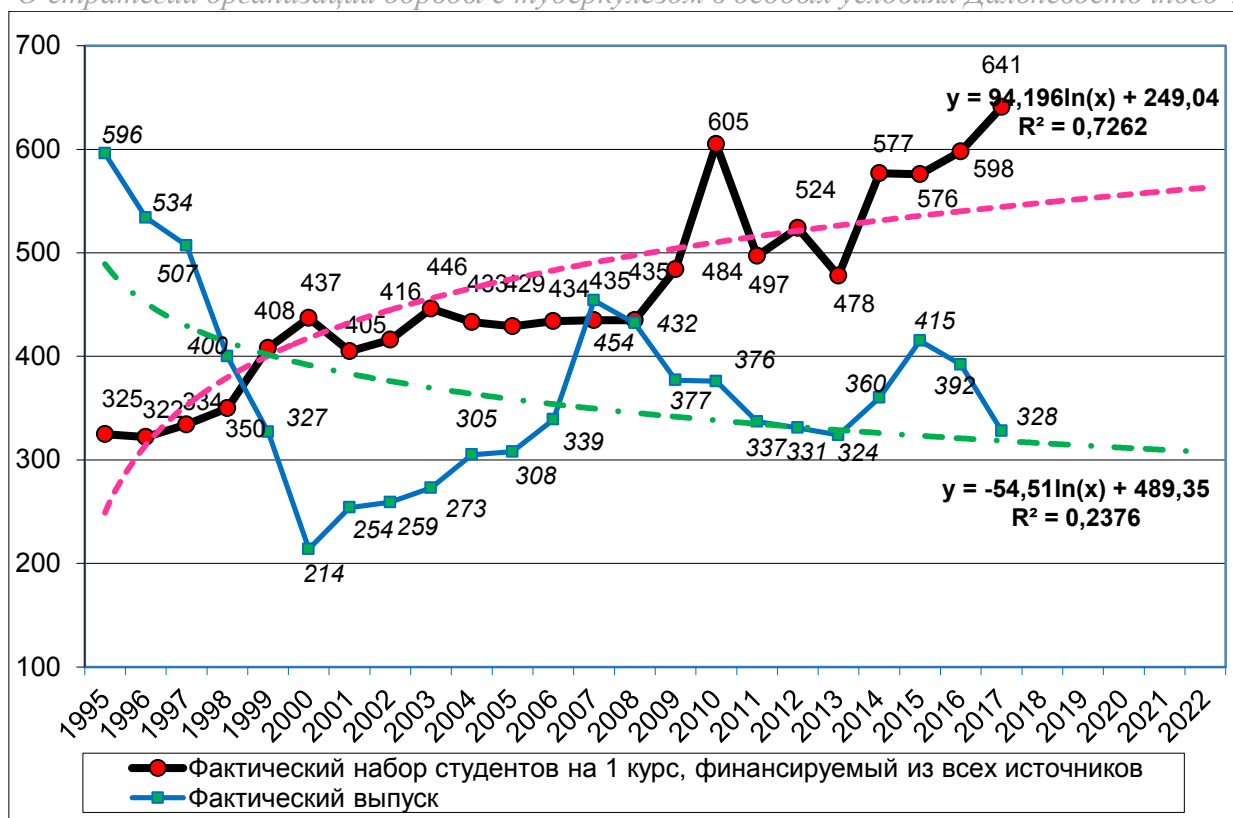


Рис. 2. Динамика набора/выпуска студентов (1995 – 2017 гг.) и прогноз (2018 -2022 гг.) в ФГБОУ ВО ДВГМУ.

Интерес к работе с пациентами, страдающими социально-значимыми заболеваниями, в том числе и туберкулёзом, проявили всего несколько студентов (менее десятка) из почти 500 респондентов.

Системный анализ противотуберкулёзной службы региона рассмотрен в рамках направлений стратегии организации борьбы с туберкулёзом в особых условиях Хабаровского края, который является типичным субъектом РФ ДФО, со средней плотностью 1,8 чел. на 1 км², моноцентричным типом расселения в виде концентрации 2/3 жителей в южной зоне субъекта РФ, с разнообразием природно-климатических зон, позволяет с

учетом признаков географического и экономического положения отдельных муниципальных образований выделить три основных зоны (северная, центральная, южная), каждая из которых имеет свои особенности, как по географическому положению, народонаселению, так и по экологии, развитию транспорта, промышленного производства и организации медицинской помощи.

Северная зона Хабаровского края – центр г. Николаевск-на-Амуре. В неё входят Николаевский, Тугуро-Чумиканский, Аяно-Майский, им. П. Осипенко, Охотский и Ульчский муниципальные районы. Численность населения сократилось почти на половину за счет миграционного оттока. Площадь северной зоны 514,2 тыс. км², плотность населения 0,12 чело-

века на 1 км². Она относится к низкоурбанизированным территориям с суровыми (северными) климатическими условиями. Осложняет ситуацию отсутствие круглогодичных стабильных транспортных связей, в том числе и воздушного транспорта. Показатели здоровья населения в этой зоне неудовлетворительные, смертность превышает рождаемость, уровень заболеваемости туберкулёзом превышает среднекраевые показатели.

Центральная зона Хабаровского края – центр г. Комсомольск-на-Амуре. В неё входят Совгаванский, Ванинский, Верхне-Буреинский, Солнечный, Амурский и Комсомольский муниципальные районы. Численность населения сократилось почти на четверть за счет миграционного оттока. Площадь центральной зоны 322,2 тыс. км², плотность населения 1,49 человека на 1 км². Она относится к среднеурбанизированным территориям с суровыми климатическими условиями, развитой промышленностью, круглогодичными транспортными связями. Имеет достаточно развитую социальную инфраструктуру, в том числе и учреждений здравоохранения. В этой зоне сохраняются тенденции миграционного оттока населения, хотя его интенсивность ниже, чем в северной зоне. Показатели здоровья населения в этой зоне стабильные, уровень смертности превышает уровень

рождаемости, показатели заболеваемости туберкулёзом остаются высоким.

Южная зона Хабаровского края – центр г. Хабаровск. В неё входят, Бикинский, им. Лазо, Хабаровский, Нанайский и Вяземский районы муниципальные районы. Численность населения сократилось почти на 10% за счет миграционного оттока. Площадь центральной зоны 96,6 тыс. км², плотность населения 7,99 человека на 1 км². Она относится к высокоурбанизированным территориям с более мягким климатом, чем в северной и центральной зонах, развитой промышленностью, региональными транспортными связями, с высокой концентрацией образовательных, научных и специализированных учреждений отрасли здравоохранения. Показатели здоровья населения относительно стабильные, но уровень смертности населения превышает уровень рождаемости, заболеваемость туберкулёзом превышает среднероссийские показатели.

Состояние заболеваемости туберкулёзом в Хабаровском крае. Показатель заболеваемости туберкулёзом в Хабаровском крае, хотя и имеет тенденцию к снижению, но в 2018 г. составил 87,71 на 100 тыс. населения, превышая общероссийский показатель в 1,8 раза (Рис.3). В 10 муниципальных образованиях края из 19 уровень заболеваемости туберкулёзом превысил среднекраевые показатели (Амурский, Бикинский, Комсомольский, им. Лазо, Нанайский, Николаевский, им. П. Осипенко, Советско-Гаванский, Тугуро-Чумиканский и Ульчский. Анализ социальной

структуры больных туберкулёзом в крае

✓ рабочих и служащих (19,5%),

показывает, что она сохраняется в течение

✓ больных из системы ФСИИ (9,9%)

двух последних десятилетий и в 2018

✓ лиц без определенного места жительства (5,2%)

году выглядела следующим образом:

✓ *неработающих трудоспособного возраста (42,6%),*

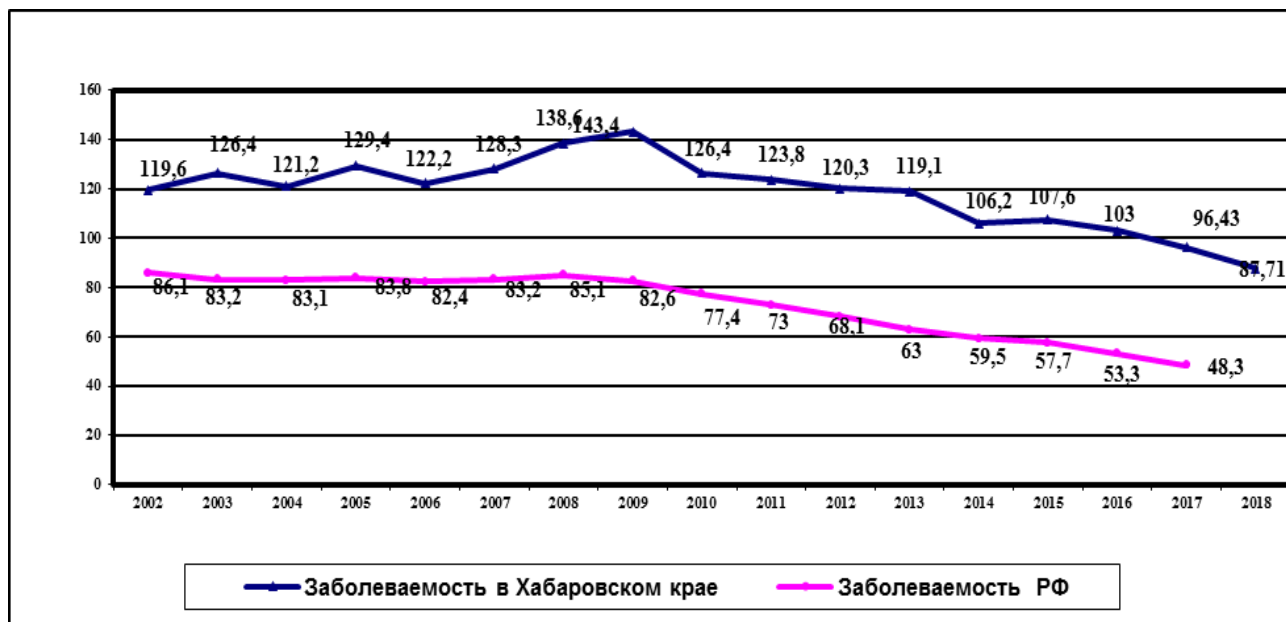


Рис. 3. Динамика заболеваемости населения Хабаровского края туберкулёзом на 100 тыс. населения (2002-2018 гг.).

В возрастной структуре впервые выявленных больных туберкулёзом в

2018 г. на 1,3% увеличилась доля детей в возрасте от 0 до 15 лет (Табл. 3).

Таблица 3. Возрастная структура впервые выявленных больных туберкулёзом в Хабаровском крае (2015 – 2017 гг.), по подчинению.

Впервые выявленные больные ТБ	2016		2017		2018	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Туберкулез у детей до 14 лет	56	5,0	51	4,81	59	6,09
Туберкулез у подростков 15-17 лет	14	1,3	20	1,89	12	1,24
Туберкулез у взрослых	1046	93,7	990	93,3	898	92,3
И Т О Г О:	1116	100,0	1061	100,0	969	100,0

В клинической структуре впервые выявленных больных туберкулёзом в крае в 2018 г. основная часть приходится на туберкулез органов дыхания – 99,4% (2017 г. - 99,3%; 2016г. - 99,1%) среди форм преобладает инфильтративный ту-

беркулез – 71,7%. Показатель заболеваемости внелегочными формами туберкулеза остается стабильно низким: в 2018 г. - 0,45 на 100 тыс. населения; в 2017 г. - 0,53 на 100 тыс.; 2016 г. - 0,75. Уровень заболеваемости деструктивными формами туберкулеза в Хабаровском крае до-

статочно высок (2016 г. - 28,4 на 100 тыс., 2017 г. - 27,13 на 100 тыс. и 2018 г. - 21,17 на 100 тыс.) В структуре впервые выявленных больных туберкулёзом доля больных с деструкцией легочной ткани в 2018 г. составила 37,7%. Что же относительно показателя заболеваемости бациллярными формами туберкулёза органов дыхания (ТОД), то он в 2018 г. достиг 38,49 на 100 тыс. населения, а удельный вес больных с бактериовыделением от общего числа впервые выявленных в 2018 г. составил 53,4%, причем доля пациентов с первичной множественной лекарственной устойчивостью среди бациллярных больных туберкулезом органов дыхания в 2018 г. достигла 38,6%.

Эпидемия туберкулеза, начавшаяся в России с 1990-х годов, отразилась и на показателях заболеваемости детей и подростков, выросшей к 2000 году более чем в 2 раза (в 1990 г. - 7,9, в 2000 г. - 17,9 на 100 тыс. детского населения). Значительно вырос удельный вес детей, составляющих группы Риска по инфицированию и заболеванию туберкулезом. Так, ежегодный Риск первичного инфицирования детей микобактериями туберкулеза составляет в России 2% [28]. Остаётся только сожалеть о том, что за два последних десятилетия уровень заболеваемости туберкулёзом детей и подростков в ДФО так и не сформировался в виде устойчиво положительного тренда.

Так в Хабаровском крае в 2018 году вновь отмечен рост доли детей, заболевших туберкулезом в дошкольном возрасте - 64,4% (в 2017 г. - 54,9%).

Доля детей, заболевших туберкулезом из групп Риска, сохраняется на высоком уровне и составляет 17,4 на 100 тыс. в 2018 году (в 2017 г. - 13,8). Высокий уровень заболеваемости туберкулёзом детей дошкольного возраста связан с отсутствием в крае детских санаторных групп круглосуточного пребывания, куда можно было бы поместить ребенка, как с целью изоляции из контакта, так и для проведения контролируемого лечения.

Показатель заболеваемости туберкулезом в Хабаровском крае подростков в 2018 г. составил 34,47 на 100 тыс. подростков (РФ-9,7 на 100 тыс.). Основным источником инфицирования детей и подростков являются больные с открытыми формами туберкулеза, то есть те, кто выделяют бактерии Коха во внешнюю среду.

Эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий зависит в значительной степени от уровня организации работы по раннему выявлению больных туберкулезом. Достигнутый показатель охвата населения всеми видами профилактических осмотров в 2018 г. составил 84,9%. Охват декретированных контингентов населения флюорографией в 2018 г. достиг 82,3%, хотя в отдельных муниципальных образованиях края уровень охвата значительно ниже.

Между тем, наибольшую опасность в эпидемиологическом плане представляют бациллярные больные. Бациллярное ядро (больные МБТ (+) с туберкулезом органов дыхания) на 1 тысячу населения колеблется от 0,99 до 1,99, значительная часть которого представлена пациентами, как в России, так и в Хабаровском крае, освободившихся из учреждений ФСИН [5]. Эпидемиологическую ситуацию огорчает сочетание высокого уровня инфицированности населения микобактерией туберкулеза с ростом числа больных с ВИЧ-инфекцией [27].

Состояние смертности от туберкулеза в Хабаровском крае. Наиболее объективным показателем в оценке эпидемической ситуации остается показатель

смертности от туберкулеза, позволяющий судить как о распространенности туберкулеза среди населения, так и о работе по раннему выявлению и эффективности лечения больных туберкулезом. В динамике наблюдается тенденция к снижению смертности от туберкулеза, как в крае, так и в РФ (Рис. 4). Региональный показатель смертности от туберкулеза в регионе в 2018 г. составил 10,8 на 100 тыс. населения, превышая аналогичный показатель в РФ в 1,6 раза. Изучение возрастной структуры смертности показало, что наиболее высокий уровень смертности в 2018 г. зарегистрирован в возрастных группах 35-44 лет (37,2%) и 45-54 лет (23,8%), т.е. у лиц трудоспособного возраста. Среди всех умерших от туберкулеза на долю женщин приходилось всего 28,4%.

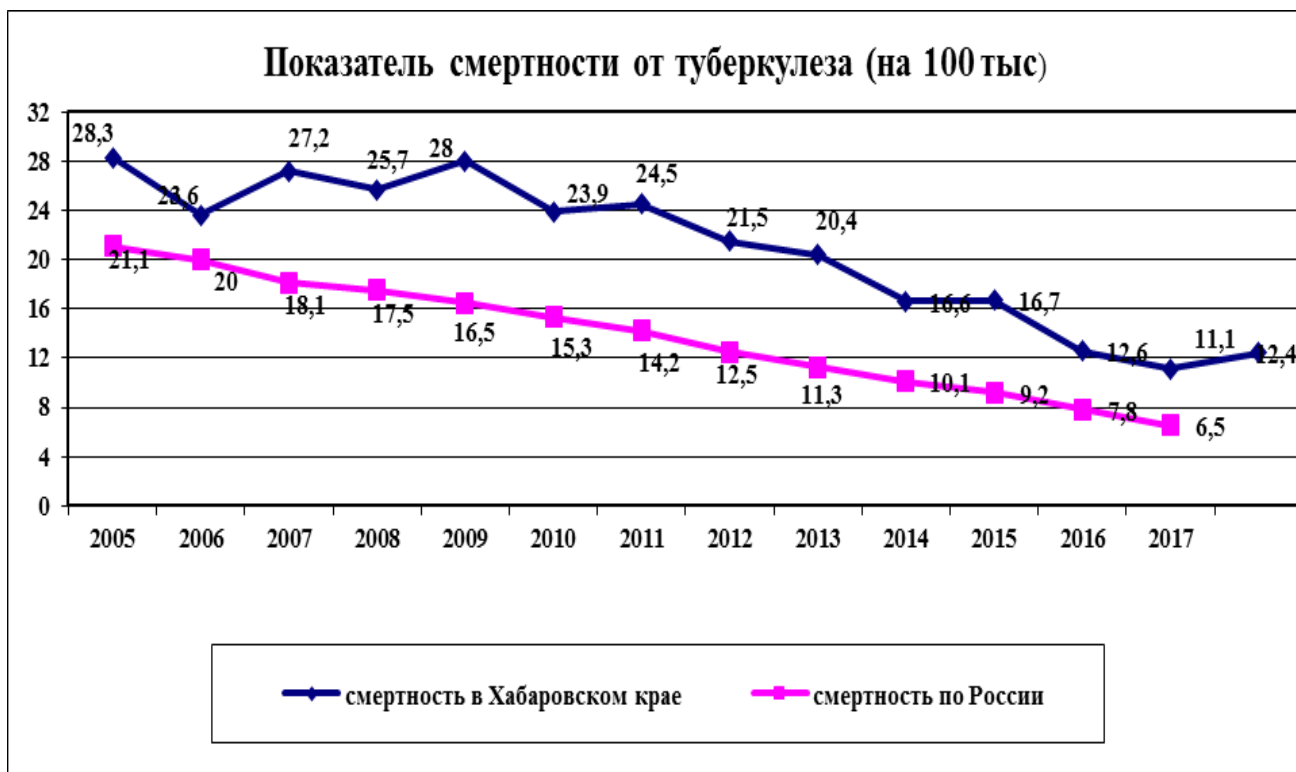


Рис. 4. Динамика показателей смертности от туберкулеза в Хабаровском крае (2005-2018 гг.).

Туберкулез с множественной и широкой лекарственной устойчивостью. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) - форма туберкулеза, вызываемая бактерией, не реагирующей по меньшей мере, на изониазид и рифампицин. В этих случаях используются препараты второй линии, которые отличаются высокой стоимостью. В некоторых случаях в клинической практике приходится сталкиваться с туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ), что является более тяжелой формой МЛУ-ТБ, вызываемой бактериями, не реагирующими на самые эффективные противотуберкулезные препараты второй линии. В настоящее время в мировой практике успех лечения МЛУ-ТБ достигается у 54% пациентов, а ШЛУ-ТБ - у 30% пациентов, хотя и используются схемы, включающие прием одного из относительно новых препаратов (бедаквилина и деламамиды).

В государственной Стратегии по борьбе с туберкулезом до 2030 года, находящейся на рассмотрении в Правительстве РФ, определены индикаторы заболеваемости и смертности от туберкулеза, в том числе заболеваемости в пенициентарных учреждениях. По мнению руководителей фтизиатрической службы, если эффективность лечения в учреждениях ФСИН будет достигать 75%, то это позволит значительно снизить уровень

распространенности МЛУ/ШЛУ туберкулёза, используя в том числе и принудительное лечение этой группы пациентов, что в настоящее время практически невозможно осуществить в рамках действующего законодательства РФ [24].

Структура медицинских организаций противотуберкулезной службы Хабаровского края. Стационарная медицинская помощь больным туберкулезом осуществляется в 5 круглосуточных стационарах с общей мощностью 846 койки:

- I. КГБУЗ «Туберкулёзная больница» на 470 коек (г. Хабаровск) годы окончания строительства и ввода в строй зданий и сооружений с 1954 по 1997 гг., износ основных фондов на 01.01.2019 от 26 до 100%;
- II. КГБУЗ «Комсомольский-на-Амуре межрайонный противотуберкулёзный диспансер» на 308 коек (г. Комсомольск-на-Амуре) годы окончания строительства и ввода в строй 1962-1972 гг., износ основных фондов на 01.01.2019 от 40,17 до 73,28%;
- III. КГБУЗ «Николаевский» Противотуберкулёзный диспансер» на 32 койки (г. Николаевск-на-Амуре), год окончания строительства и ввода в строй 1973, износ основных фондов на 01.01.2019 - 73%;
- IV. КГБУЗ «Ульчский Противотуберкулёзный диспансер» на 21 койку (с. Богородское) год окончания строитель-

ства и ввода в строй 1970, износ основных фондов на 01.01.2019 - 90%;

- V. КГБУЗ «Охотский Противотуберкулёзный диспансер» на 15 коек (пгт. Охотск) год окончания строительства и ввода в строй 1968, износ основных фондов на 01.01.2019 - 75%.

Помимо этого, в крае в 2018 году функционировало 104 койки дневного стационара, из них 60 коек стационара дневного пребывания при круглосуточных стационарах и 44 койки при поликлинических отделениях диспансеров.

Для оказания стационарной помощи больных туберкулезом с наличием психических заболеваний в крае функционирует отделение на 40 коек при КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница» (г. Хабаровск). Для лиц, находящихся под следствием, а также подозреваемым и обвиняемым в учреждениях УФСИН России по Хабаровскому краю функционирует - туберкулезное отделение на 60 коек - ФКУ СИЗО-1 УФСИН России по Хабаровскому краю (г. Хабаровск). Кроме медицинских организаций оказывающих стационарную помощь больным туберкулезом в территориальных поликлиниках края функционирует 11 противотуберкулёзных кабинетов. Санаторных коек для взрослых и детей в крае нет.

Попытки продолжения либеральных реформ в поисках «простого» пути, по которому, как здравоохранение ДФО в целом, так и его противотуберкулёзная служба, в частности, догонит и перегонит ушедшие вперед системы здравоохранения Японии, Сингапура, Южной Кореи, Израиля, стран Евросоюза и др. по борьбе с социально-значимыми заболеваниями, не выдерживают испытания временем, поскольку системный кризис отрасли достиг таких пределов, что без сложных, кропотливых и многолетних усилий кризисных управляющих и рядовых работников медицинских организаций выйти из него не удастся. Причем, в разработке программ выхода из кризиса следует учитывать значительное отставание отечественной медицинской науки и высшего образования, поскольку именно в преодолении этого отставания кроются перспективы внедрения геномных и постгеномных технологий и способность отечественного здравоохранения к качественному движению вперед [29].

Обеспечит это движение вперёд, не только знание проблем организации противотуберкулёзной службы региона, но и научный прогресс в глубоком изучении биологии микобактерии туберкулёза, широкое внедрение фармакогенетики, развития телемедицины и многие другое (Табл. 4).

Таблица 4. Проблемы противотуберкулёзной службы Хабаровского края и вероятные пути их решения

Проблемы противотуберкулёзной службы	Вероятные пути решения проблем
Хроническое недофинансирование Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (ПГГ) жителям Хабаровского края	Определить полное финансовое обеспечение ПГГ на уровне субъекта РФ в полном объеме, с опорой на приоритет медицинских организаций ПМСП и служб, ответственных за борьбу с распространением социально-значимых заболеваний.
Глубочайший системный кризис в ПМСП региона (основные фонды медицинских организаций, кадры, оборудование, финансы)	Увеличение финансирования ПМСП в 3 и более раза в сочетании с переходом на подушевую оплату и поэтапное внедрение системы частичного фондодержания. Реализовать систему обязательного распределения выпускников регионального медицинского вуза (целевиков) в медицинские организации ПМСП
Недостаточный уровень профессиональных компетенций медицинского персонала ПМСП и противотуберкулёзной службы	Ужесточить требования к подготовке врачей и медицинского персонала в рамках реализации концепции непрерывного профессионального образования.
Географическое, транспортное, экономическое ограничение доступности качественных медицинских услуг для населения в северной и центральной зоне края	Провести аудит процесса производства медицинских услуг жителям региона, исходя из реального уровня их доступности. Сформировать систему управления своевременным поступлением пациента в аккредитованное противотуберкулёзное учреждение
Технологическая отсталость производства медицинских услуг, в сочетании с несоответствием основных фондов противотуберкулёзных медицинских организаций (износ до 80-100%) СНИПам и САНПИНам	Разработать и внедрить долгосрочные планы структурных преобразования системы здравоохранения края по строительству новых и модернизации существующих противотуберкулёзных медицинских организаций с учетом требований стандартов СНИПов и САНПИНов
Низкий уровень управления производством медицинских услуг, как на уровне ПМСП, так и в специализированных медицинских организациях	Внедрение финансово-экономических методов управления, направленных на мотивацию повышения эффективности деятельности медицинских организаций ПМСП и противотуберкулёзных учреждений и кабинетов.
Формирование бациллярного ядра (больные МБТ+ТОД - 0,99 до 1,99 на 1 тысячу населения), значительную часть которого являются пациенты, освободившиеся из учреждений ФСИН, выпадает из пристального внимания управляющих структур усложняет борьбу с инфицированием детей и подростков	Реализация отдельного приема больных открытой формой туберкулеза в медицинских организациях края. Открытие специализированных санаторных групп круглосуточного пребывания в детских образовательных учреждениях края для детей дошкольного возраста с целью изоляции из контакта с бактериовыделителями и проведения контролируемого лечения.
Эпидемиологическую ситуацию с туберкулёзом в крае ухудшает приток трудовых мигрантов	Повысить ответственность работодателей за предоставление надлежащих условий работы и проживания мигрантов, позволяющих снизить Риск заболевания туберкулёзом. Ввести региональный регламент работы врачей фтизиатров с трудовыми мигрантами, болеющими туберкулёзом.

Заключение

В настоящее время противостояние человека и возбудителя туберкулёза находится на пике своего развития. Под влиянием обострившейся в последнее время эпидемической ситуации проблема борьбы с туберкулёзом и его возбудителем приобретает всё новые направления, обусловленные возникновением и развитием новых форм биологической изменчивости МБТ. Продолжаются поиски методов ускоренной диагностики туберкулёза, выявления и выделения возбудителя. Вновь на повестке дня – вопросы ускоренного обнаружения МБТ в диагностическом материале и определения лекарственной чувствительности с помощью микобактериофагов. Это особая страница микобактериологии, развитие которой на протяжении последних 50 лет связано с большими методическими трудностями, однако перспективы этого направления как в плане диагностики, так и лечения туберкулёза несомненны. Всё большего внимания и изучения требует относительно новый вид изменчивости *M. tuberculosis* – развитие устойчивости к лекарственным препаратам и дезинфицирующим средствам, в борьбе с которыми возбудитель туберкулёза формирует новые виды лекарственной устойчивости – множественной и широкой.

Список литературы

1. Бантьева М.Н., Ципириг О.В., Кузнецова В.П. Динамика основных показателей стационарной помощи по профилям коек в Российской Федерации за 2010-2016 годы // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2018. №6. URL: <https://cyberleninka.ru/> (дата обращения: 09.05.2019).
2. Борта Юлия. Любовь по распределению. Как привлечь молодых специалистов в регионы? Еженедельник «Аргументы и факты». №8. 20.02.2019.
3. Быстрицкий С.П., Заусаев В.К. Россия – Северо-Восточная Азия. Дальневосточный экономический мост на рубеже эпох / С.П. Быстрицкий, В.К. Заусаев. – М.: ИЭПП, 2007. – 297 с.
4. Васильева И.А., Белиловский Е.М., БоРисов С.Е., Стерликов С.А. Заболеваемость, смертность и распространенность как показатели бремени туберкулеза в регионах ВОЗ, странах мира и в российской федерации. Часть 1. заболеваемость и распространенность туберкулеза. Туберкулез и болезни легких. 2017;95(6):9-21.
5. Васильева И.А., Белиловский Е.М., БоРисов С.Е., Стерликов С.А. Туберкулез в учреждениях ФСИН в странах Европы и Российской Федерации//

- Туберкулёз и болезни лёгких. монография / ред.: В.Г. Дьяченко. - 2018. Т. 96. № 5. С. 6-13.
6. Вялков, А.И. Основы региональной политики в здравоохранении / А.И. Вялков. М.: ГЭОТАР-мед, 2001. - 336 с.
7. Гайдар Е.Т. Гибель империи. Уроки для современной России. – М.: РОССПЭН, 2006. – 440 с.
8. Гень Юрий, Доценко Инесса, Таюрский Владимир. Погоня за солнцем. Почему дальневосточники уезжают на Кубань и ищут лучшей жизни "там, где их нет". [Российская газета - Экономика Дальнего Востока № 15\(7478\)](#) 2018.
9. Гишинский Я.М. Демография «заклѳченности» // Демоскоп № 361 - 362 (19.01 – 1.02 2009 19.01 – 1.02 2009).
10. Григорьев Н.А. Современный этап эволюции системы отношений «Центр регионы» // Вестник СВФУ. 2014. №2.
11. Демиденко О. Дальневосточники: Мы покидаем тонуций корабль! [28 мая 2018](#), 09:48 - REGNUM. - <https://regnum.ru/news/2421765.html>.
12. Дьяченко В.Г. Здравоохранение Дальнего Востока России в условиях рыночных реформ: монография / ред.: В.Г. Дьяченко. - [Пригорнев В.Б., Солохина Л.В., Капитоненко Н.А., Дьяченко С.В. и др.] М. Хабаровск. 2013. Изд. Центр ГБОУ ВПО ДВГМУ. 684 с.
13. Дьяченко В.Г. Костакова Т.А., Пчелина И.В. Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса. Издательство ГБОУ ВПО ДВГМУ, 2012. 524 с.
14. Дьяченко О.А. Совершенствование медицинской помощи детям, больным туберкулезом в зависимости от медико-социальной характеристики семьи (на примере города Хабаровска). Автореф. к.м.н.. Хабаровск. ДВГМУ. 2012. 29 с.
15. Дьяченко В.Г. Рыночные реформы и доступность медицинской помощи населению. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России [электр. научн. журнал] 2016; №2. С.5-28.
16. Дьяченко С.В. Пациент, врач и рынок: /С.В. Дьяченко, В.Г. Дьяченко. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ. 2018. – 486 с.
17. Заусаев В.К., Кручак Н.А. Качество жизни на Дальнем Востоке: вектор движения. Восток России: проблемы освоения – преодоления пространства. Под редакцией: акад. РАН В.В. Кулешова, чл.-корр. РАН В.А. Крюкова. Издательство ИЭОПП СО РАН. 2017. С. 271-282.

18. Казначеев В.П. Ноосферная экология и экономика человека / В.П. Казначеев, А.А. Кисельников, И.Ф. Мингазов / Под общ. ред. академика В.П. Казначеева. - Новосибирск, 2005. - 448 с.
19. Киселев С.Н., Солохина Л.В. Индекс человеческого развития и отдельные показатели, характеризующие социальное благополучие населения Дальневосточного федерального округа. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России» 2017 №1
20. Ключевский В.О. Сказания иностранцев о Московском государстве. Москва. Изд. Московской университетской типографии «Катков и К⁰. 1866. 265 с.
21. Колосов В.А., Полян П.М. Ограничение территориальной мобильности и конструирование пространства от сталинской эпохи до наших дней // Режимные люди в СССР. / Отв. ред. Т.С. Кондратьева, А.К. Соколов М.: РОССПЭН, 2009, с.25-48
22. Кораблин К.К. Пенитенциарная система на Дальнем Востоке России (вторая половина XIX–начало XX в.). Вестник ДВО РАН. 2004. № 6
23. Кораблин К.К. К вопросу об использовании труда ссыльнокаторжных при освоении и заселении Сибири и Дальнего Востока в XVI - начале XX вв // Гуманитарные исследования в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке. 2017. №1.
24. Коробко К.И., Трекин И.А. Особенности правоприменительной практики в сфере реализации механизма принудительной госпитализации лиц, больных заразными формами туберкулеза, в Российской Федерации. 25.03.2016. URL: <http://отраслиправа.рф/article/15950> (Дата обращения 20.05.2019)
25. Кравченко Е., Лопатка И. Распространение туберкулеза: забытый опыт [Электронный ресурс] // Медицина труда и экология. 2010. N 4.
26. Латухина Кира. Путин призвал создать современную систему здравоохранения. Российская газета. 21.03.2017. <https://rg.ru/2017/03/21/putin-prodolzhitelnost-zhizni-vyros-la-na-65-let.html>
27. Нечаева О.Б. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в России. Туберкулез и болезни легких. 2018;96(8):15-24.
28. Овсянкина Е.С. Проблемы туберкулеза у детей и подростков в условиях

роста эндемии заболевания.

[«РМЖ» №18 от 16.09.2002](#) стр. 837.

29. Перельман М.И., Богадельникова И.В. Стандарт и персональная медицина в диагностике и лечении больных. Туберкулез и болезни легких [Текст]: научно-практический журнал. - М. 2013. N 1. С 3-9.
30. Письменная Е. Система Кудрина. История ключевого экономиста путинской России: Манн, Иванов и Фербер; Москва; 2013 – 256 с.
31. Ратманов П. Э. Вклад российских врачей в медицину Китая (XX век): дис. ... д-ра мед. наук / П. Э. Ратманов. – М.: Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья РАМН, 2010. – 344 с.
32. Ратманов П.Э. Из истории медицинского страхования в Дальневосточной республике / П.Э. Ратманов // Дальневосточный медицинский журнал. – 2000. – № 1. – С. 53-55.
33. Резун Д. Я., Шиловский М. В. Сибирь, конец XVI -начало XX века: фронтир в контексте этносоциальных и этнокультурных процессов. - Новосибирск, 2005.
34. Русинова Н.Л., Панова Л.В. Сафронов В.В. Продолжительность жизни в регионах России: значение экономических факторов и социальной среды // Журнал социологии и социальной антропологии. 2007. №1. С.140-161.
35. Сакс Джеффри Д. Конец бедности. Экономические возможности нашего времени. Перевод с англ. Эдельмана. Изд. Института Гайдара. Москва. 2011. 423 с.
36. Соловьева Л.Л. Реформирование пенитенциарной системы России в XXI веке: теоретический аспект. Изд-во ЕГУ им. И.А. Бунина. Г. Елец. 2012. С, 125-131.
37. Сон И. М., Одинцов В. Е., Стерликов С. А. Туберкулез в учреждениях уголовно-исполнительной системы России в 2012 г. // Туб. и болезни легких. – 2014, № 7. – С. 21-24.
38. Стратегия социально-экономического развития Дальнего Востока и Байкальского региона на период до 2025 года [Эл. ресурс]: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 29.12.2009 No2094-п. URL: <http://www.consultant.ru/>
39. Титаренко М. Л. Геополитическое значение Дальнего Востока. Россия, Китай и другие страны Азии. М.: Памятники исторической мысли, 2008. 624 с.

40. Тырылгин М.А., Вербицкая, Л.И., Лугинова, Е.Ф., Елисеев, В.В., Винокуров, И.И., Колмогорова, П.М. Научно-организационные и этнотерриториальные аспекты борьбы с туберкулезом в Республике Саха (Якутия) / М. А. Тырылгин [и др.] // Туберкулез и болезни легких. - 2010. - № 7. - С. 21-28.
41. Хромых А.С. Проблема «сибирского фронта» в современной российской историографии // Вестник ЧелГУ. - 2008. - № 5 (106).- Сер. «История». - С. 106.
42. Чикин, С.Я. Здоровоохранение в Сибири и на Дальнем Востоке / С.Я. Чикин. М.: Медицина, 1979. - 112 с.
43. Чикин С.Я. Ленинская национальная политика и организация медицинского обслуживания народностей Крайнего Севера. / С.Я. Чикин, Б.М. Чекнев // Здоровоохранение РСФСР. 1973. - № 1. - С. 3 - 7.
44. Шишкин С.В., Власов В.В., Колосницына М.В. и др. Здоровоохранение: необходимые ответы на вызовы времени. НИУ ВШЭ. Москва. 2018. 55 с.
45. Etkind, Alexander. Internal Colonization: Russia's Imperial Experi-
ence. Cambridge, UK: Polity Press, 2011. 282 p.
46. Gore Ch. Introduction: Markets, citizenship and social exclusion // Social Exclusion: Rhetoric Reality Responses / International Institute for labour studies. United Nations development program; Ed. by G. Rodgers, Ch. Gore, J. Figueiredo. Geneva, 1994.
47. Koch R. Mitteilunger sus dem kaiserlichen Gesundheitsamte / R. Koch. - Leipsig.- 1882.-212 p.
48. Rima Česynienė. The role of human capital in value creation: theoretical insights [Text] / Rima Česynienė, Asta Stankevičienė // EKONOMIKA. – 2001. – Vol. 90(4). P 52-55.
49. Turner F.J. The Frontier in the American History. - New York, 1947.- P. 2-3.
50. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/tb-elimination/ru/>