

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Двухмесячный научно-практический журнал

1

2010

ЯНВАРЬ—ФЕВРАЛЬ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор: **ЩЕПИН В. О.** — член-корр. РАМН, доктор мед. наук, проф.
СТОЧИК А. М. (зам. главного редактора) — акад. РАМН, доктор мед. наук, проф.
НЕЧАЕВ В. С. (ответственный секретарь) — доктор мед. наук

БОРОДУЛИН В. И. — доктор мед. наук, проф., **ГАЙДАРОВ Г. М.** — доктор мед. наук, проф.,
ДЕНИСОВ И. Н. — акад. РАМН, доктор мед. наук, проф., **ЗАТРАВКИН С. Н.** — доктор мед. наук,
проф., **КАКОРИНА Е. П.** — доктор мед. наук, проф., **КУЧЕРЕНКО В. З.** — член-корр. РАМН, доктор
мед. наук, проф., **ЛИНДЕНБРАТЕН А. Л.** — доктор мед. наук, проф., **ЛИСИЦЫН Ю. П.** — акад.
РАМН, доктор мед. наук, проф., **МАКСИМОВА Т. М.** — доктор мед. наук, проф., **МЕДИК В. А.** —
член-корр. РАМН, доктор мед. наук, проф., **МИРСКИЙ М. Б.** — доктор мед. наук, проф.,
ПОЛЯКОВ И. В. — доктор мед. наук, проф., **СЕМЕНОВ В. Ю.** — доктор мед. наук, проф.,
СОРОКИНА Т. С. — доктор мед. наук, проф., **СТАРОДУБОВ В. И.** — акад. РАМН, доктор мед. наук,
проф., **ТРЕГУБОВ Ю. Г.** — доктор мед. наук, проф., **ФИЛАТОВ В. Б.** — доктор мед. наук, проф.,
ХАЛЬФИН Р. А. — доктор мед. наук, проф., **ЩЕПИН О. П.** — акад. РАМН, доктор мед. наук, проф.



СОДЕРЖАНИЕ

Здоровье и общество

- Какорина Е. П., Ефимов Д. М., Чемякина С.-Д. Н.* Современные аспекты смертности населения Российской Федерации от болезней органов дыхания 3
- Максимова Т. М., Лушкина Н. П.* Средний возраст детей при хронической патологии 9
- Шавкhalов Р. Н.* Анализ результатов дополнительной диспансеризации работающих граждан 14
- Розенфельд Л. Г., Лехляйдер М. В.* Особенности социально-гигиенического портрета больных туберкулезом в зависимости от места их проживания 16
- Гурьянов М. С., Камаев И. А., Гурвич Н. И.* Социологическое изучение заболеваемости медицинских работников многопрофильного стационара 19
- Медведева О. В.* Репродуктивная функция городских семей в зависимости от формы брака 22
- Камаев И. А., Гурьянов М. С., Миронов С. В., Иванов А. А.* Социологическое изучение здоровья и образа жизни студентов медицинской академии 24
- Зайцева У. И.* Медико-социальная характеристика лиц с политравмой 27
- Боровков В. Н.* Оценка утраты здоровья вследствие дорожного травматизма 30
- Калинкин Д. Е., Мендрина Г. И., Олейниченко В. Ф., Хлынин С. М., Тахауов Р. М., Варлаков М. А., Карпов А. Б.* Состояние здоровья населения Томской области 32

Реформы здравоохранения

- Серегина И. Ф.* Особенности управления и контроля качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации на современном этапе 36
- Алиев Р. Т., Колядо В. Б., Неймарк А. И., Бурдейн А. В.* Модульный принцип в организации территориальной андрологической службы 41
- Ефанкина О. Н.* Организация лечебно-профилактической помощи больным на базе дневного стационара 43
- Браве Ю. И., Томчук А. Л., Бабенко А. И., Васильева Ю. Ю.* Функциональные методы исследования и консультативная помощь в диагностических центрах 45
- Жилева Е. П., Нечаев В. С., Ефремов Д. В.* Роль врача общей практики в пропаганде здорового образа жизни 47

Медицинское страхование

- Бадальянц И. Е.* Медико-экономическая характеристика стационарной помощи в системе ОМС Самарской области 49

Образование и кадры

- Кабанова С. А., Ложкевич И. Ю.* Подготовка врачебных и научных кадров в системе последиplomного медицинского образования 52

История медицины

- Егорышева И. В.* К вопросу о статусе Российского общества Красного Креста 58
- Шерстнева Е. В.* Роль медицинской общественности России в развитии гигиены (вторая половина XIX—начало XX века) 60

CONTENT

Health and society

- Kakorina E. P., Efimov D. M., Chemyakina S.* Current aspects of the Russian Federation population mortality from diseases of the respiratory system 3
- Maximova T. M., Lushkina N. P.* The mean age of children with chronic pathologies 9
- Shavkhalov R. N.* The analysis of the results of the additional mass health examination of working population 14
- Rosenfeld L. G., Lekhneider M. V.* Peculiarities of the socio-hygienic picture of tuberculosis patients depending on the place of residence 16
- Gurianov M. S., Kamayev I. A., Gurvich N. I.* Morbidity of health workers of a multidisciplinary hospital 19
- Medvedeva O. V.* The reproductive function of urban families depending on the form of marriage 22
- Kamayev I. A., Gurianov M. S., Mironov S. V., Ivanov A. A.* The sociological study of health and lifestyle among medical academy students 24
- Zaitseva U. I.* The medico-social characteristic of persons with multiple injuries 27
- Borovkov V. N.* Assessing the loss of health as the result of road traumatism 30
- Kalinkin D. E., Mendrina G. I., Oleinichenko V. F., Khlynin S. M., Takhaouov R. M., Varlakov M. A., Karpov A. B.* Population's health status in the Tomsk oblast 32

Healthcare reforms

- Seregina I. F.* Peculiarities of health care management and quality control in the subjects of the Russian Federation at the present stage 36
- Aliiev R. T., Kolyado V. B., Neimark A. I., Burdein A. V.* The modular principle in the organization of the territorial andrological service 41
- Efankina O. N.* The organization of curative and preventive care to patients on the basis of a day hospital 43
- Brave Yu. I., Tomchuk A. L., Babenko A. I., Vasilieva Yu. Yu.* The functional methods of examination and consultative care at diagnostic centers 45
- Zhilyaeva E. P., Nechaev V. S., Efremov D. V.* The role of a general practitioner in the popularization of healthy lifestyle 47

Health insurance

- Badalyants I. E.* The medico-economic characteristic of hospital care in the system of compulsory health insurance of the Samara oblast 49

Education and manpower

- Kabanova S. A., Lozhkevich I. Yu.* The training of medical and scientific personnel in the system of postgraduate medical education 52

History of medicine

- Egorysheva I. V.* Towards the status of the Russian Red Cross Society 58
- Sherstneva E. V.* The role of the Russia medical community in the development of hygiene (the second part of XIX-th the beginning of XX-th century) 60

Публикуемые материалы отражают точку зрения авторов,
которая может не совпадать с мнением редколлегии журнала.

© ОАО «Издательство "Медицина"», 2010

Е. П. Какорина, Д. М. Ефимов, С.-Д. Н. Чемякина

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва

Е. П. Какорина — д-р мед. наук, проф., гл. науч. сотр.; (Ekaterine@kakorina@region.ru); Д. М. Ефимов — науч. сотр. (kakorina@niph.ru); С.-Д. Н. Чемякина — канд. биол. наук, ст. науч. сотр. (jemma@niph.ru).

Болезни органов дыхания лидируют в общей заболеваемости населения, имеют тенденцию к росту, особенно это касается пневмоний, хронических obstructивных болезней легких, бронхиальной астмы и др. В статье рассматриваются структура и уровни смертности от болезней органов дыхания, половозрастные показатели с выделением трудоспособного возраста, динамика смертности с 2000 г., уровни смертности по регионам с выделением субъектов с минимальными и максимальными уровнями как в общем, так и по основным нозологиям (пневмония, болезни нижних дыхательных путей, бронхиальная астма), предпринимается попытка корреляционного анализа уровня смертности от заболеваемости по основным нозологиям.

Ключевые слова: смертность, смертность населения Российской Федерации, смертность от болезней органов дыхания, болезни органов дыхания, пневмония, болезни нижних дыхательных путей, бронхиальная астма

E.P. Kakorina, D.M. Efimov, K. Chemyakina

CURRENT ASPECTS OF THE RUSSIAN FEDERATION POPULATION'S MORTALITY FROM DISEASES OF THE RESPIRATORY SYSTEM

Diseases of the respiratory system are in the lead of general mortality of population, they tend to increase, particularly with regard to pneumonias, chronic obstructive pulmonary diseases, bronchial asthma and others. The paper surveys the structure and levels of mortality from diseases of the respiratory system, sex and age indices with special reference to the working age, the mortality dynamics since 2000, levels of mortality by regions with special reference to subjects with the minimum and maximum levels both for the total and by the main nosologies (pneumonia, diseases of the lower respiratory tract, bronchial asthma); an attempt is made to carry out the correlation analysis of the level of mortality from diseases by the main nosologies.

Key words: mortality, population, respiratory system diseases

Болезни органов дыхания лидируют в общей заболеваемости населения, имеют тенденцию к росту, особенно это касается пневмоний, хронических obstructивных болезней легких, бронхиальной астмы и др.

В России по результатам эпидемиологических исследования насчитывается 11 млн больных с болезнями органов дыхания, по данным официальной статистики — 1 млн. По исследованиям Европейского респираторного общества только у 25% таких больных заболевание диагностируется своевременно. Иногда диагноз бывает определен через 10 лет [1, 9, 10].

В структуре общей смертности болезни органов дыхания занимают 5-е ранговое место среди основных причин смерти, на этот класс приходится 3,7%

общей смертности населения (табл. 1), тогда как 70 лет назад смертность от болезней органов дыхания находилась на 3-м месте среди всех причин.

Уровень смертности в 2008 г. от болезней органов дыхания составил 55,1 случая на 100 000 населения. В формировании данного уровня смертности особое значение имеют пневмонии, показатель смертности от которых равен 27,1 на 100 000 населения (48,1%). Следующими по частоте являются хронические болезни нижних дыхательных путей — 24,4 случая на 100 000 населения (44,5%): это бронхит (0,03 на 100 000 населения), эмфизема (0,2 на 100 000 населения), другие хронические obstructивные заболевания легких (21,7 на 100 000 населения), астма (2,3 на 100 000 населения), бронхоэктатическая болезнь (0,1 на 100 000 населения).

Таблица 1

Структура причин смерти (в %) в Российской Федерации в 1939—2008 гг.

Причины смерти	1939 г.	1959 г.	1971 г.	1981 г.	1991 г.	2007 г.	2008 г.
Болезни системы кровообращения	11,3	36,4	46,9	52,6	54,5	56,6	56,8
Новообразования	4,4	18,2	18,7	15,2	17,2	13,8	13,9
Внешние причины	4,8	10,9	8,6	15,0	12,5	11,9	11,2
Болезни органов дыхания	6,8	9,5	8,5	7,9	4,9	3,7	3,8
Болезни органов пищеварения	18,5	4,4	3,0	2,7	2,5	4,2	4,3
Прочие	54,2	20,6	14,3	6,6	8,4	9,8	10,0
Всего...	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Смертность населения Российской Федерации от болезней органов дыхания в 2006 и 2007 гг. (на 100 000 населения)

Причины смерти	2006 г.	2007 г.
Болезни органов дыхания	58,1	54,8
В том числе:		
острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей	0,3	0,3
грипп	0,1	0,1
пневмонии	27,3	26,4
острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей (острые бронхит и бронхиолит)	0,2	0,1
хронические болезни нижних дыхательных путей	26,3	24,4
в том числе:		
бронхит (неуточненный — острый или хронический)	0,03	0,03
эмфизема	0,2	0,2
другие хронические обструктивные заболевания легких	23,4	21,7
астма бронхиальная	2,5	2,3
бронхоэктазия	0,2	0,1
гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей	2,6	2,4
пневмокозиозы и другие болезни легкого, вызываемые внешними агентами	0,4	0,3
другие респираторные болезни, поражающие главным образом интерстициальную ткань	0,4	0,4

Смертность по значимым нозологиям данного класса имеет тенденцию к снижению (табл. 2).

Смертность от болезней органов дыхания среди мужчин (84,5 на 100 000 мужчин) почти в 3 раза выше, чем среди женщин (29,3 на 100 000 женщин), при этом в трудоспособном и старшем трудоспособном возрастах различия между мужчинами и женщинами достигает почти пятикратных размеров (мужчины трудоспособного возраста — 54,3, женщины — 11,6 на 100 000 населения соответствующего пола, мужчины старше трудоспособного возраста — 355,2, женщины — 77,2 на 100 000 населения соответствующего возраста).

Первый пик смертности от болезней органов дыхания наблюдается у детей в возрасте до 1 года, далее показатель снижается до единичных случаев. У мужчин показатель смертности начинает расти с 25 лет, у женщин — на 10 лет позже. Далее показатель продолжает расти, максимальные значения отмечаются в возрастной группе 85 лет и старше (рис. 1).

Подобная картина наблюдается с 2000 г. (табл. 3), хотя при этом имеется определенный тренд в сторону уменьшения показателей смертности у мужчин и женщин, причем в некоторых возрастах зна-

чительный.

В целом смертность от болезней органов дыхания за 2000—2007 гг. имеет заметную тенденцию к снижению: с 70,7 на 100 000 населения в 2000 г. до 54,8 в 2007 г. (табл. 4). Наиболее значительно снизился показатель смертности от бронхита — с 1,4 в 2000 г. до 0,03 на 100 000 населения в 2007 г., почти в 5 раз уменьшилась смертность от эмфиземы — с 0,9 до 0,2 соответственно; снизилась смертность от бронхоэктазий и острых респираторных инфекций нижних дыхательных путей (острые бронхит и бронхиолит) — с 0,3 до 0,1, других респираторных болезней, поражающих главным образом интерстициальную ткань, — с 1,2 до 0,4; в 2 раза уменьшилась смертность от астмы — с 4,6 до 2,3. Из нозологий, составляющих основную долю в смертности от болезней органов дыхания, — пневмонии, хронические болезни нижних дыхательных путей и в ее составе другие хронические обструктивные заболевания легких — заметные изменения произошли в двух последних нозологиях: снижение смертности с 39,4 до 24,4 на 100 000 населения от хронических болезней нижних дыхательных путей и в ее составе от хронических обструктивных заболеваний легких с 32,2 до 21,7; при этом наблюдался

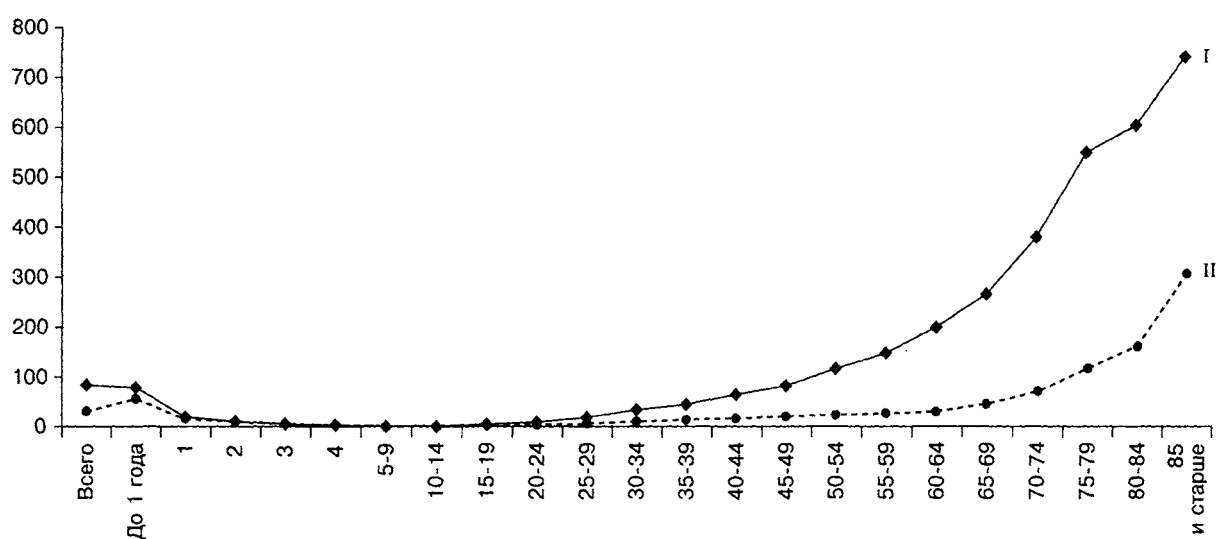


Рис. 1. Повозрастные показатели смертности от болезней органов дыхания мужчин (I) и женщин (II) в 2007 г. (на 100 000 соответствующего населения).

**Повозрастные показатели смертности от болезней органов дыхания мужчин и женщин за 2000—2007 гг.
(на 100 000 соответствующего населения)**

Возраст, годы	Умершие от болезней органов дыхания															
	мужчины								женщины							
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Всего	106,7	101,9	108,7	109,4	101,4	104,1	89,7	84,5	38,9	34,5	37,3	36,6	32,7	33,4	30,8	29,3
До 1	183,6	158,3	131,8	113,5	106,4	95,7	84,5	79,7	144,8	128,3	111,7	96,9	84,2	68,9	71,4	58,3
1	40,3	34	24,4	25,9	19,7	15,1	15	13,3	40,5	26,3	19	17,6	17	12,6	11,2	10,2
2	13,1	12,5	11,9	10,1	7,7	7,2	6,1	6	12	10	8,6	8,7	6	7,1	6,3	5,2
3	7,1	6,5	5,1	5,2	4,1	5,8	4,3	4	6,8	5,2	6	4,2	4,2	2,6	3,3	3,5
4	3,5	5,4	3	4,4	2,2	3,5	3,2	2,6	5,1	4,2	3,9	3,3	2,4	3,2	3,1	2,6
5—9	2,6	1,9	2,5	2,4	1,9	1,8	1,8	2	2,2	1,5	1,8	1,6	1,5	1,2	1,3	1,8
10—14	1,7	1,7	1,6	1,8	1,2	1,5	1,3	1,2	1,1	1,5	1,5	1,6	0,8	1,1	0,9	0,9
15—19	4,5	3,5	3	2,6	2,6	2,5	2,6	2,8	2,3	1,8	1,9	1,7	1,5	2	1,5	1,7
20—24	9,7	6,5	6,6	6,5	7,1	7,3	6,9	7,1	3,8	3,2	3,1	3,1	3,3	3,4	3,2	4,1
25—29	15,1	14,8	14,3	17,5	17,3	21	18,9	18,2	5	4,8	5,5	6,5	6,4	7,5	6,4	7,2
30—34	23	24,5	26,9	31,1	32,7	38,4	33,8	32,6	7,4	8,1	8,4	9,3	10,8	11,9	10,8	9,9
35—39	42,1	42,5	48	53,3	50,8	56,9	46,8	42,6	10,2	9,4	11,6	12,9	15	13,4	12,9	
40—44	65,3	69,1	77,1	83,1	82	88,3	67,4	13,9	14,8	17,2	18,7	16,9	20,3	16,2	14,2	
45—49	103,9	106,9	116,6	123,6	116	122,6	95,4	85,1	20,9	19,7	23,4	24,2	22,9	23,1	19,8	16,9
50—54	150,5	152,4	169,4	176,1	165	169,3	134,3	116,2	26,9	27,4	32	33,4	29,2	31,3	25,5	23
55—59	214,5	208,7	211,5	214,9	199,4	206,9	165,8	149,8	36	35,6	39	42,1	37	36,8	31,2	28,1
60—64	310,2	294,5	314,4	305,7	273,5	261,2	218,7	201,5	47,6	41,9	44,3	44,6	43	42,6	36,8	31,5
65—69	448,5	399,7	396,8	371,9	334,2	323,2	283,6	271,3	78	66,1	69,8	61,3	53,1	52,1	46,3	45,9
70—74	581,4	522,6	554,3	528,3	472,8	463,8	406,5	381,7	121,8	100,9	109,3	106,7	92,4	90,1	80	74,2
75—79	695,4	623	641,3	636,3	581,2	596,4	570,2	551,9	180,6	151,9	162,7	157,9	137,2	134,8	131,2	122,6
80—84	827,8	730,1	740,1	755,6	672,3	628,7	628,1	608	268,1	225,2	237,9	228,3	191,4	186	177,1	180,6
85 и старше	902	730,3	721,5	894,7	809,6	805,9	760,1	741,2	411,2	355,4	361,6	381	325,5	336,8	342,8	308,8

рост показателей смертности от пневмоний с 25,0 в 2000 г. до 26,4 в 2007 г. (в 2005 г. — 32,4). Показатели смертности от остальных нозологий хотя и снижались, но не так существенно, за исключением гриппа, смертность от которого в 2001 г. уменьшилась в 4 раза, а потом практически не менялась.

Наименьшие значения показателей смертности от рассматриваемой патологии среди лиц трудоспособного возраста наблюдаются в Ненецком автономном округе (АО) Архангельской области, Республике Ингушетия, Чеченской Республике, Республике Дагестан, Карачаево-Черкесской Рес-

публике, Таймырском (Долгано-Ненецком) и Эвенкийском АО Красноярского края, Республике Калмыкия.

К числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний органов дыхания относится пневмония. Заболеваемость внебольничной пневмонией в Европе колеблется от 2 до 15 случаев на 1000 человек в год, в России составляет 3,9 случая на 1000 человек в год среди лиц старше 18 лет. Этот показатель значительно выше у пожилых больных — 25—44 случая на 1000 человек в год у больных старше 70 лет и до 68—114 случаев на 1000 человек в год

Таблица 4

Динамика смертности от болезней органов дыхания за 2000—2007 гг. (на 100 000 населения)

Причины смерти	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Болезни органов дыхания	70,7	66,0	70,7	70,5	64,6	66,2	58,1	54,8
В том числе:								
острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
грипп	0,4	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
пневмонии	25,0	25,8	29,7	31,0	29,6	32,4	27,3	26,4
острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей (острые бронхит и бронхиолит)	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
хронические болезни нижних дыхательных путей	39,4	34,5	35,4	34,0	29,8	28,9	26,3	24,4
в том числе:								
бронхит (неуточненный — острый или хронический)	1,4	0,9	0,1	0,1	0,1	0,04	0,03	0,03
эмфизема	0,9	0,6	0,6	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2
другие хронические обструктивные заболевания легких	32,2	28,9	30,6	29,8	26,3	25,5	23,4	21,7
астма бронхиальная	4,6	3,8	3,8	3,5	2,9	2,9	2,5	2,3
бронхоэктазия	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей	2,9	3,0	3,1	3,0	2,9	3,0	2,6	2,4
пневмокониозы и другие болезни легкого, вызываемые внешними агентами	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3
другие респираторные болезни, поражающие главным образом интерстициальную ткань	1,2	0,8	0,6	0,7	0,6	0,5	0,4	0,4

Таблица 5

Показатели смертности от пневмонии в Российской Федерации за 1999—2007 гг. (с учетом выявления возбудителя)

Год	Всего случаев смерти		В том числе без уточнения возбудителя	
	абс.	на 100 000 населения	абс.	% от итога
1999	29 173	19,9	20 276	69,5
2000	36 107	24,8	27 695	76,7
2001	37 142	25,6	29 679	79,9
2002	42 386	29,4	35 334	83,4
2003	44 438	31,1	37 266	83,9
2004	42 637	29,6	36 110	84,7
2005	46 335	32,4	39 750	85,7
2006	38 970	27,3	33 475	85,9
2007	37 507	26,4	32 287	86,1

у пожилых больных, находящихся в домах инвалидов, домах ухода.

В настоящее время пневмония в США занимает 2-е место среди наиболее распространенных внутрибольничных инфекций (ежегодно отмечается 2—4 млн больных), с высокой смертностью. Общий уровень смертности среди больных госпитальной пневмонией может достигать 70%, все эти летальные исходы не являются прямым следствием инфекции. Смертность, связанная с пневмонией, или "присущая ей смертность", определяется как доля смертельных случаев при госпитальной пневмонии, которые не произошли бы в отсутствие этой инфекции. Проведенные исследования показали, что от 1/3 до 1/2 общего числа смертельных случаев при госпитальной пневмонии являются непосредственным результатом инфекции, однако присущая ей смертность может быть и выше, если имеет место бактериемия или этиологическим агентом являются микроорганизмы *Pseudomonas aeruginosa* или виды *Acinetobacter*. При госпитальной пневмонии сроки пребывания в больнице увеличиваются

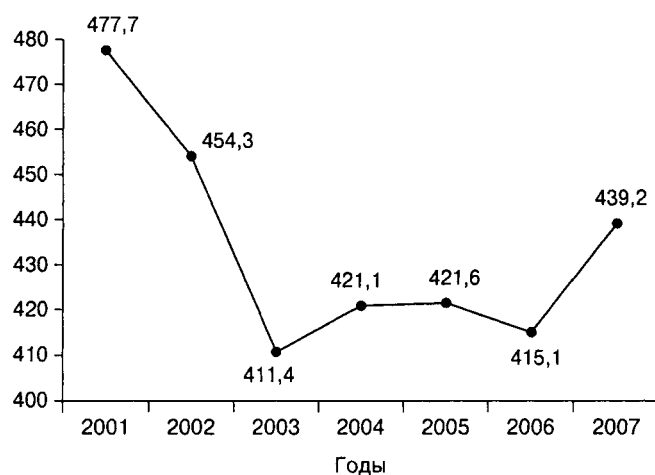


Рис. 2. Динамика заболеваемости пневмониями в Российской Федерации (на 100 000 населения).

Таблица 6

Доля госпитализированных по поводу пневмонии, длительность пребывания их в стационаре, летальность

Год	Число случаев пневмонии среди взрослых лиц	Из них лечились в стационаре, %	Длительность пребывания в стационаре, койко-дни	Летальность, %
2003	649 167	59,87	17,6	3,6
2004	586 160	64,28	17,1	3,4
2005	594 037	64,25	16,5	3,5
2006	591 493	59,60	16,2	3,3
2007	624 578	58,24	15,9	3,3

в среднем на 7—9 дней для каждого больного. Затраты на лечение пневмоний в США достигают величины 10 млрд. долларов в год [2, 10, 14].

Среди причин смертности от болезней органов дыхания в России наиболее высока доля пневмоний. Только в 2006 г. от этой причины умерли

Таблица 7

Динамика повозрастных показателей смертности от пневмоний (на 100 000 населения)

Возраст, годы	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Всего	25,0	25,8	29,7	31,0	29,6	32,4	27,3	26,4
До 1	116,3	102,1	87,6	75,7	66,3	56,1	53,3	51,5
1	21,7	17,8	12,6	11,8	11,2	8,9	7,7	7,4
2	7,7	6,7	6,7	5,1	3,9	5,0	3,7	3,3
3	3,9	4,0	3,3	2,7	2,9	2,5	2,5	2,4
4	2,9	3,3	2,3	2,9	1,5	2,6	2,4	1,6
5—9	1,6	1,1	1,2	1,3	1,2	0,9	1,2	1,3
10—14	0,8	0,9	1,0	1,0	0,6	0,8	0,8	0,7
15—19	2,3	1,8	1,7	1,5	1,4	1,5	1,6	1,5
20—24	4,7	3,4	3,5	3,7	4,0	4,1	4,0	4,5
25—29	7,1	7,8	7,8	10,0	9,7	12,4	10,4	10,8
30—34	11,9	13,0	15,0	17,0	18,3	21,5	18,7	18,2
35—39	20,0	20,4	24,2	26,7	25,8	30,1	24,8	23,1
40—44	28,9	31,2	36,2	40,1	39,1	43,6	33,0	30,9
45—49	41,5	44,1	50,8	53,3	51,1	54,3	42,8	38,5
50—54	51,3	55,0	64,1	67,9	64,1	67,7	53,5	46,8
55—59	53,5	58,4	65,9	70,2	64,4	69,0	54,5	49,3
60—64	51,3	53,8	63,6	61,4	58,2	59,1	50,9	48,5
65—69	44,3	44,3	49,6	50,4	47,0	49,2	44,0	45,3
70—74	41,4	38,8	45,3	45,6	42,2	46,2	41,8	43,2
75—79	41,7	38,1	44,2	45,5	42,7	50,7	49,8	53,1
80—84	55,6	52,0	55,1	52,1	46,4	52,0	54,3	60,5
85 и старше	70,0	64,1	72,6	79,5	73,7	87,1	92,1	102,5

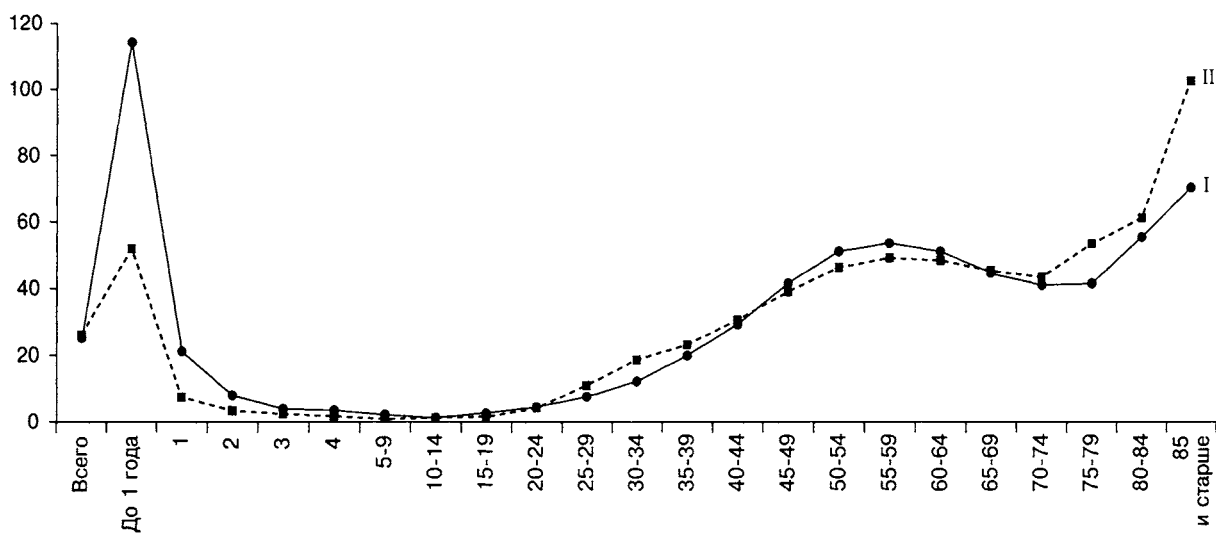


Рис. 3. Динамика повозрастных показателей смертности от пневмоний за 2000 (I) и 2007 (II) гг. (на 100 000 населения).

39 тыс. человек, в 2007 г. — 37,5 тыс., в 2008 г. — 38,5 тыс. человек, и это в период интенсивного внедрения, использования высоких технологий в здравоохранении, выполнения сложнейших оперативных вмешательств, диагностических исследований, применения современных лекарственных препаратов. Нельзя не отметить и то, что в 86% случаев смерти от пневмонии не были определены возбудители данного заболевания, что свидетельствует о применении неспецифических методов лечения и приводит к необоснованному назначению лекарственных препаратов, росту осложнений (табл. 5).

В поликлинической практике часть пневмоний не диагностируется и расценивается как острые респираторные (ОРЗ) или простудные заболевания [8], хотя среди больных гриппом и другими ОРЗ пневмония встречается у 15–20%, что может подтверждаться неустойчивостью показателей заболеваемости пневмониями (рис. 2).

Ряд авторов указывают, что частота врачебных ошибок при диагностике пневмоний превышает 30%, особенно это относится к внебольничным пневмониям. Считается, что в России распространение пневмоний составляет 5–8 случаев на 1000 человек [4, 5–7]. Число взрослых лиц, госпитализированных по поводу пневмонии, в год составляет 353–389 тыс. Летальность при пневмонии, по официальным данным, составляет 3,3–3,6% (табл. 6). Среди всех умерших от пневмонии больные, умершие вне стационара, составляют 66%.

Уровень смертности по данной патологии не

имеет тенденции к снижению, так в 2001 г. он составлял 25,8 случая на 100 000 населения, а в 2008 г. — 27,1. Рост показателей отмечается практически во всех возрастных группах, при этом наиболее выраженное увеличение наблюдается в старших возрастных группах — 70 лет и старше (табл. 7, рис. 3), а также в возрастной группе 25–39 лет. В возрастных группах от 45 до 64 лет наблюдается снижение смертности от пневмоний. Максимальные показатели смертности от пневмоний регистрируются в возрастной группе 85 лет и старше (2001 г. — 64,1 случая на 100 000 населения, в 2007 г. — 102,5), за период с 2001 г. по 2007 г. рост этих показателей составил 60% (табл. 8). На трудоспособный возраст приходится 60% от всех случаев смерти от пневмонии.

В 2007 г. от болезней органов дыхания в состоянии алкогольного опьянения умерли 365 человек, в том числе от пневмонии 176 (48,4%) человек.

Смертность населения от хронических болезней нижних дыхательных путей имеет тенденцию к снижению с 34,5 на 100 000 населения в 2001 г. до 24,4 в 2007 г. (на 29,3%). Максимальные показатели смертности регистрируются также в возрастной группе 85 лет и старше: в 2001 г. — 345,9, в 2007 г. — 269,0 на 100 000 населения (табл. 9).

В трудоспособном возрасте максимальные показатели смертности от хронических болезней нижних дыхательных путей наблюдались в Корякском АО Камчатской области (34,4), Читинской области (19,2) и Агинском Бурятском АО Читинской области (16,9), Чувашской Республике (15,4),

Таблица 8

Динамика смертности от пневмоний населения Российской Федерации (на 100 000 населения)

Год	В целом среди населения	Среди лиц трудоспособного возраста	В возрасте 85 лет и старше
2001	25,8	29,2	64,1
2002	29,7	28,5	72,6
2003	31,0	30,8	79,5
2004	29,6	30,1	73,7
2005	32,4	33,5	87,1
2006	27,3	27,0	92,1
2007	26,4	25,1	102,5

Таблица 9

Динамика смертности от хронических болезней нижних дыхательных путей населения Российской Федерации (на 100 000 населения)

Год	В целом среди населения	В возрасте 85 лет и старше
2001	34,5	345,9
2002	35,4	339,2
2003	34,0	370,9
2004	29,8	317,3
2005	28,9	315,6
2006	26,3	308,3
2007	24,4	269,0

Динамика заболеваемости бронхиальной астмой в Российской Федерации за 2001—2007 г. (на 100 000 населения)

Показатель	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Число зарегистрированных больных	708,5	752,5	783,0	817,7	864,1	888,7	902,8
Число больных с впервые установленным диагнозом	80,3	74,1	73,0	75,1	79,6	83,8	80,8

Омской области (12,4) при среднем общероссийском показателе 5,1.

Минимальные показатели смертности населения трудоспособного возраста от хронических болезней нижних дыхательных путей определены в Ямало-Ненецком АО Тюменской области (0,5), Чеченской Республике и Республике Ингушетия (0,7), Еврейской автономной области (0,8) и Ханты-Мансийском АО Тюменской области (1,4).

С середины 80-х годов прошлого века отмечается рост заболеваемости бронхиальной астмой. Страдают бронхиальной астмой в мире от 4 до 10% населения (около 300 млн человек). В России распространенность этого заболевания среди взрослого населения колеблется от 2,2 до 7%, а в детской популяции этот показатель составляет около 10%. Заболевание может возникнуть в любом возрасте; примерно у половины больных бронхиальная астма развивается до 10 лет, еще у 1/3 больных — до 40 лет. Среди детей, больных бронхиальной астмой, мальчиков в 2 раза больше, чем девочек. К 30 годам соотношение полов выравнивается, а в старших возрастах чаще бронхиальной астмой болеют лица женского пола [3, 11—13].

Эпидемиологические исследования [3] показали, что в России около 7 млн больных бронхиальной астмой, из них официальной статистикой учтен только 1 млн (в 2007 г. — 1 283 921 человек) с тяжелыми формами заболевания, которые требуют 4—5 госпитализаций в год, причем в последнее время это заболевание протекает все более тяжело: при относительно стабильном числе впервые заболевших за каждый год общее число больных стабильно растет (табл. 10).

Однако, несмотря на рост числа больных бронхиальной астмой, за последние 7 лет смертность от этого заболевания снизилась на 29,2% и составила в 2001 г. 3,8 на 100 000 населения, в 2007 г. 2,3. В течение 2007 г. от бронхиальной астмы умерли 3333 человека, из них 1014 в трудоспособном возрасте. Максимальные показатели смертности от

этого заболевания регистрируются в возрастной группе 75—79 лет (табл. 11).

Таким образом, уровень смертности от болезней органов дыхания определяется пневмониями, на которые приходится 48,1% (27,1 случая на 100 000 населения), и хроническими болезнями нижних дыхательных путей — 44,5% (24,4 случая на 100 000 населения), что составляет 92,6%, при этом почти 1/10 хронических болезней нижних дыхательных путей приходится на бронхиальную астму (2,3 на 100 000 населения, или 4,3% от всех заболеваний), хотя случаи смерти от этого заболевания в большинстве случаев предотвратимы.

Но, если рассмотреть 10 субъектов Российской Федерации с максимальными показателями смертности от болезней органов дыхания и приростом в них заболеваемости пневмониями, хроническими болезнями нижних дыхательных путей и бронхиальной астмой (табл. 12), то можно констатировать, что в этих регионах не наблюдается связи между максимальными значениями смертности от болезней органов дыхания и заболеваниями органов дыхания. Для снижения смертности практически в каждом из этих субъектов понадобились бы различные мероприятия.

Практически все рассматриваемые регионы имеют отрицательный прирост смертности от болезней органов дыхания, исключением являются

Таблица 11

Динамика смертности от бронхиальной астмы населения Российской Федерации (на 100 000 населения)

Год	В целом среди населения	В возрасте 75—79 лет
2001	3,8	24,0
2002	3,8	25,0
2003	3,5	21,9
2004	2,9	18,8
2005	2,9	18,5
2006	2,5	16,6
2007	2,3	17,0

Таблица 12

Субъекты Российской Федерации с максимальными показателями смертности от болезней органов дыхания и прирост в них заболеваемости пневмониями, хроническими болезнями нижних дыхательных путей и бронхиальной астмой в 2007 г. (на 100 000 населения)

Субъекты с максимальными показателями смертности	Показатели смертности	Прирост смертности, %	Прирост заболеваемости, %		
			пневмония	заболевания нижних дыхательных путей	бронхиальная астма
Чувашская Республика	126,1	90,4	109,94	107,00	98,99
Республика Марий Эл	11,2	91,3	106,16	99,21	103,11
Курская область	103,4	92,3	90,77	96,61	93,26
Читинская область	101,9	92,6	97,92	85,89	101,78
Агинский Бурятский АО	92,4	104,5	113,06	95,92	113,89
Тульская область	87,8	94,1	107,39	94,75	101,04
Алтайский край	85,1	99,8	122,69	96,58	101,85
Псковская область	80,6	88,4	96,58	86,73	104,89
Смоленская область	78,8	101,8	104,02	92,73	102,21
Республика Алтай	78,1	88,0	90,57	103,02	100,06

Агинский Бурятский АО Читинской области (рост 4,5%) и Смоленская область (рост 1,8%), и именно первый из них является самым неблагополучным: в нем отмечается существенный рост заболеваемости по пневмониям (13,1%) и астме (13,9%). Из наиболее благополучных субъектов можно назвать Курскую область, поскольку там имеется отрицательный рост и в целом по смертности от болезней органов дыхания — 7,7%, в том числе по пневмониям 9,2%, по хроническим болезням нижних дыхательных путей 3,4%, по астме 6,7%.

Социальная значимость и материальный ущерб от заболеваний органов дыхания являются весьма значимыми для здравоохранения.

При всем многообразии этих факторов разработка мероприятий по предотвращению смерти от болезней дыхательных путей вполне реальна. Своевременная и точная диагностика пневмонии, выявление возбудителя, предупреждение аллергических реакций астматического характера, улучшение социальных условий, профилактические мероприятия внесут достойный вклад в снижение смертности от заболеваний органов дыхания.

1. *Авдеев С. Н.* // Consilium medicum. — 2008. — Т. 10. — № 3. — С. 57–64.
2. *Авдеев С. Н., Авдеева О. Е.* Пульмонология. — М., 2009.
3. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. А. Г. Чучалина. М., 2007.
4. *Гогин Е. Е., Тихомиров Е. С.* Диагностика и лечение внутренних болезней. М., 1991.
5. *Дворжецкий Л. И.* // Consilium medicum. — 2008. — Т. 10. — № 3. — С. 34–37.
6. *Исаев Ю., Мойсюк Л.* Бронхиальная астма. Конвенциональные и неконвенциональные методы лечения. М., 2008.
7. *Крылова А. А., Шацкая Е. Г.* // Клини. мед. — 1995. — № 2. — С. 26–29.
8. *Куколь Л. В.* Клинико-экономическое обоснование, моделирование и применение решающих правил при пневмонии. Дис. д-ра мед. наук. Владивосток, 2005.
9. *Овчаренко С. И.* // Consilium medicum. — 2008. — Т. 10. — № 3. — С. 72–75.
10. *Рачина С. А., Козлов С. Н.* // Пульмонология. — 2004. — № 2. — С. 6–12.
11. *Чучалин А. Г., Синопальников А. И., Черниковская Н. Е.* Пневмония. М., 2002.
12. *Чучалин А. Г.* // Рос. мед. журн. — 2004. — Т. 12. — № 2. — С. 58–59.
13. *Шартанова Н. В.* // Пульмонология. — 2004. — № 9. — С. 86–90.
14. *Fine M.* // Pulmonology. — 1996. — N 3. — P. 26–37.

Поступила 21.09.09

© Т. М. МАКСИМОВА, Н. П. ЛУШКИНА, 2009
УДК 614.2:616-53.2-036.12-084

Т. М. Максимова, Н. П. Лушкина

СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва

Т. М. Максимова — д-р мед. наук, проф., гл. науч. сотр. (tmaximova@mail.ru); Н. П. Лушкина — канд. экон. наук, вед. науч. сотр. (917-82-58)

Официальная статистическая информация о зарегистрированных у детей диагнозах при современном техническом оснащении учреждений здравоохранения может разрабатываться в принципиально новых аспектах, использоваться для проверки различных гипотез, ориентировать специалистов клинического профиля и организаторов здравоохранения в выявлении проблемных ситуаций в здоровье детей и их разрешении.

Ключевые слова: база данных персонифицированного учета, оценка среднего возраста выявления заболевания, регистрируемая патология у детей

THE AVERAGE AGE OF CHILDREN WITH CHRONIC PATHOLOGY

Maksimova T.M., Lushkina N.P.

The official statistical data about registered diagnoses in children due to actual high-tech support in medical institutions can be developed in a fundamentally innovative ways. Various approaches can be applied such as hypothesis verification and orientation of clinicians and health managers in the detection and resolving of problematic situations in children health status.

Одной из задач педиатрической службы являются раннее выявление и своевременная коррекция возникающих у детей заболеваний, предотвращение хронизации патологии. Для этого необходимо иметь ориентиры, знать, в каком возрасте выявляются и в каком должны выявляться различные заболевания, средний возраст возникновения и выявления ведущего заболевания, длительность врачебного наблюдения, оценить его эффективность, используя данные об исходах болезни.

Получаемые с использованием существующих в здравоохранении методов статистики данные о заболеваемости не позволяют сделать таких оценок, а система статистической обработки нуждается в модернизации [2, 3, 5]. В то же время необходимо признать, что уникальная система повсеместного учета заболеваний переходит на новый уровень, в стране началось формирование автоматизирован-

ных баз данных, включающих все случаи регистрации патологии и обеспечивающих возможность полицейской разработки данных.

Основная часть (65%) персонифицированных баз данных работает в системе обязательного медицинского страхования, в системе здравоохранения таких баз значительно меньше. В некоторых регионах эти базы данных развиваются одновременно и в отдельных учреждениях системы здравоохранения, и в отдельных страховых медицинских организациях. Необходимо признать, что это будущее статистической деятельности в системе здравоохранения и формирование таких баз данных позволит получать в перспективе принципиально новые статистические показатели заболеваемости, персональные сведения о количестве и месте жительства лиц, нуждающихся в различных видах медицинской помощи, высокотехнологичных мето-

дах лечения и т. п., а также проводить автоматизированную полицевую разработку всего обширного объема информации с выделением проблемных групп [4]. В настоящее время определяются направления работ с персонифицированными базами данных [1], алгоритмы получения нетрадиционных показателей.

На основе данных персонифицированного учета, осуществляемого страховой компанией, в нескольких детских поликлиниках Москвы (более 100 тыс. человек)¹ определено распределение наблюдаемого контингента детей по частоте контактов и количеству зарегистрированных в течение года диагнозов. В течение года не обращались за медицинской помощью или в ходе обращения не было выявлено (зарегистрировано) заболеваний у 17,5% детей, у каждого четвертого был зарегистрирован один диагноз (можно предположить, что в основном это простудные заболевания), более 5 заболеваний на одного ребенка было зарегистрировано у 20% детей, в единичных случаях (2,3% детей) было выявлено 10 и более отклонений в здоровье детей.

Спектр регистрируемой в медицинских учреждениях патологии может характеризовать не только частоту выявления основных заболеваний, но и качество медицинской помощи, в том числе, например, по величине доли в составе регистрируемых заболеваний неуточненных случаев.

Необходимо отметить, что за последние 30 лет тезаурус врачей существенно расширился. В 2004—2006 гг. врачи-педиатры детских поликлиник Москвы активно использовали в своей деятельности около 2000 (1948, не включая сведений о травмах) диагнозов соответственно МКБ-10. Особенно широкий спектр патологии регистрировался по классу "Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения", где использовались, т. е. были известны врачам первичного уровня, работающим в поликлиниках, 219 диагнозов. Это явное свидетельство возросших диагностических возможностей современных детских медицинских учреждений. По данным С. Б. Чалоян и соавт. [6], более 30% всех случаев поликлинического обслуживания детей приходится на специалистов отделений ультразвуковой диагностики и эндоскопии. Около 200 диагнозов использовалось и для характеристики патологии костно-мышечной системы и соединительной ткани (196), болезней органов пищеварения (193), были зарегистрированы 155 разных поражений мочеполовой системы, 137 диагнозов из класса "Некоторые инфекционные и паразитарные болезни". По классу болезней органов дыхания врачи московских поликлиник использовали 113 четырехзначных рубрик МКБ-10.

Можно предположить, что развитие лабораторно-диагностической базы и повышение квалификации врачей приведет к еще более широкому выявлению патологии.

Обращает на себя внимание регистрация в качестве заключительного диагноза значительного количества симптомов (93), признаков и отклоне-

ний от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках, превышающего количество диагнозов по некоторым классам болезней. В среднем по России в 2007 г.² зарегистрировано 3393,4 диагнозов на 100 000 детей, относящихся к этому классу, как состояние, установленное впервые в жизни. Очевидно, что данные состояния требуют уточнения для обеспечения эффективного лечения детей. Однако высокий общий уровень регистрации таких состояний за год (6135,0 на 100 000 детей), куда включены как впервые выявленные, так и ранее известные, в предшествующие годы установленные случаи симптомов, также может рассматриваться как показатель качества медицинской помощи и недостатков или трудностей в диагностике.

На основе анализа персонифицированных автоматизированных баз данных, содержащих результаты диагностики и врачебной регистрации различных диагнозов в условиях детских поликлиник Москвы (2004—2006 гг.) рассчитан средний возраст установления врачами диагноза того или иного хронического заболевания (в разработку включены наиболее распространенные случаи хронических заболеваний и состояний).

В связи с тем что анализируются данные детей, находящихся под регулярным врачебным наблюдением в условиях доступной, развитой и достаточно хорошо оснащенной педиатрической сети Москвы, эти статистические оценки характеризуют средний возраст начала формирования тех или иных хронических болезней в детском возрасте, т. е. представляют фундаментальную основу эпидемиологических характеристик развития патологии.

Поскольку дети наблюдаются независимо от пола, то различия в среднем возрасте выявления хронических заболеваний могут свидетельствовать и о фундаментальных половых различиях формирования различных видов патологии, что также важно как для эпидемиологических оценок, так и для клиники и организации медицинской помощи детям.

Сравнение средних возрастов выявления хронической патологии у мальчиков и девочек свидетельствует о том, что в подавляющем большинстве случаев зафиксированный в медицинской документации возраст выявления хронического заболевания практически не зависит от пола, но существенно отличается по некоторым заболеваниям (табл. 1). Например, сахарный диабет выявляется в среднем у мальчиков на 2,2 года раньше, чем у девочек, в более раннем возрасте (на 1,3—1,5 года) у мальчиков выявляются различные формы диффузного зоба, связанного с йодной недостаточностью, различные формы эпилепсии, хронического синусита (на 2,6 года), но в более старших возрастах по сравнению с девочками устанавливаются диагнозы энуреза (на 1,5 года), хронического гастрита (на 1,1 года), врожденных аномалий сердца (на 2,2—2,3 года), пролапса митрального клапана (на 2,2 года), различных видов кифозов (на 2,1 года), хронических болезней почек и мочевыводящих путей (на 2,2—2,4 года).

Не менее важна оценка величины среднего возраста выявления разных заболеваний с позиций своевременности постановки диагноза, прежде всего не является ли диагноз запоздавшим, не упу-

¹В сборе и обработке материала принимала участие Н. Н. Гаврилова.

²Заболеваемость населения России в 2007 г. Статистические материалы. — М., 2008. — Ч. III. — С. 64—65.

шено ли время проведения необходимых медицинских мероприятий, все ли меры приняты для диагностики и т. д. А поскольку речь идет о хронических заболеваниях, фактически мы говорим о качестве диагностики и лечения предшествующих острых заболеваний и состояний.

Одним из аспектов использования показателя среднего возраста выявления хронических заболеваний является его справочный характер, возможность проведения сравнений такого рода показателей как между различными регионами, так и в пределах конкретной территории (в данном случае Москва) в динамике, чтобы оценить, в более раннем или более старшем возрасте формируется хроническая патология у различных континентов детей. Опираясь на полученные данные, требует совместно с клиницистами рассмотрения вопрос о достаточно поздней диагностике врожденных аномалий сердца (в 5 лет и даже 7 лет у мальчиков), врожденного вывиха бедра (в ряде случаев в возрасте старше года), некоторых отклонений развития костно-мышечной системы (плоская стопа, аномалии ребер), различных видов сколиозов и остеохондрозов (11—12 лет) и т. д. Все это, наряду с вынесением в качестве заключительного диагноза неуточненных случаев, свидетельствует об уровне и качестве диагностики и, соответственно, о качестве меди-

цинской помощи. Очевидно, что смещение среднего возраста выявления хронической патологии у детей в сторону более раннего возраста должно рассматриваться как более позитивное. С другой стороны, некоторые виды патологии в благоприятных условиях могут формироваться и выявляться у детей в более старших возрастах (естественно, при регулярном медицинском наблюдении).

В массовой педиатрической практике в основном с использованием клинических методов оценки выносятся заключения об отклонениях в физическом развитии наблюдаемых детей.

Такие отклонения, требующие медицинской коррекции, могут и должны быть выявлены педиатрами, начиная с раннего возраста, чтобы не допускать выраженных клинических проявлений, появления связанных с этими процессами других отклонений роста и развития, а также развития на фоне отклонений в физическом развитии некоторых видов хронической соматической патологии. Для своевременного выявления указанных отклонений детские медицинские учреждения должны быть повсеместно оснащены необходимым медицинским инструментарием, а врачи должны использовать адекватные методики для регулярной оценки роста и развития детей.

Таблица 1

Средний возраст выявления хронических болезней у детей Москвы в 2004—2006 гг.

Код класса болезней по МКБ-10	Наименование болезней (состояний)	Средний возраст, годы	
		мальчики	девочки
<i>Класс IV (E00—E90)</i> <i>Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ</i>			
E 01.0	Диффузный (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью	8,9	10,2
E 04.0—04.9	Другие формы нетоксического зоба	10,1	11,2
E 10.9	Инсулинзависимый сахарный диабет без осложнений	8,5	10,7
<i>Класс V (F00—F99):</i> <i>Психические расстройства и расстройства поведения</i>			
F 48.0	Неврастения	10,5	10,6
F 98.0	Энурез неорганической природы	6,9	5,7
F 98.5	Заикание [запинание]	4,3	4,8
<i>Класс VI (G00—G99)</i> <i>Болезни нервной системы</i>			
G 40.0—41.1	Различные формы эпилепсии	5,8	7,3
<i>Класс VII (H00—H59)</i> <i>Болезни глаза и его придаточного аппарата</i>			
H 35.0	Фоновая ретинопатия и ретинальные сосудистые изменения	7,5	7,7
H 52.0	Гиперметропия	4,6	4,8
H 52.1	Миопия	10,9	11,0
H 52.2	Астигматизм	5,3	5,3
H 52.5	Нарушения аккомодации	10,5	10,5
<i>Класс VIII (H60—H95)</i> <i>Болезни уха и сосцевидного отростка</i>			
H 65.2—65.4	Хронические негнойные средние отиты	8,2	7,4
H 66.1—66.3	Хронические гнойные средние отиты	8,9	8,1
H 90.0—90.8	Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха	7,6	7,9
<i>Класс IX (I00—I99)</i> <i>Болезни системы кровообращения</i>			
I 05.0—06.9	Ревматические болезни митрального и аортального клапанов	9,0	9,7
I 34.0	Митральная (клапанная) недостаточность	8,1	8,4
I 34.1	Пролапс [продолгование] митрального клапана	12,1	9,9
I 42.9	Кардиомиопатия неуточненная	12,8	12,9
I 49.8	Другие уточненные нарушения сердечного ритма	8,9	8,6
I 51.9	Болезнь сердца неуточненная	13,0	12,9
<i>Класс X (J00—J99)</i> <i>Болезни органов дыхания</i>			
J 31.0	Хронический ринит	6,0	6,2
J 32.0—32.9	Хронические синуситы	6,9	9,5
J 35.0	Хронический тонзиллит	9,4	9,7

Средний возраст выявления впервые в жизни патологии репродуктивных органов и пубертатного периода

Код класса болезней по МКБ-10	Наименование болезней (состояний)	Средний возраст, годы	
		мальчики	девочки
<i>Класс IV (E00—E90)</i>		<i>Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ</i>	
E 28.3—28.9	Различные формы дисфункции яичников	—	11,0
E 30.0—30.9	Задержка и нарушение полового созревания, в том числе неуточненная	13,8	10,2
<i>Класс XIV (N00—N99)</i>		<i>Болезни мочеполовой системы</i>	
N 43.0—43.3	Гидроцеле (различные формы), в том числе неуточненное	1,2	—
N 43.4	Сперматоцеле	13,2	—
N 44	Перекручивание яичка	9,3	—
N 47	Избыточная крайняя плоть, фимоз и парафимоз	4,8	—
N 48.1—48.9	Другие болезни полового члена, в том числе неуточненные	4,2	—
N 61	Воспалительные болезни молочной железы	—	6,9
N 76.1	Подострый и хронический вагинит	—	5,9
N 89.8	Другие невоспалительные болезни влагалища	—	13,6
N91.0-94.8	Разные нарушения менструального цикла	—	13,8
<i>Класс XVII (Q00—Q99)</i>		<i>Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения</i>	
Q 52.5—52.8	Уточненные врожденные аномалии женских половых органов	—	2,9
Q 53.1—53.9	Неопущение яичка (одностороннее, двустороннее, неуточненное)	3,8	—

Особого внимания заслуживает сам факт установления врачами и регистрации в медицинской документации диагноза белково-энергетической недостаточности, связанной, вне всякого сомнения, с недостаточным питанием детей и отражающей на клиническом уровне социально-экономические проблемы общества.

Базы данных о зарегистрированных видах патологии в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях позволяют анализировать всю статистическую информацию в разных ракурсах. Одной из современных проблем является проблема формирования репродуктивного здоровья вступающих в жизнь поколений. В частности, может быть установлено, какие и в каком возрасте выявлены заболевания, характеризующие патологию репродуктивной системы, насколько своевременно они диагностируются, так как важны именно раннее выявление и своевременная коррекция (табл. 3). В наиболее раннем возрасте выявляются врожденные пороки женских половых органов у девочек (средний возраст 2,9 года), различные виды неопущения яичек у мальчиков (3,8 года). Имеются единичные случаи выявления и регистрации неопущения яичек в возрасте 11,5 года и несколько случаев эктопии яичка — средний возраст выявления 6,8 года. Специалисты соответствующего профиля должны оценить, насколько это своевременно. По данным некоторых исследований, оперативное вмешательство по низведению яичек у мальчиков должно быть осуществлено в возрасте до 2 лет (по данным [7], до 1 года) для того, чтобы не допустить нарушений генеративной функции этого органа. Надо ли говорить, что диагностика таких врожденных отклонений элементарна, не требует никакого оборудования и может быть осуществлена еще в роддоме. По данным D. Vhall и соавт. [7], до 6% мальчиков рождаются с крипторхизмом (большинство из них с недостаточной массой тела), к 3 мес — происходит опущение яичек и только 1,6% детей нуждаются в операции.

В дошкольном возрасте 4—6 лет как у мальчиков, так и у девочек регистрируются подострые и хронические заболевания наружных половых органов: вагинит, вульвит у девочек и баланит, баланопостит у мальчиков. В формировании этих заболе-

ваний основную роль играют факторы гигиены, существующие в семье, поэтому в этот период должны проводиться соответствующие профилактические мероприятия достаточно широкого масштаба.

В более старших возрастах регистрируются разные виды нарушений, связанных с пубертатным периодом, — дисфункции яичников у девочек, задержка полового развития у девочек (10,2 года) и мальчиков (13,8 года). Эти нарушения фиксируются на основании данных клинического обследования, поэтому специалисты, наблюдающие за ростом и развитием детей, должны быть обеспечены соответствующими нормативными методическими документами по оценке полового созревания молодежи для более раннего выявления отклонений.

Таким образом, собираемая в рамках официальной статистики информация о зарегистрированных у детей диагнозах при современном техническом оснащении учреждений здравоохранения может разрабатываться в принципиально новых аспектах, использоваться для проверки различных гипотез и приносить новые знания, ориентировать специалистов клинического профиля и организаторов здравоохранения в выявлении проблемных ситуаций в здоровье детей и их разрешении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Методические рекомендации по изучению заболеваемости детского населения / Альбицкий В. Ю., Антонова Е. В., Баранов А. А. и др. — М., 2009.
2. Антонова О. И., Максимова Т. М., Огрызко Е. В. // Вopr. статистики. — 2008. — № 12. — С. 17—21.
3. Максимова Т. М. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 1999. — № 5. — С. 12—15.
4. Максимова Т. М. и др. // Методические материалы по формированию, экономическому обоснованию и реализации территориальных программ ОМС. — М., 2003. — Т. 1. — С. 4—61.
5. Михайлова Ю. и др. Современное состояние и пути развития отечественной медицинской статистики: Специальное приложение к сборнику науч. трудов "Новые технологии в современном здравоохранении". — М., 2007.
6. Чалоян С. Б., Свердловски В. А. // Проблемы городского здравоохранения: Сборник науч. трудов. — М., 2005. — Вып. 10. — С. 10—13.
7. Hall D. M. B., Ellman D. Health for All Children. — Oxford, 2006.

Поступила 04.05.09

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН

Поликлиника № 60 ЮЗАО, Москва

Р. Н. Шавхалов — канд. мед. наук, зам. главного врача по клинико-экспертной работе (iruslan3(@jandex.ru)

Материалы публикаций о реализации приоритетного национального проекта "Здоровье", касающихся, в частности, показателей распределения осмотренных граждан по группам здоровья в ходе проведения дополнительной диспансеризации (ДД), демонстрируют весьма неоднозначные результаты. В статье представлен сравнительный анализ соотношений групп здоровья, установленных по итогам ДД работающих граждан в целом по РФ и муниципального образования за 2006—2008 гг. Для выяснения причин расхождения указанных показателей необходимо углубленное изучение проблема на уровне отдельных муниципальных учреждений первичного звена здравоохранения.

Ключевые слова: приоритетный национальный проект "Здоровье", дополнительная диспансеризация, группы здоровья

R.N. Shavkhalov

THE ANALYSIS OF THE RESULTS OF THE ADDITIONAL DISPENSARIZATION OF WORKING CITIZENS

The materials of publications on the realization of the national priority project "Health" concerning, in particular, the classification of citizens by groups of health in the course of additional dispensarization, indicate quite diverse results. The paper provides a comparative analysis of the correlation between groups of health established according to the results of the additional dispensarization of working citizens in the Russian Federation at large and in municipal formation for the period of 2000-2008. To ascertain the reasons for the divergence of the indicators it is necessary to conduct a thorough study of the problem at the primary level of separate municipal health institutions.

Key words: The National Priority Project "Health", additional dispensarization, groups of health.

Диспансерный метод оказания медицинской помощи населению, внедренный в практику работы амбулаторно-поликлинических учреждений территориальной сети в 1950-е годы, к настоящему времени сохранен в минимальных объемах. Целью дополнительной диспансеризации (ДД) работающего населения, определенной приоритетным национальным проектом "Здоровье" (далее проект) в рамках развития первичной медицинской помощи и проводимой в дополнение к почти свернутой диспансеризации лиц с хроническими заболеваниями, была активизация профилактической деятельности первичного звена и диспансеризации как одного из методов профилактической направленности.

Реализация указанного направления проекта в 2006—2008 гг. требовала формирования соответствующей нормативной правовой базы [2—4].

Нормативными документами определено, что средства федерального бюджета, полученные на проведение ДД работающих граждан, должны направляться на оплату труда медицинских работников, участвующих в ее проведении, и на приобретение необходимых расходных материалов. Были установлены нормативы финансовых затрат на проведение дополнительной диспансеризации 1 работающего гражданина в размере 500 руб. в 2006 г., 540 руб. в 2007 г., 974 руб. в 2008 г. Финансирование расходов на оплату ДД, согласно нормативно-распорядительным документам, осуществлялось в соответствии с договором, заключаемым между региональным отделением Фонда социального страхования РФ, территориальным фондом обязательного медицинского страхования (ОМС) и организацией, оказывающей медицинские услуги, имеющей лицензию на медицинскую деятельность.

Порядок и объемы проведения ДД работающих

граждан, а также формы учетно-отчетной документации ежегодно утверждались Минздравсоцразвития РФ. Порядок и условия предоставления для оплаты реестров счетов, которые формируются на основе персонализированных баз данных, включающих сведения о застрахованных по ОМС гражданах — получателях медицинских услуг, медицинских работников — исполнителях медицинских услуг, а также объемах, видах и страховой стоимости оказанных медицинских услуг, устанавливались приказами Федерального фонда ОМС и Фонда социального страхования РФ [5].

Порядок проведения ДД включал осмотр следующими врачами-специалистами: терапевтом (участковым врачом-терапевтом, врачом общей практики, семейным врачом), эндокринологом, хирургом, неврологом, офтальмологом, урологом (для мужчин), акушером-гинекологом (для женщин), а также проведение таких исследований: клинического анализа крови, клинического анализа мочи, исследование содержания холестерина крови, исследование уровня сахара крови, электрокардиографию, флюорографию (1 раз в год), маммографию (для женщин в возрасте 40—55 лет — 1 раз в 2 года) или ультразвуковое исследование молочной железы. Перечень обязательных исследований в 2008 г. был расширен за счет включения исследований содержания триглицеридов, уровня холестерина липопротеидов низкой плотности сыровотки крови, специфических онкомаркеров СА-125 (для женщин после 40 лет) и PSI (для мужчин после 40 лет).

Участковый врач-терапевт (в случае проведения ДД в учреждении здравоохранения не по месту жительства гражданина — врач, ответственный за проведение диспансеризации) с учетом заключений врачей-специалистов и результатов проведен-

Распределение (в %) граждан, прошедших ДД, по группам здоровья

I группа — практически здоровые	II группа — риск развития заболевания	III группа — нуждающиеся в амбулаторно-поликлиническом лечении	IV группа — нуждающиеся в стационарном лечении	V группа — нуждающиеся в высокотехнологической медицинской помощи
2006 г.				
18,6	19,2	57,4	4,6	0,2
2007 г.				
19,7	16,1	61,2	2,9	0,1
2008 г.				
23,1	16,2	59,0	1,7	0,04

ных лабораторных и функциональных исследований определяет состояние здоровья граждан, прошедших диспансеризацию, и с целью планирования дальнейших мероприятий распределяет их по следующим группам:

I группа — практически здоровые граждане, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении, с которыми проводится профилактическая беседа о здоровом образе жизни;

II группа — граждане с риском развития заболевания, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий; для них составляется индивидуальная программа профилактических мероприятий, осуществляемых в амбулаторно-поликлиническом учреждении по месту жительства;

III группа — граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании для уточнения (установления) диагноза (впервые установленное хроническое заболевание) или лечения в амбулаторных условиях (ОРЗ, грипп и другие острые заболевания, после лечения которых наступает выздоровление);

IV группа — граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях, состоящие на диспансерном учете по поводу хронического заболевания;

V группа — граждане с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по поводу хронического заболевания и имеющие показания для оказания высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи.

Гражданину, прошедшему ДД, после установления группы состояния здоровья и составления программы профилактических мероприятий случай ДД считается законченным. Дообследование в ам-

булаторно-поликлинических или стационарных условиях с целью установления диагноза и/или соответствующего лечения не входит в объем ДД.

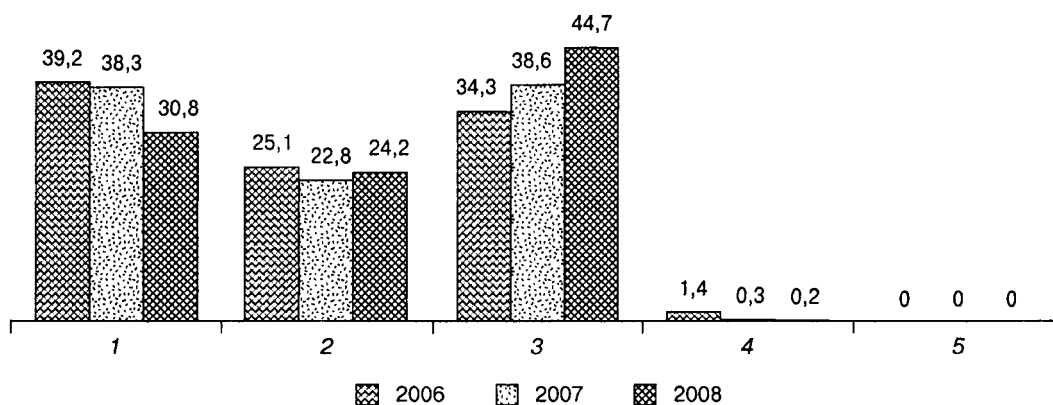
В 2006 г. осуществлялась ДД граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях, в возрасте 35—55 лет, в 2007 г. — того же контингента без возрастных ограничений. В 2008 г. ДД подлежали все работающие граждане, застрахованные в системе ОМС, всех организаций независимо от организационно-правовой формы и формы собственности.

По данным отчета о деятельности Федерального фонда ОМС за 2008 г. [1], численность работающих граждан, прошедших ДД в 2006—2008 гг., составила 13,1 млн: в 2006 г. — 3,2 млн, в 2007 г. — 4,5 млн, в 2008 г. — 5,4 млн (90,5% запланированного объема). Сведения о распределении граждан, прошедших ДД, по группам здоровья демонстрируют некоторую динамику структуры этих групп в разные годы изучаемого периода (см. таблицу).

Как видно из таблицы, удельный вес I группы ежегодно возрастал (с 18,6% в 2006 г. до 23,1% в 2008 г.) за счет снижения объемов групп риска (с 19,2 до 16,2%), а также IV и V групп. Отмечались колебания доли III группы здоровья в пределах 57,4—61,2%, т. е. на уровне 2/3 числа осмотренных граждан в разные годы.

Нам представлялось небезынтересным оценить сложившуюся ситуацию в отношении состояния здоровья работающих граждан на уровне муниципального образования, на учреждения здравоохранения первичного звена которого легла основная нагрузка в проведении ДД. С этой целью провели анализ сводных данных о результатах ДД работающих граждан по одному из административных округов Москвы за 3-летний период — с 2006 по 2008 гг. — по годовым формам отчетной документации — № 12-Д-1, № 12-Д-1-07, № 12-Д-1-08 "Сведения о дополнительной диспансеризации работающих граждан". Результаты проведенного анализа показали довольно высокий уровень охвата контингентов, подлежащих ДД, что в 2006, 2007 и 2008 гг. составило 97,1, 99,8 и 104,5% соответственно.

Число тех, кто проходил ДД, ежегодно возрастало, особенно существенно в 2008 г. — более чем



Распределение (в %) работающих граждан по группам состояния здоровья в муниципальном округе.

1 — I группа здоровья; 2 — II группа; 3 — III группа; 4 — IV группа; 5 — V группа.

в 2 раза (в 2,2 раза) по сравнению с предшествующим периодом, чему в определенной степени способствовало расширение как возрастного диапазона, так и экономической занятости контингентов работающих. Несмотря на то что в 2008 г. ДД не ограничивалась лишь контингентом работников бюджетной сферы, данная категория граждан превалировала в составе лиц, прошедших ДД, — 85,1%.

При изучении динамики распределения осмóренных граждан по группам здоровья выявили несколько иные тенденции, чем в целом по стране (см. рисунок).

Удельный вес лиц, отнесенных к I группе здоровья, — практически здоровые граждане, был наиболее высоким в 2006 г. (39,2%), когда ДД проходили лица в возрасте 35—55 лет, и несколько ниже — 38,3% — в 2007 г. Снятие возрастных ограничений, увеличение численности контингентов, подлежащих ДД в последующие годы, по-видимому, стало одной из причин снижения доли здоровых лиц в составе осматриваемых граждан. Снижение доли здоровых лиц до 30,8% в общем количестве осмóренных имело место в 2008 г. за счет ощóутимого увеличения удельного веса III группы здоровья — нуждающихся в дообследовании или лечении в амбулаторных условиях — до 44,7% против 38,6% в 2007 г. и 34,3% в 2006 г. Менее значимые колебания по годам отмечались в отношении II группы здоровья, доля которой колебалась, составив 25,1% в 2006 г., 22,8% — в 2007 г. и 24,2% в 2008 г. В абсолютных значениях численность граждан, отнесенных как к I, так и ко II группам здоровья, ежегодно возрастала, однако темпы роста были значительно ниже, чем в III группе здоровья. Так, число граждан, признанных здоровыми, за три года возросло в 2 раза, в группе риска — в 2,5 раза, а в III группе — более чем в 3 раза (в 3,3 раза). Со всем малочисленной оставалась IV группа здоровья — нуждавшиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях, доля которых снизилась с 1,4 до 0,2%. Отмечен единичный случай, зарегистрированный за три года в V группе здоровья — нуждающихся в высокотехнологичных видах медицинской помощи.

В целом за три года в амбулаторно-поликлинических учреждениях округа прошли ДД около 70 тыс. граждан, работающих в бюджетной сфере. Вы-

явлено, что 34,6% из них практически здоровы, 24% имели риск развития заболевания, 40,9% нуждались в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях для уточнения диагноза или лечения, 0,5% — в дообследовании и лечении в стационарных условиях, 0,01% — в высокотехнологичных видах медицинской помощи.

Таким образом, результаты ДД работающих граждан в отношении состояния здоровья в соответствии с вышеуказанной классификацией по группам демонстрируют практически противоположные тенденции в целом по стране и муниципальному округу. Интерпретация такой ситуации требует углубленного изучения проблемы на уровне отдельных муниципальных учреждений первичного звена здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Отчет о деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2008 год (Основные итоги) // Обяз. мед. страхование в Рос. Федерации. — 2009. — № 1. — С. 42—65.
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 31.12.2005 г. № 868 "О порядке предоставления в 2006 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования территориальным фондам обязательного медицинского страхования субсидий на проведение дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях". — М., 2005.
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.03.2006 г. № 188 "О порядке и объеме проведения дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях". — М., 2006.
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 14.04.2006 г. № 290 "О порядке и условиях осуществления дополнительной диспансеризации работающих граждан и оказанной им первичной медико-санитарной помощи". — М., 2006.
5. Приказ ФФОМС от 29.03.2006 г. № 42 "Об утверждении реестра счетов и порядке ведения реестров счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан (вместе с "Порядком ведения реестров счетов на оплату проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан (форма РД-1)"). — М., 2006.

Поступила 27.07.09

© Л. Г. РОЗЕНФЕЛЬД, М. В. ЛЕХЛЯЙДЕР, 2010

УДК 614.2:616-002.5-058

Л. Г. Розенфельд¹, М. В. Лехляйдер²

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПОРТРЕТА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ИХ ПРОЖИВАНИЯ

¹ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия; ²ГУЗ Челябинский областной клинический противотуберкулезный диспансер

Л. Г. Розенфельд — д-р мед. наук, почетный проф. каф. общественного здоровья и здравоохранения (351-261-25-96); **М. В. Лехляйдер** — главврач (351-232-15-37).

В ходе исследования были выявлены значимые социальные факторы и условия, характеризующие больных активным туберкулезом. В зависимости от места проживания пациентов требуется разработка адресного комплекса мероприятий.

Ключевые слова: социальные факторы, условия, место проживания

PECULIARITIES OF A SOCIO-HYGIENIC PICTURE OF TUBERCULOSIS PATIENTS
DEPENDING ON THE PLACE OF RESIDENCE

In the course of the study significant social factors and conditions characterizing patients with active tuberculosis were identified. Depending on the place of patient's residence the working out of a targeted complex of measures is required.

Key words: social factors, conditions, place of residence.

Туберкулез остается одной из актуальных проблем современного общества. Социальная значимость туберкулеза и ее взаимосвязь с экономической нестабильностью не утратили своего значения и в настоящее время.

По мнению Д. Н. Голубева [2], проблема туберкулеза все больше приобретает функции социального маркера, свидетельствующего о направленности социальной политики и ее эффективности. Высокая заболеваемость среди медицинских и социальных групп риска; длительная химиотерапия заболевания, приводящая к потере трудоспособности; рост первичного выхода на инвалидность вследствие туберкулеза и смертности позволяют рассматривать туберкулез как не только медицинскую, но и социально-экономическую проблему.

Для проведения исследования по изучению социальной характеристики пациентов с активной формой туберкулеза была сформирована выборочная совокупность. Репрезентативность выборки обеспечивалась математическими расчетами необходимого числа наблюдения по формуле А. М. Меркова [5]. Генеральная совокупность была представлена больными с активной формой туберкулеза, состоящими на диспансерном учете в противотуберкулезных учреждениях Челябинской области.

В обследовании анкетным методом приняли участие 654 больных туберкулезом. После проведенной выбраковки анкет, содержащих ответы менее чем на 60% вопросов, статистической обработке было подвергнуто 642 анкеты, что составляет 10% генеральной совокупности.

Среди обследованных было 43,2% женщин и 56,8% мужчин. В городе проживало 78,6% респондентов, в сельской местности — 21,4%.

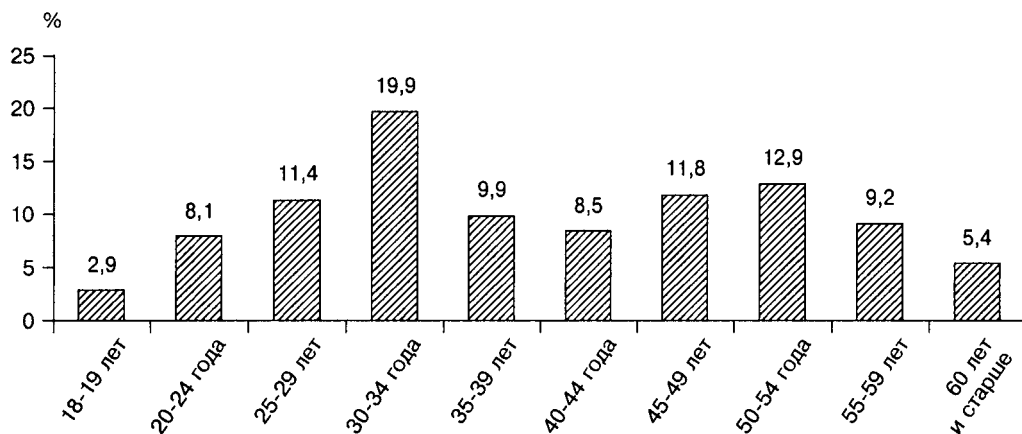
Как видно на рисунке, большинство пациентов относится к трудоспособному возрасту от 20 до 49 лет, что соответствует основным тенденциям заболеваемости туберкулезом по Челябинской области и Российской Федерации в целом [7].

По уровню образования наибольший удельный вес принадлежал респондентам со средним и средним специальным образованием — 23 и 41% соответственно. Доля лиц с незаконченным высшим и высшим образованием относительно невелика и составила 15,2%. Обращает на себя внимание высокий удельный вес среди больных туберкулезом лиц с незаконченным средним и начальным образованием — 20,9%. Число таких пациентов в 1,7 раза больше в сельской местности, чем в городе ($p < 0,05$).

Анализ трудовой занятости респондентов показал, что официально трудоустроено было 52,8% пациентов, 16,6% являлись инвалидами по заболеванию, 7,8% — пенсионерами по возрасту, 20,3% не работали, 2,5% были учащимися средних школ и техникумов. Высокий удельный вес инвалидов по заболеванию среди респондентов объясняется тем, что при туберкулезе группа инвалидности устанавливается как по медицинским, так и по социальным показаниям. Учитывая, что 84% инвалидов принадлежали к возрастной группе от 21 до 50 лет, мы проанализировали показания и установили, что значительной части из них (примерно 37%) группа инвалидности была определена по социальным показаниям.

Социальный статус существенно различался у респондентов, живущих в сельской местности и в городе. Среди жителей села достоверно больше учащихся, пенсионеров по возрасту, инвалидов по заболеванию, меньше служащих и предпринимателей. Доля неработающих лиц и респондентов, занятых в рабочих специальностях, была примерно одинакова. На наш взгляд, данные особенности необходимо учитывать при организации работы по раннему выявлению туберкулеза и разработке профилактических мер.

Невысокий образовательный уровень респондентов определял характер трудовой деятельности. Лишь 26,2% были заняты умственным трудом и ра-



Распределение пациентов по возрасту.

ботали служащими, 4,7% работали у частных предпринимателей. Подавляющее большинство (69,1%) были заняты в рабочих специальностях, причем процент из них у мужчин был в 2,1 раза выше, чем у женщин ($p < 0,05$).

Оценивая семейное положение респондентов, следует отметить, что доля пациентов, состоящих в официальном браке, составляла не более 38%, причем данный показатель выше у женщин, чем у мужчин ($p < 0,05$). В незарегистрированном браке проживало 17,3% респондентов, 8% были вдовами (вдовцами), 12,5% находились в разводе, 7,7% в браке не состояли, проживали с родственниками, 16,6% были одиночками. Доля лиц, находящихся в разводе, не имеющих семьи, значительно больше в сельской местности. Отсутствие семьи, одиночество не только влияют на течение туберкулеза, но и в значительной мере снижают мотивацию к лечению, что показано в ряде исследований [1].

Указать источник постоянного дохода смогли 78,2% респондентов, причем у 49,3% пациентов — это заработная плата, у 38,1% — пенсия по инвалидности, у 12,6% — пенсия по возрасту, 14,5% респондентов указали на случайные заработки и 7,3% не смогли указать источника дохода.

Что касается материального положения респондентов, на момент анкетирования 56,7% имели доход на 1 члена семьи ниже минимального прожиточного минимума. Такая ситуация чаще встречалась у жителей сельской местности, чем у жителей города (73,9 и 39,5% соответственно; $p < 0,05$).

Полученные данные о материальном доходе отражают состояние и организацию питания в семьях больных туберкулезом. Полноценным считают свой рацион лишь 35,5%. Недостаток в рационе белковых продуктов (мяса, рыбы), свежих овощей, фруктов отметили 56,8% жителей города и 32,2% жителей села. Следует подчеркнуть, что рациональное и полноценное питание имеет важное значение для всех видов профилактики туберкулеза.

В профилактике передачи туберкулеза особое значение принадлежит изоляции контактных с больными на микро- и макросоциальном уровнях.

В связи с этим нами изучены жилищные условия респондентов.

В благоустроенной квартире более 12 м² на 1 человека семьи проживает 31,8%, менее 6—12 м² — 4,1% респондентов, в отдельной, но неблагоустроенной квартире — 4,8% респондентов, 4,5% имели комнату в коммунальной квартире. Доля пациентов, проживавших в собственном доме, составила 26,4%, на отсутствие своего жилья указали 8,5% респондентов, проживали в общежитии или снимали комнату (квартиру) 3,5 и 4,8% больных соответственно, 5,1% респондентов вообще не имели постоянного места жительства.

Между жителями города и села определились различия в жилищных условиях: в городе респонденты проживают в благоустроенных квартирах, на селе в своих домах. Однако, если оценивать жилищные условия с точки зрения профилактики заражения туберкулезом и изоляции контактных, они были неудовлетворительными в 41,8% случаев у жителей города и у 48,1% респондентов, проживающих на селе. 63,3 из 100 респондентов указали, что не могут выделить отдельную комнату для проживания больного туберкулезом. Ситуация усугубляется тем, что в неудовлетворительных жилищных

условиях совместно с респондентами в 38,5% случаев проживают дети, что создает условия для инфицирования и заболевания ребенка [4, 6].

Субъективная оценка респондентами состояния своего здоровья показала, что абсолютное большинство (89,9%) респондентов беспокоятся о состоянии своего здоровья, 7,2% затруднились ответить, 2,8% ответили "нет" (см. таблицу).

Каждый третий (30,6%) пациент считает себя здоровым или практически здоровым. Доля пациентов с хроническими заболеваниями, которые считали себя больными, составила 44,6%; 18,5% затруднились ответить и 4,4% вообще к врачам не обращались. Ответы "затрудняюсь ответить" и "к врачам не обращаюсь" достоверно чаще дают мужчины, чем женщины.

Несмотря на то что доля практически здоровых достоверно выше среди жителей сельской местности, в целом доли здоровых и практически здоровых лиц в изучаемых группах достоверно не различаются. Это, на наш взгляд, объясняется уровнем образования, низкой медицинской активностью, особенностями ведения домашнего хозяйства, а также относительной отдаленностью первичной медико-санитарной помощи.

Большое влияние на состояние здоровья как сельских, так и городских жителей оказывают вредные факторы и отрицательные индивидуальные привычки, такие как курение и употребление алкоголя.

Неудовлетворены условиями труда 35,1% работающих респондентов, наличие вредных производственных факторов отмечают 78%, причем более половины отмечают сочетание 2 и более вредных факторов.

В ряде исследований показано, что наличие вредных производственных факторов способствует развитию не только хронических заболеваний органов дыхания, но и значительно утяжеляет течение туберкулезного процесса [3].

По данным анкетного обследования курят 61,3% респондентов, причем данный показатель в 1,9 раза выше у мужчин, чем у женщин, и в 1,3 раза чаще встречался у жителей сельской местности, чем у жителей города ($p < 0,05$). Положительным моментом явилось то, что 60,8% больных туберкулезом, принимавших участие в исследовании, хотели бы бросить курить.

В качестве меры для изучения субъективной оценки частоты употребления спиртных напитков мы взяли 150 мл 40° алкоголя. Не чаще 1 раза в ме-

Субъективная оценка здоровья респондентами из городской и сельской местности (в %)

Субъективная оценка	Жители	
	городские	сельские
Здоров (нет жалоб и хронических заболеваний, редкие острые заболевания)	12,9	8,8
Практически здоров (хронические заболевания в легкой форме или частично острые заболевания)	18,5	26,5
Болен (хронические заболевания с частыми обострениями)	47,5	29,4
К врачам не обращаюсь	3,4	12,0
Затрудняюсь ответить	17,7	23,3

Примечание. Достоверность различий между показателями городских и сельских жителей $p < 0,05$.

сяц такой объем употребляли абсолютное большинство респондентов — 75,5%, еженедельно — 18,5%, каждый день — 3,2%; наличие "запоев" отметили — 2,8%.

Данные об употреблении спиртных напитков практически не различаются у городских и сельских жителей, но имеются существенные гендерные различия. Абсолютное большинство (93,4%) женщин употребляли алкоголь не чаще 1 раза в месяц, 5,1% еженедельно, лишь 1,5% женщин употребляли спиртные напитки 3—4 раза в неделю. Напротив, у мужчин достоверно чаще отмечалось еженедельное употребление алкоголя (27,2%); ежедневно употребляли спиртные напитки 3,7%; "запойно" — также 3,7% респондентов. Все различия статистически достоверны ($p < 0,05$). Однако можно предположить, что распространенность злоупотребления алкоголем среди респондентов значительно выше, так как 31,2% отметили похмельный синдром.

Абсолютное большинство (97,7% в городской и 92,3% в сельской местности) пациентов не рассматривают алкогольную зависимость как болезнь и не считают необходимым обращение к наркологу.

Употребление наркотических препаратов чаще отмечено у респондентов из городской, чем из сельской местности (7,6 и 2,6% соответственно; $p < 0,05$).

Таким образом, проведенный анализ позволил определить основные значимые социальные фак-

торы, характеризующие больных с активной формой туберкулеза: низкий уровень дохода, стесненные жилищные условия, тяжелый физический труд, курение, злоупотребление алкоголем, невнимательное отношение к своему здоровью. Социальные характеристики респондентов свидетельствуют о более неблагоприятной ситуации в сельской местности, требующей разработки адресного комплекса мероприятий по раннему выявлению и профилактике туберкулеза у данной группы населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богородская Е. М. // Пробл. туб. — 2009. — № 2. — С. 3—11.
2. Голубев Д. Н. // Приоритетные направления в обеспечении результативности системы противотуберкулезных мероприятий в современных эпидемиологических условиях: Сборник науч. трудов. — Екатеринбург, 2008. — С. 6—9.
3. Жданова Е. А. Медико-социальные аспекты заболеваемости туберкулезом в условиях крупного промышленного города: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Уфа, 2000.
4. Косиццева О. В. // Пробл. туб. — 2008. — № 10. — С. 32—35.
5. Мерков А. М. Методические проблемы выборочного исследования общей заболеваемости. — М., 1962.
6. Микиртичан Г. Л., Джарман О. А. // Пробл. туб. — 2005. — № 7. — С. 28—32.
7. Туберкулез в Российской Федерации 2007 // Аналитический обзор основных статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации / Под ред. М. И. Перельмана, Ю. В. Михайловой. — М., 2008. — С. 19—24.

Поступила 03.11.09

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2010

УДК 614.2:616-051:312.6

М. С. Гурьянов, И. А. Камаев, Н. И. Гурвич

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава

М. С. Гурьянов — канд. мед. наук, доц.; И. А. Камаев — д-р мед. наук, проф., зав. каф.; Н. И. Гурвич — канд. мед. наук, ст. преподаватель (vic751@yandex.ru)

В крупном многопрофильном стационаре Нижнего Новгорода изучены отдельные параметры состояния здоровья медицинского персонала с применением социологического метода. Результаты саморегистрации хронических заболеваний свидетельствуют о высоком уровне болезненности изученного контингента. Различия в уровне и структуре хронической патологии в сравнении с данными литературы доказывают обоснованность применения социологического метода для изучения состояния здоровья медицинских работников.

Ключевые слова: медицинские работники, заболеваемость, саморегистрация

I.A. Kamaev, M.S. Gurianov, N.I. Gurvich

THE SOCIOLOGICAL SURVEY OF HEALTH WORKERS MORBIDITY AT THE MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

Some parameters of the health status of medical workers using a sociological method were studied at a large multidisciplinary hospital of Nizhny Novgorod. The results of self-registration of chronic diseases are indicative of the high level of morbidity in the study group. The differences in the level and structure of chronic pathology as compared with literature data prove the validity of using the sociological method to study the health status of medical workers.

Key words: health workers, morbidity, self-registration.

Охрана и укрепление здоровья работников здравоохранения относятся к числу важных мероприятий, определяющих успешность реализации приоритетного национального проекта "Здоровье". Работники медицинской отрасли находятся в группе

профессий с наиболее высокими показателями заболеваемости [4]. Вместе с тем частота их обращаемости в лечебно-профилактические учреждения за медицинской помощью традиционно является низкой вследствие распространенного само-

взаимолечения. В связи с этим достаточно трудно получить представление об истинном состоянии здоровья данного профессионального контингента, что препятствует научно обоснованной разработке и эффективной реализации целевых программ охраны и укрепления здоровья в медицинских коллективах.

В настоящее время доказана высокая ценность сведений о состоянии здоровья медицинских работников, собранных анамнестическим методом. Данные саморегистрации заболеваний, как правило, имеют комплексный характер, сочетая в себе элементы информации об обрабатываемости медработников в лечебно-профилактические учреждения и материалов углубленных медицинских осмотров [1]. Кроме того, в рамках социологического исследования становится возможным изучение факторов формирования здоровья, включая медико-психологические параметры, определяющие отношение медицинских работников к собственному здоровью, медицинскую активность, медико-профилактические установки. Использование заранее подготовленных карт для саморегистрации заболеваний позволяет минимизировать влияние субъективного фактора на достоверность предоставляемой информации.

Исходным параметром социологического исследования, проведенного среди врачей и среднего медицинского персонала крупного многопрофильного стационара, явилась самооценка собственного здоровья. Использование стандартной 5-балльной шкалы позволило определить среднюю оценку, составившую в целом по группе врачей $3,68 \pm 0,12$ балла, по группе медицинских сестер $3,44 \pm 0,07$ балла. Отличным свое здоровье назвали менее десятой части анкетированных: 12,6% врачей-мужчин, 6,8% врачей-женщин и 8,6% медицинских сестер. Оценка "4" присутствовала в 52,4% анкет врачей-мужчин, в 45,1% анкет врачей-женщин и в 34,5% — медработников среднего звена. Оценка "3" чаще встречалась среди женщин-врачей и медсестер — в 44% случаев, тогда как среди мужчин значительно меньше — 24,3% ($p < 0,05$). Неудовлетворительными оценками "1" и "2" для определения уровня своего здоровья воспользовались в среднем 5% опрошенных без значимой разности в исследуемых группах.

Анализ того же параметра в разрезе отдельных специальностей показал наиболее высокий средний балл в группе врачей-мужчин параклинических подразделений и терапевтов — $4,04 \pm 0,13$. Наименьший средний балл был зарегистрирован в

группе медперсонала среднего звена хирургического профиля — $3,4 \pm 0,09$.

Полученные результаты позволяют констатировать, что лишь немногим более половины медработников положительно оценивают состояние своего здоровья. Вместе с тем данные материалы больше свидетельствуют о высоком уровне самокритики, чем об истинной картине заболеваемости. По убеждениям психологов, оценка собственного здоровья у женщин чаще бывает искусственно занижена, а у мужчин, наоборот, обычно несколько завышена [3].

Более достоверные сведения о заболеваемости медицинских работников были получены при анализе материалов саморегистрации случаев хронических заболеваний. В соответствии с предоставленными данными хронические заболевания имеют 59,2 на 100 опрошенных врачей и 56,3 — медперсонала среднего звена, что в среднем несколько ниже данных, приводимых в научной литературе [5, 6]. В связи с этим при последующем анализе была учтена значительная доля респондентов, не ответивших на вопрос о наличии хронических заболеваний, что позволило предположить более высокий уровень хронической патологии в исследуемой совокупности (см. таблицу).

По материалам саморегистрации, самым болезненным контингентом оказались врачи-женщины, среди которых имеют хронические заболевания 64,8 на 100 опрошенных, в группе врачей-мужчин лиц с хроническими болезнями в 1,3 раза меньше ($p < 0,02$). Среди различных профессиональных подгрупп наибольшее количество респондентов с хронической патологией было отмечено в группе врачей-женщин вспомогательных и параклинических подразделений — 71,2 на 100 опрошенных, наименьшее — в группе врачей-мужчин и медсестер того же профиля — 29,6 и 46,8 на 100 опрошенных в каждой подгруппе ($p < 0,001$ и $p < 0,002$ соответственно).

Кроме более высокого уровня хронической патологии в подгруппах женщин по сравнению с мужчинами чаще отмечено более тяжелое течение заболеваний. Свыше третьей части респондентов указала на частые обострения (3 и более рецидивов в год), тогда как в группе мужчин часто рецидивирующие заболевания составили пятую часть случаев.

Изучение распространенности хронической патологии среди медработников позволило выявить у большинства респондентов множественную хроническую патологию. Из числа опрошенных, под-

Распространенность хронических заболеваний (на 100 опрошенных) среди медицинских работников и среднегодовая частота рецидивов (на 100 опрошенных — в каждой группе)

Частота ответов	Врачи		Медсестры	Всего
	мужчины	женщины		
Не имеют хронических заболеваний	27,2	21,0	29,0	26,7
Не ответили	22,3	14,2	14,9	15,9
Имеют хронические заболевания	50,5	64,8	56,1	57,4
В том числе:				
1 заболевание	20,4	11,1	11,4	12,8
2 заболевания	14,6	32,7	28,1	27,1
3 заболевания и более	15,5	21,0	16,6	17,5
В том числе:				
с редкими рецидивами (2 и менее раз в год)	39,8	43,8	37,3	39,4
с частыми рецидивами (3 и более раз в год)	10,7	21,0	18,8	18,0

твердивших наличие хронических заболеваний, указали только 1 нозологическую форму — пятая часть респондентов, 2 заболевания — почти половина, 3 и более — треть медработников.

Таким образом, с учетом всех названных в анкетах нозологических форм показатель распространенности хронических заболеваний в целом составил 124,8 случая на 100 опрошенных. В группе врачей-женщин уровень хронической заболеваемости значимо выше — 151,9 по сравнению с врачами-мужчинами и медперсоналом среднего звена — соответственно 101 и 119,9 на 100 опрошенных. Кроме того, установлена повышенная распространенность множественной хронической патологии среди медработников терапевтического профиля — 162,8 на 100 опрошенных, в хирургических, вспомогательных и параклинических подразделениях показатель ниже — соответственно 119,8 и 106,8 на 100 опрошенных.

В структуре выявленной хронической патологии превалирует класс болезней системы кровообращения, который составляет 21,7% (рис. 1). Из числа названных нозологических форм данного класса болезней более половины составила артериальная гипертония I—III степени тяжести, треть случаев — варикозная болезнь нижних конечностей, цереброваскулярные заболевания, ишемическая болезнь сердца и стенокардия.

Второе место в структуре заболеваемости медработников принадлежит классу болезней органов пищеварения, его доля составляет 17,6%. Среди всех заболеваний пищеварительного тракта каждый 3-й опрошенный назвал гастриты и гастроудениты, каждый 5-й — заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей, каждый 12-й — заболевания поджелудочной железы и каждый 15-й — язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

На третьем месте находится класс болезней костно-мышечной системы, составивший в структуре заболеваемости 16,8%. По данному классу болезней до 80% всей нозологии обусловлено остеохондрозом позвоночника, хронической радикулопатией и вертеброгенными болями церебральных, люмбальных и торакальных отделов.

Класс болезней органов дыхания по долевого распределению в структуре заболеваемости оказался на четвертом месте, составляя 10,2%. В этом классе болезней респонденты наиболее часто указывали хронические формы бронхита и трахеита, тонзиллита и фарингита, гайморита и синусита. Около 40% всей патологии данного класса составили заболевания органов дыхания аллергического генеза, такие как вазомоторный ринит, поллиноз и бронхиальная астма.

Доля класса болезней мочеполовой системы составила 8,3%, что соответствует пятому ранговому месту в структуре. В связи с тем что две трети респондентов было представлено женским контингентом, большую часть названной патологии составили заболевания гинекологической сферы (эрозии шейки матки, сальпингиты и оофориты, доброкачественные дисплазии и полипы женских половых органов, кистомы яичника, расстройства менструальной функции, нарушения, обусловленные климактерическим синдромом). Среди хронических заболеваний почек и мочевыводящих путей наиболее часто отмеча-

лись цистит и пиелонефрит, реже — мочекаменная болезнь и гломерулонефрит.

В структуре хронической патологии медработников особенного внимания заслуживает класс болезней кожи и подкожной клетчатки. Его удельный вес практически такой же, как и в предыдущем классе болезней — 8%. Большая часть заболеваний кожи представлена экземой, аллергическими и контактными дерматитами, вызванными лекарственными и дезинфицирующими средствами. Согласно полученным данным хронические заболевания кожи имеются у каждого десятого медицинского работника. Данные литературы, основанные на результатах медицинских осмотров, свидетельствуют о вдвое меньшей распространенности данной патологии среди медработников [2, 7]. Выявленное отличие было отнесено к графе преимуществ, наблюдаемых при сборе информации о заболеваемости медицинского персонала методом саморегистрации случаев.

В структуре хронических заболеваний необходимо также отметить высокую долю класса болезней нервной системы — 5,4%, эндокринной системы — 4,9%, заболеваний глаза и его придаточного аппарата — 4,4%. Среди нозологических форм по классу болезней нервной системы респонденты чаще указывали различные проявления вегетососудистой дистонии, мигренеподобные головные боли, неврозы и расстройства деятельности периферической нервной системы. В классе болезней эндокринной системы чаще остальных были названы гиперплазии щитовидной железы, сахарный диабет и различные типы нарушений обмена веществ. Основная часть заболеваний по классу болезней глаза — это миопия различной степени, астигматизм, нарушение аккомодации, катаракта, конъюнктивиты и блефариты.

Невысокая распространенность заболеваний глаза в нашем исследовании (5,5 на 100 опрошенных), относительно данных, представленных в литературе [6, 7], по всей вероятности, обусловлена несерьезным отношением медработников к некоторым нарушениям функции зрения. К примеру, миопия нередко становится "привычным недомоганием" для некоторых пациентов, поскольку связанные с ней неудобства обычно успешно компенсируются ношением очков и линз.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали достаточно самокритичное отношение медицинских работников к своему здоровью, средняя оценка по всем изучаемым подгруппам составила 3,5 балла. Вместе с тем итоги самооценки здоровья коррелируют с результатами изучения распространенности хронической заболеваемости. Ее анализ, проведенный в подгруппах врачей и медработников среднего звена с разделением по полу и профилю подразделения, позволил установить наиболее высокие показатели среди медработников терапевтического профиля, особенно среди врачей женского пола.

Структура хронической заболеваемости в нашем исследовании сходна с таковой, рассчитанной по данным обращаемости и углубленных медицинских осмотров, представленной в литературе. Однако есть и отличия: повышенная частота болезней кожи и подкожной клетчатки, нервной системы, органов пищеварения и в 1,5 раза меньшая распространенность заболеваний мочеполовой сферы.

Установленные различия связаны, на наш взгляд, с одной стороны, с нежеланием респондентов сообщать о некоторых заболеваниях, с другой — с рядом негативных факторов, сопровождающих изучение заболеваемости медработников по данным медицинских осмотров. В числе этих факторов: во-первых, ограниченный выбор профиля врачей-специалистов, участвующих в периодических медицинских осмотрах; во-вторых, преимущественное участие в выборочных углубленных медицинских обследованиях наиболее болезненного контингента медработников; в-третьих, недостаточное качество медицинских осмотров, как правило, ограниченных временем и материальными средствами.

Особенности заболеваемости, установленные по материалам саморегистрации медработниками случаев хронических заболеваний, свидетельствуют о целесообразности использования данного метода в качестве существенного дополнения общей картины состояния здоровья медицинского персо-

нала. Их необходимо учитывать при составлении комплексных целевых программ по сохранению, восстановлению и укреплению состояния здоровья медицинских кадров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глотова И. Г., Дзугаев В. К. // Главврач. — 2003. — № 6. — С. 21—23.
2. Горблянский Ю. Ю. // Медицина труда и пром. экол. — 2003. — № 1. — С. 44—47.
3. Дуброва В. П. // Паллиатив. мед. и реабил. — 2001. — № 1. — С. 21—24.
4. Измеров Н. Ф. Анализ влияния профессиональных факторов на здоровье медиков. — М., 2005.
5. Камаев И. А., Сорокина М. Г. // Нижегород. мед. журн. — 2004. — № 3. — С. 109—118.
6. Козин Н. Д., Митрошина О. И. // Современные методы диагностики и лечения в медицине: Сборник науч. трудов. — Саранск, 2000. — С. 197—199.
7. Кузьменко М. М. // Развитие стационарной медицинской помощи в период реформы здравоохранения в России. — М., 1996. — С. 248—250.

Поступила 03.03.09

© О. В. МЕДВЕДЕВА, 2010

УДК 614.2:314.3/5

О. В. Медведева

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ГОРОДСКИХ СЕМЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ БРАКА

ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

О. В. Медведева — канд. мед. наук, доц. (medvedeva1104@mail.ru)

В Рязанской области проживает 26 тыс. семей, в которых оба супруга моложе 30 лет, каждая третья молодая семья бездетна. Подавляющее большинство (84,5%) молодых супружеских пар с детьми имеют 1 ребенка, 14,4% — 2 детей, 1% — 3 детей и более. По результатам проведенного исследования представлена сравнительная социально-гигиеническая характеристика семей, заключивших юридический брак и проживающих в консенсуальном союзе. Проведен анализ основных причин, приводящих значительную часть семей к ограничению рождений.

Ключевые слова: семья, формы брака, детность семей

O.V. Medvedeva

THE REPRODUCTIVE FUNCTION OF URBAN FAMILIES DEPENDING ON THE FORM OF MARRIAGE

In the Ryazan oblast there are 26 thousand families in which both spouses are under 30 years of age, and every third young family is childless. The overwhelming majority (84.5%) young married couples with children have one child, 14.4% - two children, 1.0 - three children and more. According to the results of the study, a comparative socio-hygienic characteristic is presented of families which contracted a legal marriage and live in a consensual alliance. An analysis was made of the main reasons which forced a significant number of families to limit births.

Key words: family, forms of marriage, number of children

По данным Всероссийской переписи населения 2002 г., в Рязанской области учтено 363,7 тыс. семей, в которых проживало 78,9% населения. Абсолютное большинство семей (84%) имели в своем составе не более 3 человек. Менее половины (45,3%) семей в Рязанской области имели в своем составе несовершеннолетних детей, причем этот показатель в городских поселениях был выше, чем в сельской местности (46,9 и 41,4% соответственно). Типичными оставались семьи, имевшие 1 (73,4%) или 2 (23,4%) детей. Только 3,2% семей имели 3 и более детей [1, с. 21].

В 2007 г. ситуация претерпела значительные изменения: в Рязанской области проживает 26 тыс. семей (7% от общего числа), в которых оба супруга моложе 30 лет. Каждая третья молодая семья бездетна: в городских поселениях, на которые прихо-

дится 77% семей, где оба супруга моложе 30 лет, их удельный вес составил 32,2%, в сельской местности — 19,7%.

Подавляющее большинство (84,5%) молодых супружеских пар с детьми имеют 1 ребенка, 14,4% — 2 детей, 0,9% — 3 детей, 0,1% — 4 детей [2, с. 36].

Сведения о числе незарегистрированных брачных союзов впервые были собраны при проведении переписи населения 2002 г.: из общего числа супружеских пар в России (34 млн) 3 млн (8,9%) состояли в незарегистрированном браке.

О распространенности консенсуальных браков косвенно свидетельствует и быстрый рост внебрачных рождений. В настоящее время в России более 1/4 рождений (28%) совершаются вне зарегистрированного брака, в Центральном федеральном округе доля таких рождений несколько ниже (24,2%),

хотя очень близка к общероссийской. Самый высокий процент роста за 1995—2007 гг. отмечается в Рязанской, Брянской и Ивановской областях (61,9, 61,5 и 61,1% соответственно), а самый низкий — в Воронежской (17,2%) и Московской (22,3%) областях.

Материалы и методы

В проведенном нами исследовании акцент делался на семьи, заключившие юридический брак, и семьи, проживающие в консенсуальном союзе.

Опрос проводился по специально разработанной программе, а в основу формирования исследуемой совокупности, кроме возраста вступления в брак у женщин (до 35 лет), были положены также паритет брака (первый для обоих супругов), стабильность семьи и проживание в Рязанской области в течение 10 лет супружеской жизни. В итоге была сформирована группа наблюдения, состоящая из 2702 супружеских пар. Ниже представлена сравнительная характеристика семей, зарегистрировавших юридический брак (1-я группа) и проживающих в фактическом браке (2-я группа).

Результаты и обсуждение

В результате исследования были получены сведения о распределении семей по брачному стажу. Больше половины семей 1-й группы и подавляющее большинство семей 2-й группы прожили вместе менее 6 лет (57,8 и 87,5% соответственно), однако доля таких семей во 2-й группе в 1,5 раза больше ($p < 0,05$). Достаточно высок удельный вес семей 1-й группы, проживших в браке более 6 лет (42,2%), в то время как во 2-й группе таких семей в 3 раза меньше ($p < 0,01$).

Следует отметить, что семьи в значительной степени ограничивают свой состав. Большинство брачных пар имеют 1 ребенка или вообще остаются бездетными: в 1-й группе имеют детей 79,1% семей, тогда как во 2-й группе — лишь 21,9% семей.

Среди семей, имеющих детей, в 1-й группе подавляющее большинство (62,6%) составили однодетные семьи, доля двухдетных семей — 16,5%, а семей с 3 детьми вообще не было.

Во 2-й группе подавляющее большинство семей (78,1%) бездетны, однако достаточно велик и удельный вес семей (21,9%), имеющих 1 ребенка.

42,9% опрошенных семей собираются иметь 1 ребенка, 49,5% — 2, 6,6% — 3 и более, а 1% не хотят иметь детей.

Семьи как 1-й, так и 2-й групп в первую очередь и практически в равной степени беспокоит материальное положение (71,3% мужчин и 69,4% женщин в 1-й группе и соответственно 63,3 и 54,3% во 2-й группе), однако мужчины отмечают эту проблему чаще, чем женщины, причем во 2-й группе больше половины (54,5%) мужей работают в коммерческих структурах, тогда как в 1-й группе — только 23,7%. В семьях 2-й группы в 3,6 раза выше удельный вес мужчин, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью и бизнесом (5,3% в 1-й группе и 19,1% во 2-й группе).

Проблемой жилья в большей степени озабочены женщины обеих групп (55,6% в 1-й группе и 71,6% во 2-й группе).

Боязнь потерять работу чаще отмечают мужчи-

ны, зарегистрировавшие брак (31,4 на 100 ответивших), и женщины, проживающие в консенсуальном союзе (18,9%).

Обращает на себя внимание тот факт, что среди наиболее важных проблем мужа независимо от формы брака отмечают плохие отношения в семье гораздо чаще (5,1% в 1-й группе и 3,5% во 2-й группе), чем их жены (всего 2,1 и 1,8% соответственно) ($p < 0,05$). Кроме того, и мужчин, и женщин в 1-й группе больше, чем во 2-й, беспокоят состояние собственного здоровья (соответственно 15,6 и 8,6% против 2,2 и 1,1%).

Взаимоотношения супругов оказывают существенное влияние на формирование семьи и стабильность брака и являются важным фактором, определяющим репродуктивное поведение супругов.

Большинство респондентов 1-й группы оценивают взаимоотношения в своей семье как хорошие, без конфликтов и хорошие с периодическими конфликтами (66,3% женщин и 55,3% мужчин), тогда как во 2-й группе больше половины ответивших оценивают отношения как удовлетворительные и плохие с частыми конфликтами (51,9% женщин и 54,6% мужчин).

В семьях, зарегистрировавших брак, по оценкам мужчин, частых конфликтов в семье в 7,6 раза меньше, чем в консенсуальных союзах ($p < 0,01$).

Если рассмотреть ранговый порядок ведущих причин конфликтов, то в обеих группах два первых места среди причин, приводящих к конфликтам, занимают низкий семейный доход и отсутствие собственного жилья (исключение составляют женщины 1-й группы, у которых эта причина занимает 5-е место).

Однако, если у мужчин и женщин в семьях 1-й группы к конфликтам чаще всего приводит низкий доход (30,9 и 47,7% соответственно), то в семьях 2-й группы — отсутствие жилья (39,2% у женщин и 25,2% у мужчин).

На 3-м месте среди основных причин, приводящих к конфликтам, по мнению женщин 1-й группы, находится "злоупотребление мужа спиртными напитками" (11,3%), у респондентов 2-й группы такие ответы составили 6,6% ($p < 0,05$) и заняли 6-е ранговое место.

Часто создает конфликтную ситуацию в семьях обеих сравниваемых групп (в семьях 2-й группы значительно чаще) нежелание респондентов иметь детей, доля таких ответов составила 8,4% у мужчин 1-й группы и 18,6 и 12,1% соответственно у мужчин и женщин 2-й группы.

Следует отметить, что собственное здоровье респондентов и плохое здоровье супругов, по мнению опрошенных, редко приводят к конфликтам в их семьях.

Поскольку злоупотребление алкоголем приводит к негативному воздействию на взаимоотношения в семье, мы приводим характеристику ответов на этот вопрос анкеты.

Большинство женщин в обеих сравниваемых группах не злоупотребляют спиртными напитками (87,8% в 1-й группе и 87,7% во 2-й группе), и лишь небольшая доля женщин в семьях, проживающих в фактическом браке, употребляет алкоголь несколько раз в неделю (6,9%), в 1-й группе таких ответов нет.

При анализе ответов на вопрос об употреблении алкоголя мужчинами мы получили значительные

различия в показателях. Почти половина мужчин 2-й группы (49,4%) употребляет алкоголь еженедельно, причем каждый третий в этой группе употреблял его несколько раз в неделю. В семьях, заключивших юридический брак, удельный вес таких ответов составил 11,8% ($p < 0,05$).

Удельный вес женщин, предохранявшихся от беременности в настоящем браке, составил 84,7% в 1-й группе и 89,4% во 2-й группе. Это свидетельствует о намерении отложить рождение первого ребенка на более поздний срок, что в свою очередь негативно влияет на уровень рождаемости и, следовательно, на демографическую ситуацию в области. В связи с этим мы провели опрос семей о причинах прерывания беременности (опрашивались только женщины, состоящие в юридическом и консенсуальном браке).

Среди причин, по которым женщины прерывают беременность, наибольший удельный вес в обеих сравниваемых группах занимают материальные затруднения (38,8% у женщин 1-й группы, 36,6% у женщин 2-й группы). В семьях 1-й группы велика также частота ответов, связанных с плохими жилищными условиями (22,1%), в семьях 2-й группы она несколько ниже — 13,8%.

Занятость в работе чаще отмечают женщины, не состоящие в юридическом браке, 14,3%, что в 2,3 раза больше аналогичного показателя у женщин 1-й группы ($p < 0,05$). Часть женщин отказывается от рождения первого или очередного ребенка в связи с опасением потерять квалификацию (18,6 на 100 опрошенных в 1-й группе и 22,3 на 100 опрошенных во 2-й группе).

Отсутствие регистрации брака как причину аборта отмечают больше половины (59,5%) незамужних женщин и 1,3% женщин, заключивших

брак (для последних, возможно, беременность ускорила его регистрацию).

Обращает на себя внимание, что 15,9% женщин 1-й группы и 27,3% женщин 2-й группы откладывают рождение ребенка из-за нежелания его иметь, причем нежелание мужа иметь детей чаще (в 2,7 раза) отмечают женщины, не состоящие в юридическом браке ($p < 0,05$).

Выводы

1. Семьи независимо от формы брака в значительной степени ограничивают свой состав: большинство брачных пар имеют 1 ребенка или вообще остаются бездетными, а это означает, что тенденция малодетности семей приняла настолько выраженные формы, что угроза депопуляции продолжает оставаться реальной.

2. Многие женщины в обследованных семьях прибегают к аборту не потому, что не хотят иметь детей, а для того, чтобы отложить рождение. Поскольку часть женщин отказывается от рождения ребенка в связи с опасением потерять работу и квалификацию, можно в перспективе ожидать некоторого увеличения рождения детей у этих женщин.

3. Зависимость семей от материального положения позволяет предположить, что при определенных условиях эти семьи будут полноценно реализовывать свои репродуктивные планы.

Литература

1. Основные итоги Всероссийской переписи населения 2002 года. — М., 2003.
2. Семья в Рязанской области: Стат. сборник. — Рязань, 2008. — С. 8—44.

Поступила 09.11.09

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2010
УДК 614.2:616-057.875-058

И. А. Камаев, М. С. Гурьянов, С. В. Миронов, А. А. Иванов

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

ГОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия

Камаев И. А. — д-р мед. наук, проф., зав. каф.; **Гурьянов М. С.** — канд. мед. наук, доц. (vic751@yandex.ru); **Миронов С. В.** — клин. ординатор; **Иванов А. А.** — аспирант

В Нижегородской медицинской академии проведено социологическое исследование отношения студентов к своему здоровью и образу жизни. Результаты анкетирования показали, что большинство будущих медицинских работников не стремятся придерживаться здорового образа жизни. Полученные данные использованы при составлении целевой комплексной программы "Здоровье студентов НижГМА на 2006—2009 гг." для последующего ретроспективного анализа проводимых мероприятий.

Ключевые слова: студенты, здоровье, образ жизни, медицинские работники

I.A. Kamayev, M.S. Gurianov, S.V. Mironov, A.A. Ivanov

THE SOCIOLOGICAL SURVEY OF HEALTH AND LIFESTYLE AMONG MEDICAL ACADEMY STUDENTS

In the Nizhegorod Medical Academy a sociological survey was conducted to ascertain the attitude of students to their health and lifestyle. The results of the questionnaire survey showed that the majority of future health workers do not seek to follow a healthy lifestyle. The findings were used in the working out of a target complex program "Health of students of the Nizhegorod Medical Academy for 2006-2009" for the future retrospective analysis of activities conducted.

Key words: students, health, lifestyle, health workers.

В условиях неблагоприятных демографических процессов, резкой социально-экономической дифференциации общества укрепление здоровья населения страны и прежде всего молодежи, должно стать приоритетным направлением национальной политики. В Национальных проектах "Здоровье" и "Образование" обращено внимание на то, что проблема состояния здоровья подростков и молодежи носит особый, социально значимый характер [4]. Успешное решение демографической проблемы также во многом зависит от того, насколько близки для молодежи будут ценности здорового образа жизни [1, 2].

Особую важность приобретает здоровье будущих врачей, которые должны быть образцом поведения для пациентов в вопросах сохранения и укрепления собственного здоровья. Между тем медицинские работники имеют высокие уровни заболеваемости, предпосылки которых закладываются еще в студенческом возрасте [5].

Изучение отношения студентов медицинской академии к своему здоровью и образу жизни проводили на основе материалов социологического опроса, проведенного в 2006—2008 гг. среди 578 студентов Нижегородской государственной медицинской академии (НижГМА). Анкета включала вопросы, касающиеся самооценки собственного здоровья, источников информации о здоровом образе жизни, а также деятельности по поддержанию своего здоровья. Контрольную группу составили студенты Нижегородского государственного университета (ННГУ).

Самооценка собственного здоровья проводилась с использованием в анкете предложенного перечня ответов. Как известно, индивидуальные представления о здоровье и общественное мнение о здоровье — важные источники формирования целостного комплекса медико-социальной и социологической информации. Самооценка здоровья может служить индикатором состояния и динамики здоровья населения в дополнение к объективным медицинским исследованиям [3].

Полученные результаты позволяют констатировать, что здоровыми считают себя 64,9% студентов медицинской академии и 80,9% студентов университета. Почти четверть студентов-медиков и 13,1% студентов университета ответили, что скорее нездоровы. Наконец, доля студентов, считающих себя больными, среди студентов НижГМА и ННГУ

составила 4 и 3% соответственно. Разница в ответах студентов двух учебных заведений, возможно, говорит о более объективном характере оценок у студентов, получающих медицинское образование.

Более половины студентов НижГМА ($52,1 \pm 2,1$ на 100 опрошенных) отметили, что часто устают. Около трети студентов испытывают недомогания. Частые простудные заболевания и частые головные боли беспокоят $24 \pm 1,8$ на 100 опрошенных студентов. Угнетенное психологическое состояние (стрессы, депрессии) отметили у себя $23 \pm 1,7$ из 100 опрошенных.

Проблемы с органами дыхания имеют $38,9 \pm 2$ на 100 опрошенных студентов медицинской академии, а 37 ± 2 на 100 опрошенных отметили, что иногда испытывают боли в области сердца. Отлаженная система диспансерного наблюдения позволила бы наблюдать за студентами с соответствующими жалобами, выявлять патологию и при необходимости направлять на лечение. Заметим, что субъективная оценка состояния собственного здоровья студентов-медиков остается неизменной с начальных до старших курсов.

Субъективная оценка состояния собственного здоровья во многом зависит от степени информированности о нем самих студентов. Что же знают студенты о своем физическом здоровье? Большинство студентов знают свой рост и вес. На этом информация о своем здоровье исчерпывается. Немногим более двух третей студентов знают о болезнях, перенесенных ими в детстве, а также свою группу крови и резус-фактор. Об остальных параметрах своего здоровья информированы менее половины студентов. К информации, которой не располагает большая часть студентов обоих вузов, относятся сделанные в течение жизни прививки.

Студенты-медики демонстрируют более высокий уровень информированности, увеличивающийся к 5-му курсу, по всем перечисленным параметрам (табл. 1).

Среди источников информации о здоровом образе жизни $59,9 \pm 3$ на 100 опрошенных студентов 2-го курса НижГМА и $58,1 \pm 3,5$ на 100 опрошенных студентов ННГУ назвали телевидение. Более чем у двух третей студентов обоих вузов популярны такие источники информации о здоровом образе жизни и способах улучшения здоровья, как разговоры с друзьями и знакомыми, журнальные статьи, разговоры с родителями. Треть студентов медицинской академии получают информацию из специализированной литературы о здоровье, тогда как доля таких студентов университета составляет

Таблица 1
Информированность о параметрах своего здоровья студентов НижГМА в зависимости от курса (на 100 опрошенных)

Параметр	2-й курс	5-й курс
Масса тела	$94,9 \pm 1,3$	$99,0 \pm 0,6$
Рост	$93,1 \pm 1,5$	$99,0 \pm 0,6$
Прививки	$36,9 \pm 2,9$	$59,9 \pm 2,8$
Артериальное давление	$51,1 \pm 3,0$	$89,1 \pm 1,8$
Группа крови, резус-фактор	$60,9 \pm 2,9$	$81,9 \pm 2,2$
Перенесенные в детстве заболевания	$59,9 \pm 3,0$	$77,0 \pm 2,4$
Хронические заболевания, имеющиеся у родителей	$40,1 \pm 2,9$	$68,1 \pm 2,7$
Предрасположенность к различным заболеваниям	$42,0 \pm 3,0$	$59,9 \pm 2,8$

Примечание. Все различия между показателями достоверны ($p < 0,05$).

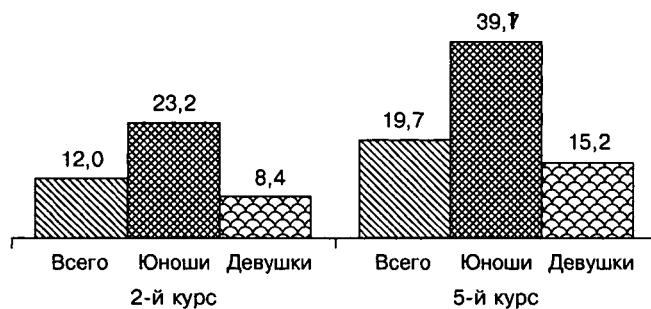


Рис. 1. Распространенность курения среди студентов медицинской академии в зависимости от курса и пола (на 100 опрошенных).

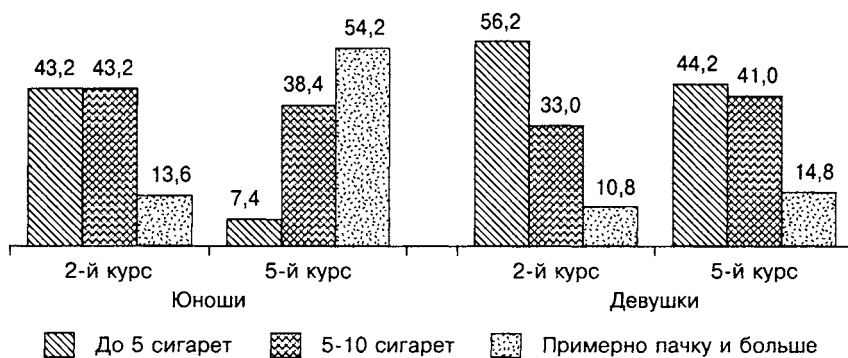


Рис. 2. Интенсивность курения (в %) среди студентов НижГМА в зависимости от курса и пола.

13,1 ± 2 на 100 опрошенных ($p < 0,05$). Почти четверть студентов-медиков отметили в качестве источника получения информации специализированные курсы в своем учебном заведении.

У студентов университета третье место в рейтинге информационных источников занимает Интернет. У студентов медицинской академии Интернет находится на девятом месте.

Предпочтения в информационных источниках у студентов НижГМА меняются от 2-го курса к 5-му. Лидирующую позицию по-прежнему занимает телевидение, но существенно повышается рейтинг информационных источников, носящих специализированный характер — консультации врачей (с 32,1 ± 2,8 до 43,1 ± 2,8 на 100 опрошенных), специализированные журналы о здоровье, книги и брошюры (с 29,9 ± 2,8 до 42,1 ± 2,8), специализированные курсы в НижГМА (с 20,1 ± 2,4 до 27 ± 2,5; $p < 0,05$). Общение с родителями как источник информации о здоровом образе жизни рассматривают 48,9 ± 3 второкурсников и 28 ± 2,6 пятикурсников медицинской академии на 100 опрошенных соответствующего курса ($p < 0,05$). Снижается интерес и к консультациям специалистов оздоровительных и спортивных центров с 23 ± 2,5 до 16,1 ± 2,1 ($p < 0,05$).

Большинство студентов питаются нерегулярно и однообразно. Регулярность питания студентов НижГМА и ННГУ практически не отличается.

Большая часть (55%) студентов медицинской академии питается 1—2 раза в день, 6,9% опрошенных питается только 1 раз в день. Качеством своего питания удовлетворены лишь 11,9% студентов медицинской академии. Около трети опрошенных считают свое питание неудовлетворительным.

По данным анкетирования, курят 15,9% студентов медицинской академии. Большинство курящих (41%) начали курить в возрасте 17—19 лет, треть студентов (33%) курят с 14—16 лет, до 14 лет начали курить 15,1% опрошенных и 9% закурили после 19 лет. Среди курящих 73,9% студентов выкуривают не более половины пачки сигарет в день, а 23,9% студентов-медиков выкуривают около пачки и больше, что составляет 3,8% от всех студентов-медиков, участвовавших в опросе.

Динамику приобщения к курению наглядно демонстрируют данные по НижГМА. Если среди второкурсников курили 12 ± 2 на 100 опрошенных, то на 5-м курсе число курящих выросло до 19,7 ± 2,3 на 100 опрошенных. Среди юношей-второкурсников доля курильщиков составляет 23,2%, среди пятикурсников — 39,3%; на 2-м курсе курят 8,4% девушек, на 5-м — уже 15,2% (рис. 1).

Юноши и девушки, обучающиеся на разных курсах, различаются по интенсивности курения. В медицинской академии курят 12,2% девушек и 31,4% юношей. Для юношей-второкурсников в основном характерно эпизодическое курение, а среди пятикурсников более половины ежедневно выкуривают около пачки сигарет и даже больше. Среди девушек количество ежедневно выкуриваемых сигарет с увеличением курса также возрастает. Если большинство курящих второкурсниц курят не более 5 сигарет в день, то на 5-м курсе 41% курящих девушек выкуривает ежедневно 5—10 сигарет (рис. 2).

Почти треть студентов обоих вузов не употребляют спиртные напитки (29,1% — НижГМА, 27,9% — ННГУ). Однако больше половины (51% — НижГМА, 60,1% — ННГУ) употребляют крепкие алко-

Таблица 2

Меры, предпринимаемые студентами для поддержания здоровья (на 100 опрошенных соответствующего вуза)

Меры для поддержания здоровья	НижГМА	ННГУ	p
Прием витаминов	55,0 ± 2,1	40,9 ± 2,8	< 0,05
Пребывание на свежем воздухе	43,1 ± 2,1	45,0 ± 2,9	< 0,05
Рациональное питание	29,1 ± 1,9	31,2 ± 2,7	> 0,05
Занятия спортом	27,0 ± 1,8	39,9 ± 2,8	< 0,05
Занятия физкультурой	20,9 ± 1,7	14,4 ± 2,0	< 0,05
Употребление чая из трав	20,1 ± 1,7	18,5 ± 2,2	> 0,05
Соблюдение диеты	14,0 ± 1,4	7,0 ± 1,5	> 0,05
Прививки (например, против гриппа)	13,0 ± 1,4	6,4 ± 1,4	< 0,05
Посещение врачей в профилактических целях	11,1 ± 1,3	7,0 ± 1,5	> 0,05
Соблюдение режима дня	11,1 ± 1,3	9,1 ± 1,7	> 0,05
Утренняя зарядка	11,1 ± 1,3	14,4 ± 2,0	> 0,05
Прием биологически активных добавок	11,1 ± 1,3	8,1 ± 1,6	> 0,05
Закаливание	8,0 ± 1,1	6,4 ± 1,4	> 0,05
Массаж, физиопроцедуры	7,1 ± 1,1	4,0 ± 1,1	> 0,05
Занятия йогой, оздоровительными практиками	5,2 ± 0,9	3,4 ± 1,0	> 0,05
Вегетарианство	4,2 ± 0,8	3,4 ± 1,0	> 0,05
Ничего не делают, не думают об этом	12,1 ± 1,4	7,0 ± 1,5	< 0,05

гольные напитки несколько раз в месяц, что может говорить о значимости спиртного в повседневной жизни молодежи. Еще более настораживает, что 11,9% студентов НижГМА и 7% студентов ННГУ употребляют крепкие спиртные напитки чаще одного раза в неделю.

По данным анкетирования, принимали наркотики 5% опрошенных будущих врачей. Более двух третей опрошенных студентов принципиально не собираются пробовать наркотики, десятая часть студентов считает, что в жизни нужно попробовать все, в том числе и наркотики, и столько же заявляют, что их знакомые пробовали наркотики, и ничего страшного с ними не произошло.

Среди мер, предпринимаемых студентами для поддержания своего здоровья, ведущие места занимают следующие: прием витаминов, пребывание на свежем воздухе, рациональное питание, занятия физической культурой и спортом (табл. 2).

Отношение будущих врачей к профилактическим мероприятиям демонстрирует мнение респондентов о посещении врачей с целью профилактики заболеваний. Лишь $11,1 \pm 1,3$ на 100 опрошенных студентов медицинской академии и $7 \pm 1,5$ на 100 опрошенных студентов университета регу-

лярно посещают врачей в профилактических целях. Настораживает, что 44,5% студентов, считающих себя больными, посещают врачей не чаще одного раза в год.

Таким образом, субъективная оценка будущими медицинскими работниками состояния собственного здоровья и образа жизни свидетельствует о наличии проблем в этой области у студентов. В большинстве своем студенты не стремятся к поддержанию собственного физического здоровья, их поведение не всегда направлено на его сохранение и укрепление.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В. Ю., Амбросимова М. Ю., Сафиуллина Л. С. // Социальные и организационные проблемы педиатрии: Избранные очерки. — М., 2003. — С. 192—206.
2. Добрынина В. Н. // Alma Mater. — 2003. — № 5. — С. 36—40.
3. Медик В. А., Осипов А. М. Университетское студенчество: образ жизни и здоровье. — М., 2003.
4. Студенчество: проблемы здорового образа жизни. — Н. Новгород, 2009. — С. 5—6.
5. Эйгин Л. Е. Социально-гигиенические факторы, влияющие на состояние здоровья медицинских работников и их заболеваемость: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1999.

Поступила 15.05.09

© У. И. ЗАЙЦЕВА, 2010

УДК 614.2:617-001-031.14-058

У. И. Зайцева

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ С ПОЛИТРАВМОЙ

Ханты-Мансийский государственный медицинский институт

У. И. Зайцева — ассист. каф. (Ulla10@mail.ru)

Анализ медико-социальной характеристики пострадавших с политравмой в Омске выявил характер распределения множественных и сочетанных повреждений среди социально адаптированных и социально дезадаптированных групп населения. На первом месте находится политравма, полученная в результате дорожно-транспортного происшествия. Определены наиболее уязвимые в плане получения политравмы слои населения. Выявлены возрастная особенность данного вида повреждений, сопутствующие заболевания, оказывающие влияние на характер получения и дальнейший прогноз у пострадавших.

Ключевые слова: политравма, дорожно-транспортное происшествие, население

U.I. Zaitseva

THE MEDICO-SOCIAL CHARACTERISTIC OF PERSONS WITH MULTIPLE INJURIES

The analysis of a medico-social characteristic of victims with multiple injuries in Omsk revealed the nature of multiple and associated injuries distribution among socially-adapted and socially-disadapted groups of population. The top place was taken by multiple injuries received as a result of road accidents. The sections of population most open to multiple injuries were determined. The age peculiarity of such injuries, the accompanying diseases influencing the nature of injury received and the future prognosis in victims were identified.

Key words: multiple injuries, road accidents, population.

Рост тяжелого транспортного и производственного травматизма, учащение природных и промышленных катастроф существенно изменили структуру механических повреждений, поэтому на первое место в структуре травматизма выходят сочетанные и множественные повреждения с характерными для них особенностями возникновения, течения и исходов [3].

Уровень, структура, последствия травматизма обусловлены социальным, экономическим и политическим состоянием общества. В настоящее время в современной социальной структуре населения можно выделить две основные социальные группы: социально адаптированную (бизнес-бюрократия,

средний класс, работники наемного труда) и социально дезадаптированную (безработные, пенсионеры, лица БОМЖ) [2, 4, 6]. Причем на пороге бедности и нищеты сегодня пребывает большая часть работников наемного труда, не говоря уже о социально дезадаптированной части населения. По данным ряда авторов [1, 4], в группу бедных входят: пенсионеры — 26,1%, квалифицированные рабочие — 24,2%, разнорабочие — 12,5%, специалисты с высшим образованием — 10,5%, безработные — 5,5%, другие категории — 10,7%. Согласно их расчетам, бедные в России на 2000 г. составляли 70% населения, в 2003 г. — 85%. Следовательно, бедность в России не снижается, а возрастает.

Оценивая проблему роста политравматизма, возможно определить его причину, связанную не только с ростом транспортного потока, но и разделением общества на классы, оказание помощи и проведение профилактических мероприятий в которых требуют особого клинического, психологического и экономического подхода [2, 6].

Исходя из этого мы решили изучить медико-социальный портрет пострадавших с множественными и сочетанными повреждениями в различных социальных группах.

Объектом исследования явились пациенты Городской клинической больницы скорой медицинской помощи (БСМП) № 1 Омска. Надо отметить, что оказание медицинской помощи пострадавшим с политравмой в Омске осуществляется в нескольких стационарах, но основная часть поступает именно в БСМП № 1, поскольку данное клиническое учреждение является базовым на случай возникновения чрезвычайных ситуаций, в нем организованы бригады по оказанию медицинской помощи пострадавшим с политравмой и, кроме того, БСМП № 1 находится в удобной транспортной развязке, что является немаловажным моментом для быстрой доставки пострадавших с места происшествия.

Исследование проведено сплошным методом в течение 2005—2006 гг. при помощи специально разработанной нами анкеты. В исследуемую группу вошли 385 пострадавших с множественными и сочетанными повреждениями.

Программа наблюдения предусматривала изучение личностных характеристик и семьи пострадавшего (уровень образования, наличие вредных привычек, семейное положение, материально-бытовые условия). Уровень жизни определялся профессией и сферой деятельности, социальным статусом и величиной ежемесячного дохода на одного члена семьи. Дальнейшая информация была разделена на блоки, каждый из которых формировался в зависимости от вида полученной политравмы (транспортная, производственная, бытовая). Заключительная часть анкеты включала характеристику уровня медицинского обслуживания.

В результате проведенного исследования установлено, что за период наблюдения в БСМП № 1 Омска зарегистрировано 385 случаев политравмы. Из них 307 (80%) случаев наблюдались у городских жителей, 70 (18%) случаев политравмы у жителей села, прибывших в город в поисках работы, 8 (2%) человек были доставлены в БСМП № 1 из сельских районов Омской области по причине отсутствия эффективной помощи в клинических учреждениях на месте. По виду политравма подразделялась на дорожно-транспортную, производственную и бытовую. По нашим данным, первое место заняла политравма, полученная в результате дорожно-транспортного происшествия — 272 (70,6%) случая, да-

лее следуют бытовая (78 (20,3%) случаев) и производственная (35 (9,1%) случаев) политравма.

В своей работе мы попытались выявить различия в характере получения политравмы у представителей различных социальных групп. Анализ распределения пострадавших показал, что в исследуемой группе было 137 (35,6%) социально адаптированных, из которых 83 (21,5%) служащих, 54 (14,1%) рабочих. Социально дезадаптированных было 248 (64,4%) человек, в том числе 153 (39,7%) безработных, 85 (22,1%) пенсионеров, остальные представлены лицами БОМЖ — 10 (2,6%) человек.

Анализ структуры политравмы в зависимости от социальной принадлежности пострадавших показал следующее. Подавляющее большинство случаев относится к категории дорожно-транспортного травматизма. Среди социально адаптированного контингента на долю этого вида травм приходится 74,5% от числа всех случаев, а в группе социально дезадаптированных лиц — 68,5%. Далее по степени значимости у социально адаптированных находится производственный травматизм (20,4%), на третьем месте — бытовая политравма (5,1%). У социально дезадаптированных второе место занимает бытовая травма (каждый третий случай) — 28,6%, на долю производственной политравмы приходится только 2,8%. В первой группе пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий преобладают рабочие (55,9%; табл. 1), удельный вес служащих — 44,1%. Подобная ситуация наблюдается и в случае производственного политравматизма, что, по-видимому, объясняется тяжелыми условиями труда с наличием производственных вредностей у большинства (85,7%) рабочих, несоблюдением правил по технике безопасности. Для бытовой политравмы характерно преобладание служащих — 71,4%, что можно объяснить низким уровнем качества бытовых условий, возможность преобразования которых в группе служащих ниже, чем в среде рабочих, а также криминальными ситуациями: избиением, употреблением алкогольных напитков. Среди социально дезадаптированной группы лиц, пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий, наиболее высокий удельный вес имеют безработные — 65,9%, поскольку большинство подобных случаев происходит по вине самих пострадавших: нахождение в состоянии алкогольного опьянения, незнание правил дорожного движения или нежелание пользоваться подземными переходами и т. д. Производственная политравма в среде социально дезадаптированных обусловлена в 100% случаев работающими пенсионерами. Наибольший удельный вес при бытовом политравматизме наблюдается у безработной части населения — 57,7%, что обусловлено избиением, выпадением из окон домов в состоянии алкогольного опьянения, второе место занимают пенсионе-

Таблица 1

Социальная характеристика пострадавших с различными видами политравматических повреждений (в %)

Вид травмы	Социально-адаптированные			Социально-дезадаптированные			
	служащие	рабочие	всего	безработные	пенсионеры	лица БОМЖ	всего
Дорожно-транспортная	44,1	55,9	100	65,9	30,0	4,1	100
Производственная	14,3	85,7	100	—	100,0	—	100
Бытовая	71,4	28,6	100	57,7	38,1	4,2	100

ры — 38,1%. Повреждения в этой группе населения обусловлены падением с приставных лестниц, лестничных площадок, падением на скользкой поверхности. Кроме того, возрастные изменения в опорно-двигательном аппарате, наличие сопутствующих хронических заболеваний утяжеляет как течение заболевания, так и дальнейший прогноз. Различия в распределении по видам полученной политравмы в зависимости от уровня социальной адаптированности достоверны ($\chi^2 = 54,51$; $p < 0,05$).

Проводя сравнительную характеристику групп пострадавших по полу и возрасту (табл. 2), мы установили, что на долю мужчин приходится 219 (57%) случаев политравмы, а на долю женщин — 166 (43%).

Причем наибольший удельный вес пострадавших приходится на возрастную группу от 30 до 39 лет; у мужчин 31,1% случаев, у женщин 27,7%. Наименьший удельный вес пострадавших определяется в возрастной группе до 20 лет — 2,3 и 4,8% у мужчин и женщин соответственно. В связи с тем что различия по половозрастному признаку недостоверны ($\chi^2 = 2,7$), данная характеристика не является определяющим фактором, влияющим на характер распределения политравм в социуме.

Известно, что хронические заболевания могут повысить вероятность возникновения несчастных случаев, особенно у лиц, страдающих от недугов, которые могут привести к неожиданной потере сознания, снижению собранности и концентрации внимания, а также нарушенной или неудовлетворительной зрительно-моторной координации и уменьшению скорости реакции на изменения условий социальной среды [4, 5], поэтому немаловажное значение при множественных и сочетанных повреждениях имеет наличие либо отсутствие сопутствующих хронических заболеваний, поскольку эти состояния оказывают влияние на патогенез травматической болезни, течение, исход и дальнейшее восстановление больного. Так, среди опрошенных, относящихся к группе социально адаптированных, не имели хронических заболеваний 95 (69,3%) опрошенных, имели болезни сердечно-сосудистой системы 11 (8%), дыхательной системы 15 (10,9%), онкологические заболевания 9 (6,6%), заболевания эндокринной системы 7 (5,1%). В группе социально дезадаптированных хронические заболевания отсутствовали в 48 (19,3%) случаях, заболевания сердечно-сосудистой системы отмечали у 87 (35,1%) человек, дыхательной системы — у 65 (26,2%), онкологические заболевания — у 27 (10,9%), заболевания опорно-двигательного аппарата — у 11 (4,4%), эндокринной системы — у

10 (4%). Различия в сравниваемых группах достоверны ($\chi^2 = 99,14$; $p < 0,05$).

Не менее значимой характеристикой, определяющей течение, исход заболевания, а также восстановление трудоспособности, является характер повреждения. Так, наблюдается зависимость между видом политравмы и характером травматического повреждения [3]. Нами отмечено, что при бытовой травме наиболее часто встречаются сочетанное повреждение головы, ребер и органов брюшной полости (65,4%), что имеет место при избивении или выпадении с балкона в состоянии алкогольного опьянения, а также множественные повреждения конечностей (26,9%), характерные в основном для лиц пенсионного возраста. При дорожно-транспортном травматизме возможно получение различных по характеру повреждений в зависимости от вида столкновения транспортных средств либо наезда на пешехода. В нашем исследовании при политравме, полученной в результате дорожно-транспортного происшествия, наиболее часто встречается сочетанное повреждение головы, конечностей и ребер (34%); второе место заняли сочетанные повреждения головы, конечностей, таза и органов брюшной полости (19,5%); далее следует сочетание черепно-мозговой травмы, конечностей, ребер и органов брюшной полости (13,2%). При производственном травматизме характерно сочетание черепно-мозговой травмы с повреждением позвоночника, органов грудной, брюшной полости и множественные повреждения конечностей. В данном случае наибольший удельный вес приходится на сочетанные повреждения головы, конечностей, позвоночника (65,7%), далее — сочетанные повреждения головы, конечностей, ребер и органов брюшной полости (31,4%).

Таким образом, на основании полученных данных можно отметить особенности политравмы в Омске: во всех социальных группах населения преобладает политравма, полученная в результате дорожно-транспортного происшествия. В числе пострадавших преобладают мужчины в возрасте 30—39 лет, отнесенные к категории социально дезадаптированных, прежде всего безработным. В этой же группе большинство имеют сопутствующую патологию, отягощающую течение и исход политравмы.

Подобная ситуация обусловлена неэффективной экономической и профессиональной переориентацией большей части населения, ранее занятой в оборонной промышленности и машиностроении. Для большинства мегаполисов Западной Сибири такого рода проблема актуальна с начала 90-х годов XX века, когда из-за инволюции военно-промышленного комплекса, большая часть населения испытывала проблемы с трудоустройством по специальности.

Проведение исследований по проблеме политравмы взрослого населения мегаполиса необходимо для дальнейшего мониторинга несчастных случаев, проводимого совместно с сотрудниками МВД и МЧС, а также для непрерывного совершенствования стратегий профилактической, лечебной и реабилитационной помощи для всех слоев населения и регионов страны.

Таблица 2

Распределение пострадавших с политравмой по полу и возрасту (в %)

Возраст, годы	Мужчины	Женщины
До 20	2,3	4,8
20—29	21,9	22,9
30—39	31,1	27,7
40—49	21,5	21,1
50—59	15,1	16,9
60 и старше	8,1	6,6

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов В. Б., Роговина А. Г. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2007. — № 2. — С. 10—14.
2. Кладов С. Ю., Новоселов В. П. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2008. — № 4. — С. 12—15.
3. Пушков А. А. Сочетанная травма: взгляд практического хирурга. Ростов-н/Д, 1998. — С. 75—81.

4. Ревич Б., Решетников К. // Население и о-во. — 2000. — № 51. — С. 34—39.
5. Сингаевский А. Б., Малых И. Ю. // Актуальные проблемы современной тяжелой травмы: Тезисы Всероссийской науч. конф. — СПб., 2001. — С. 106.
6. Хруналов А. А., Боровиков В. Н., Сорокин Г. В., Меркулов С. Е. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2008. — № 5. — С. 18—21.

Поступила 17.12.08

© В. Н. БОРОВКОВ, 2010

УДК 614.2:617-001-02:614.8]-07

В. Н. Боровков

ОЦЕНКА УТРАТЫ ЗДОРОВЬЯ ВСЛЕДСТВИЕ ДОРОЖНОГО ТРАВМАТИЗМА

Городская клиническая больница № 71, Москва

В. Н. Боровков — канд. мед. наук, зав. 1-м травматологическим отд-нием (440-21-39)

Анализ утраты здоровья вследствие дорожно-транспортного травматизма представляет базу для важных в практическом плане выводов о группах и периодах максимального риска и мерах по снижению дорожного травматизма. Как правило, эти программы основаны на оценках сотрудников ГИБДД, однако эффективность их определяется не специалистами, а участниками дорожного движения. При этом особую важность приобретает мнение пострадавших.

Ключевые слова: медицинский аспект, здоровье, дорожно-транспортное происшествие

V.N. Borovkov

ASSESSING THE LOSS OF HEALTH AS A RESULT OF ROAD ACCIDENTS

The analysis of the loss of health due to road accidents provides the basis for important practical conclusions concerning groups and periods of the maximum risk and measures to reduce road traumatism. As a rule, these programs are based on the assessments made by the staff of the State Inspection of Road Traffic Safety. However their effectiveness is determined not by specialists but rather by participants of the road traffic. The opinion of persons injured acquires special significance.

Key words: medical aspect, health, road traffic accident.

Научно обоснованная разработка мер по снижению частоты случаев дорожно-транспортного травматизма предполагает, помимо традиционных подходов, оценку и анализ мнения лиц, пострадавших в дорожно-транспортном происшествии.

Такой подход предусматривает следующие аспекты. Во-первых является ли полученная пациентами травма следствием нарушения правил дорожного движения, допущенного самими пострадавшими. Во-вторых, зависит ли оценка предлагаемых мер от социального статуса пострадавшего. В-третьих, определяется ли оценка ролью пострадавшего в дорожно-транспортном происшествии (ДТП). В-четвертых, зависят ли эти оценки от тяжести полученных травм.

Для получения указанной информации была разработана "Анкета по дорожно-транспортному травматизму", по которой опрашивали лиц в возрасте 15 лет и старше, госпитализированных в травматологическое отделение городской клинической больницы № 71 Москвы вследствие ДТП на протяжении 3 лет (2003—2006). В опросе участвовали только лица, пострадавшие на дорогах Москвы (в их число не входили жертвы железнодорожных инцидентов). Объем выборки составил 501 пациент.

Около половины всех мужчин (47,4%) и около 2/3 (62,3%) женщин, госпитализированных вследствие ДТП, оказались жертвами наезда (группа пешеходов).

Гендерные различия в возрастной структуре пострадавших от ДТП формируются за счет пешеходов. У мужчин-пешеходов доля пострадавших снижается с возрастом. У женщин с возрастом она уве-

личивается, достигая максимума (36,5%) у пожилых.

Лица, госпитализированные вследствие ДТП, относятся к достаточно социально адаптированным группам населения.

Более половины госпитализированных (268 человек — 137 мужчин и 127 женщин, пол 4 человек указан не был) были пешеходами — жертвами наезда. Подавляющее большинство (68,6% госпитализированных мужчин и 69,3% женщин) были сбиты на пешеходном переходе со светофором, 4,4 и 6,3% — на переходе без светофора, однако 22,6 и 21,3% переходили дорогу в неполюженном месте. Одна женщина была сбита на тротуаре. Практически все пешеходы (97,9 и 97,7% соответственно), сбитые на переходе со светофором, переходили дорогу на зеленый свет, и только 1 женщина нарушила правила дорожного движения, переходя проезжую часть на красный свет светофора.

В 13,9 и 17,3% случаев пешеходы указывают на плохое качество дороги, однако 83,2 и 81,1% из них на вопрос: "Была ли дорога скользкой или неровной?" — ответили отрицательно.

Среди пешеходов 80,3% мужчин и 81,1% женщин считают, что водитель нарушил правила дорожного движения, отрицательно на этот вопрос ответили 16,8 и 13,4% госпитализированных соответственно.

Инциденты с водителями и пассажирами наиболее часто происходят вечером. Для пассажиров это время суток является более опасным периодом, чем для водителей (41,3% против 36,2%). При этом днем частота инцидентов практически одинакова

(27,6 и 28% соответственно), а утро для водителей оказывается более опасным периодом, чем для пассажиров (19% против 14,7%).

Важнейшими факторами, которые влияют на состояние и жизненный прогноз госпитализированных вследствие ДТП, являются оперативное оказание квалифицированной медицинской помощи; доставка в стационар, не усугубляющая положения пациента; характер, тяжесть и локализация полученных травм.

На этапе доставки в стационар существенными являются следующие организационные условия: кто оказал первую помощь пострадавшим, каким образом пострадавший был доставлен в стационар, сколько времени прошло от момента ДТП до момента госпитализации.

Оптимальным является быстрое прибытие машины "Скорой помощи" к месту происшествия, что обеспечивает своевременную квалифицированную медицинскую помощь пострадавшим и их госпитализацию.

Исследование показало, что госпитализация большинства пострадавших была проведена в течение первого часа после получения травмы. При этом чаще других это отмечали пешеходы (62,7%) и пассажиры легковых машин (58,7%). Доля водителей легковых машин составила 45,1%. Выявлено, что в течение 1 ч в медицинское учреждение поступили 2/3 водителей и 3/4 пешеходов. Срок доставки в медицинское учреждение превысил 2 ч у 5% водителей и пассажиров, 8,6% пешеходов и 7,8% остальных участников ДТП.

Важным представляется вопрос о тяжести полученных травм. Ее оценку проводил лечащий врач. При сочетанных травмах разной степени тяжести учитывалась максимальная. Серьезность травм определяется характером участия пострадавшего в ДТП: водитель, пассажир, пешеход, категория транспортного средства (мотоцикл, велосипед, легковая машина, маршрутное такси, общественный транспорт, грузовая машина). Более чем у половины госпитализированных в течение более 2 ч после получения травмы, травмы оказались тяжелыми и средней тяжести.

Выявлялись и различия в средних сроках госпитализации среди основных категорий пострадавших. (Как и при общей оценке сроков госпитализации, рассчитывали среднюю взвешенную без учета экстремально долгих (превышающих 3 ч) сроков госпитализации.) Минимальный разброс (13,5 мин) наблюдался среди госпитализированных с травмами средней тяжести, причем различия между водителями и пассажирами фактически отсутствовали (соответственно 61,4 и 60,3 мин). Быстрее всего госпитализировали пешеходов (52 мин), а дольше всего — пострадавших остальных категорий (65,5 мин). Значительным (30 мин) является разброс в сроках госпитализации пациентов с легкими травмами — дольше всего госпитализировали пострадавших остальных категорий (75 мин), а быстрее всего (46,7 мин) — пассажиров легковых ма-

шин. У пострадавших с тяжелыми травмами различия в сроках доставки в больницу приближаются к таковым среди травмированных легко (23 мин). При этом парадоксальным образом полюсные значения (58,3 мин и 35,3 мин) наблюдаются у водителей и пассажиров.

Установлены различия в сроках госпитализации между водителями и пассажирами. Независимо от тяжести травмы шанс оказаться в кратчайшие сроки в медицинском учреждении выше у пассажиров по сравнению с водителями.

Среди дорожно-транспортных травм наиболее часто встречались переломы костей нижних конечностей (28%), черепно-мозговые травмы (24,9%), переломы костей верхних конечностей (11,9%), поверхностные травмы (9,9%), переломы позвоночника и костей туловища (6,3%), вывихи и растяжения (5,8%) и травмы внутренних органов (4,3%). Эти травмы составляют более 90% всех полученных в ДТП повреждений.

Таким образом, в большинстве случаев, независимо от роли участника ДТП, пострадавшим была оказана своевременная и квалифицированная медицинская помощь. Водителям, пассажирам легковых машин и пешеходам первую медицинскую помощь оказывали сотрудники скорой помощи, госпитализировали их тоже по скорой помощи.

Сроки госпитализации у всех пострадавших, независимо от их роли в ДТП, не превысили 1 ч, однако разброс в сроках госпитализации в зависимости от их роли в ДТП достигал 17 мин. При этом сходные показатели наблюдались у пассажиров и пешеходов (49,5 и 48,7 мин соответственно), срок госпитализации водителей составил 58,5 мин.

Тяжесть травмы несущественно влияет на темпы госпитализации. Среди водителей в кратчайшие сроки (не позднее чем через 1 ч) наиболее часто доставляют пострадавших с легкими (72,4%) и тяжелыми (68,6%) травмами, а реже (62,5%) в эти сроки госпитализируют лиц с травмами средней тяжести.

В практическом отношении является оправданным при вызове скорой помощи указывать роль пострадавшего в ДТП (водитель, пассажир, пешеход), что позволит нацелить бригаду на наиболее типичный для пострадавшего тип травмы и медицинские процедуры во время транспортировки в медицинское учреждение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровков В. Н., Меркулов С. Е. // Преждевременная и предотвратимая смертность в России — критерий потерь здоровья населения: Науч. труды Всероссийской науч.-практ. конф. — М., 2006. — С. 253—256.
2. Боровков В. Н., Меркулов С. Е. // Здоровье и смертность населения России: Материалы науч.-практ. конф. "Демографическое развитие России в XXI веке: стратегический выбор и механизмы осуществления". — М., 2006. — С. 30—33.
3. Семенова В. Г., Боровков В. Н., Меркулов С. Е. // Соц. и демограф. политика. — 2006. — № 5. — С. 18—24.

Поступила 18.11.08

Д. Е. Калинин¹, Г. И. Мендрина¹, В. Ф. Олейниченко¹, С. М. Хлынин¹, Р. М. Тахауов^{2,3}, М. А. Варлаков¹,
А. Б. Карпов²

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

¹Сибирский государственный медицинский университет, Томск; ²Северский биофизический научный центр ФМБА России; ³Томский научный центр СО РАМН, Северск

Д. Е. Калинин — канд. мед. наук, доц. каф. (kalinkin75@mail.ru); **Г. И. Мендрина** — д-р мед. наук, проф. каф.; **В. Ф. Олейниченко** — канд. мед. наук, доц. каф.; **С. М. Хлынин** — д-р мед. наук, зав. каф. (khlynin@ssmu.tomsk.ru); **Р. М. Тахауов** — д-р мед. наук, проф., дир. Северского биофизического научного центра ФМБА России, дир. проблемной научно-исследовательской лаб. "Радиационная медицина и радиобиология" Томского научного центра СО РАМН (mail@sbrsc.ru); **М. А. Варлаков** — ассист. каф.; **А. Б. Карпов** — зам. дир.

Сохранение и укрепление здоровья населения является необходимым условием обеспечения национальной безопасности, устойчивого экономического роста и сохранения российского уклада жизни. В рамках разработки стратегии охраны и улучшения здоровья населения мы проанализировали динамику основных показателей заболеваемости населения, а также изучили самооценку состояния здоровья и личную медицинскую активность населения региона. В результате был выявлен рост распространенности социально значимых заболеваний на фоне некоторого снижения уровней первичной и общей заболеваемости. Результаты социологического исследования показали, что личная медицинская активность граждан невысока и малоэффективна, а факторы, указанные респондентами в качестве причин плохого здоровья, являются потенциально управляемыми. В связи с этим профилактическая работа должна быть направлена в первую очередь на изменение поведения населения в отношении собственного здоровья и минимизацию негативного действия управляемых факторов риска.

Ключевые слова: население, здоровье, заболеваемость, медицинская активность

D.E. Kalinkin, G.I. Mendrina, V.F. Oleinichenko, S.M. Khlynin, R.M. Takhauov, M.A. Varlakov, A.B. Karpov

THE HEALTH STATUS OF POPULATION IN THE TOMSK OBLAST

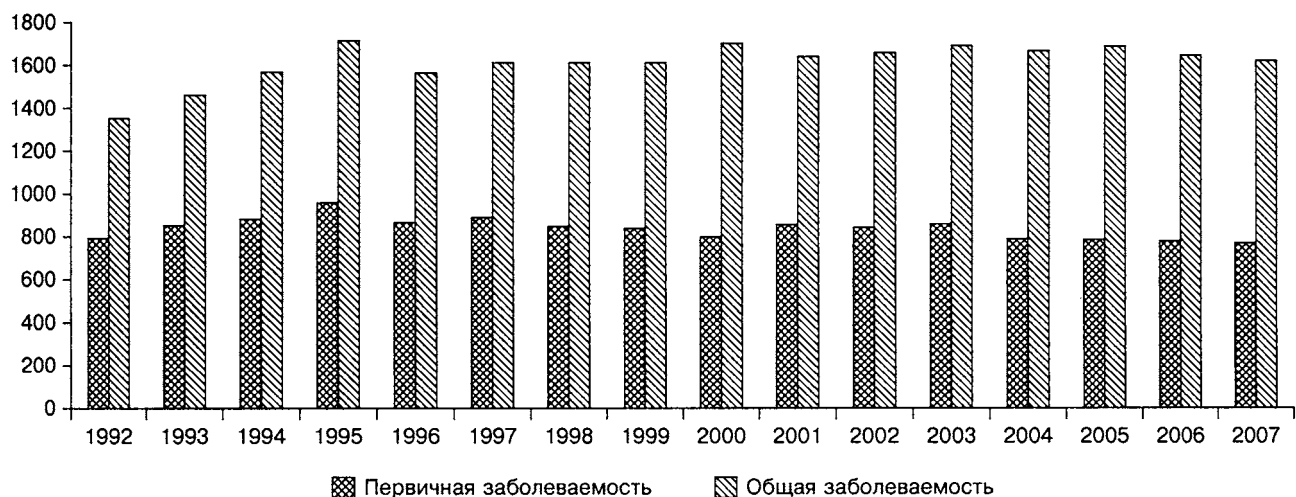
The protection and promotion of population's health is a necessary condition for the provision of national security, stable economic growth and preservation of the Russian way of life. While working out the strategy of the protection and promotion of population's health, we analyzed the dynamics of the basic indicators of population's morbidity and also studied the self-estimation of health status and the personal medical activity of regional population. As a result of this, the increase in the prevalence of socially significant diseases against some reduction in the levels of primary and general morbidity was noted. The results of a sociological survey showed that personal medical activity of citizens is not high and ineffective, and factors indicated by respondents as reasons for ill health are potentially manageable. In this connection the preventive activity should be, first of all, aimed at changing the behavior of population in relation to one's own health and the minimization of the negative effect of manageable risk factors.

Key words: population, health, morbidity, medical activity.

Сохранение и укрепление здоровья населения является необходимым условием обеспечения национальной безопасности, устойчивого экономического роста и сохранения российского уклада жизни. Снижение смертности населения трудоспособного возраста и увеличение продолжительности жизни являются, наряду с другими, приоритетными направлениями стратегии развития Томской области до 2020 г., утвержденной Государственной Думой Томской области 27 октября 2005 г. [4]. Развитие этих приоритетных направлений станет стратегия охраны и улучшения здоровья населения региона, которая позволит минимизировать негативное действие управляемых факторов риска и ослабить действие неуправляемых, снизить заболеваемость, смертность и сохранить трудовой потенциал граждан. Одним из инструментов реализации стратегии является медицинская профилактика, наиболее действенным направлением которой было и остается воздействие на потенциально управляемые факторы риска развития заболеваний (образ жизни, личная медицинская активность) [5]. В основе процесса создания и реализации профилактических программ лежит анализ состояния здоровья населения, условий и факторов, влияющих на его формирование.

Целью данного исследования являлось определение тенденций динамики основных показателей заболеваемости, а также изучение самооценки состояния здоровья и личной медицинской активности населения региона. В процессе работы были подведены итоги исследования основных тенденций состояния общественного здоровья, проводимого на протяжении более чем 20 лет [7], а также изучены данные официальной статистики здоровья жителей Томской области [2, 6]. Кроме того, было проведено социологическое исследование самооценки состояния здоровья и личной медицинской активности 3041 жителя Томска, Северска и 3 районов Томской области. Удельный вес мужчин среди опрошенных составлял 40%, женщин — 60%. Из общего количества респондентов удельный вес городских жителей составил 36,6%, 64,4% являлись жителями сельских районов. Распределение респондентов по возрасту было следующим: в возрасте 15—19 лет — 8,6% опрошенных, 20—39 лет — 39,7% респондентов, 40—59 лет — 42,6% участников опроса, удельный вес респондентов в возрасте старше 60 лет составил 9,1%.

Статистическую обработку выполняли с использованием программного комплекса SPSS (версия 15.0) для Windows. Силу корреляционной связи



Динамика впервые выявленной и общей заболеваемости населения Томской области (на 1000 населения).

между исследуемыми признаками оценивали по критерию "Phi", при этом отбирали те признаки, значение коэффициента корреляции для которых составляло не менее 0,31.

Результаты исследования были следующими. Анализ динамики первичной заболеваемости населения Томской области за последние 15 лет позволяет выделить два периода. Первый — с 1992 по 1996 г., характеризующийся резким ростом заболеваемости, достигшей максимума в 1995 г.; второй — с 2000 по 2007 г., характеризующийся незначительным снижением заболеваемости в 2007 г. по отношению к 2000 г. на 3,96% (см. рисунок).

Если в первый период среднегодовой показатель первичной заболеваемости составлял 878,9‰, то во второй он снизился до 813,25‰ (темп снижения 7,47%). В 2007 г. отмечается снижение впервые выявленной заболеваемости к уровню 2005 г. 2,5%, к уровню 2006 г. — 1,7%. Однако, если проанализировать динамику наиболее социально значимых заболеваний, то выявляется рост их среднегодовых показателей (табл. 1).

Не менее важным показателем здоровья населения является общая заболеваемость, которая характеризует накопленную патологию и, в известной степени, процесс хронизации заболеваний. Динамика общей заболеваемости повторяет тенденции впервые выявленной. Здесь пики заболеваемости зарегистрированы в 1995 и 2000 г. (см. рисунок).

До 2003 г. уровень общей заболеваемости в Томской области был значительно выше, чем в среднем по Российской Федерации (по данным на 2003 г., соответственно 1683 и 1431 случай на 1000 населения), а тенденция динамики этого показателя в регионе совпадала с общероссийской. В дальнейшем заболеваемость в целом по Российской Федерации продолжала увеличиваться, составив в 2005 г. 1459 случаев на 1000 населения [1]. В то же время в Томской области наблюдалось незначительное ее снижение. Так, уровень общей заболеваемости населения области в 2005 г. составил 1681,2 случая на 1000 населения, а в 2007 г. — 1612,2 (темп снижения 4,1%).

Одним из важных показателей здоровья населения является инвалидность, она взаимосвязана с распространенностью хронической патологии и в

определенной степени характеризует деятельность служб здравоохранения. В Томской области показатель первичного выхода на инвалидность возрос с 41,5 случая на 10 000 населения в 2000 г. до 79,4 случая в 2005 г. с последующим снижением до 72,6 случая в 2006 г.

В период с 2000 по 2006 г. произошло увеличение абсолютного числа инвалидов трудоспособного возраста с 3062 до 3206 (темп роста 104,7%), при одновременном снижении их удельного веса среди всех инвалидов (с 69,9 до 42,7%). Причина этого факта заключается в опережающем росте абсолютного количества инвалидов (с 4381 в 2000 г. до 7506 в 2006 г., темп роста 171,3%) (табл. 2). Основными причинами инвалидности взрослого населения явились болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани и последствия травм, отравлений и других внешних воздействий.

Согласно результатам опроса, состояние своего здоровья как хорошее оценили 17,5% респондентов, как среднее — 62%, плохим и очень плохим свое здоровье считают 14,8%, затруднились ответить 5,7% опрошенных. Нам удалось выявить взаимосвязь самооценки здоровья и места проживания респондента (коэффициент корреляции составил 0,336). Так, среди городских жителей существенно чаще встречаются лица, считающие себя здоровыми. Среди респондентов, проживающих в Томске,

Таблица 1

Среднегодовые показатели первичной заболеваемости (на 1000 населения) по отдельным классам болезней

Класс болезней	1993—1999 гг.	2000—2006 гг.	Темп прироста, %
Новообразования	8,38	11,8	40,8
Болезни крови и кровеносных органов	4,66	4,76	2,15
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	10,64	11,97	2,15
Болезни системы кровообращения	18,49	20,69	4,9
Врожденные аномалии и пороки развития	1,79	2,29	27,9

Динамика показателей инвалидности среди лиц трудоспособного возраста в 2000—2006 гг.

Показатель	Годы						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Удельный вес лиц трудоспособного возраста среди инвалидов в возрасте 18 лет и старше, %	69,9	62,8	54,1	56,0	45,0	36,7	42,7
Число инвалидов в трудоспособном возрасте	3 062	3 213	2 918	3 163	2 800	3 014	320
Общее число инвалидов	4 381	5 113	5 391	5 649	6 421	8 216	750

26,3% считают себя здоровыми; среди жителей Северска удельный вес таких лиц составляет 19,8%. Среди жителей села здоровыми себя считают не более 13% опрошенных.

Кроме того, нами была установлена взаимосвязь оценки респондентами своего здоровья и сферы их занятости (коэффициент корреляции в этом случае составил 0,447). Так, если сотрудники производственных предприятий только в 7,8% случаев считают свое здоровье плохим, то респонденты, работающие в коммерческих организациях, указывают на плохое состояние здоровья в 10,4% случаев, государственные служащие — в 13,6%, сотрудники бюджетной сферы — в 16% случаев. Что касается работников сельского хозяйства, практически каждый пятый из них (20,4%) считает свое здоровье плохим.

На вопрос о причине плохого состояния здоровья ответы респондентов распределились следующим образом. На потенциально устранимые причины указали 73% респондентов, из них 58,9% — это жизненная неустроенность, нервные перегрузки, невниманье к здоровью, отсутствие времени, 14,1% — недоступность качественной медицинской помощи. На долю неуправляемых причин (возраст, наследственность, последствия войн) пришлось 19,9% ответов; на наличие болезни указали 15,4% респондентов, считавших свое здоровье плохим.

Наличие хронических болезней у себя признали 54,7% респондентов, при этом наибольший удельный вес имеют болезни органов пищеварения (26,7%), болезни нервной системы (14,6%), болезни органов дыхания (13,2%) и мочеполовой сферы (11,9%).

В течение последнего года, предшествовавшего опросу, лечение в стационаре получали 15,1% опрошенных. Среди болезней, потребовавших стационарного лечения, 28,5% составили болезни системы кровообращения (из них 71% — гипертоническая болезнь), 20,2% — болезни нервной системы (среди которых 97,9% составил остеохондроз), 19,4% — болезни органов дыхания (из них на долю бронхиальной астмы приходится 22,5%, хронических воспалительных заболеваний придаточных пазух носа — 16,9%). Удельный вес болезней органов пищеварения составил 12,8% (из них в 36,6% случаев лечение проводилось по поводу язвенной болезни желудка).

Согласно результатам нашего исследования, спектр заболеваний, которыми страдают респонденты, а также болезней, требовавших лечения в стационаре, взаимосвязан с возрастом (коэффициенты корреляции составили соответственно 0,349 и 0,519). Так, респонденты в возрасте 15—19 и 20—39 лет наиболее часто указывали на наличие болезни органов дыхания (соответственно 34,8 и 26%),

пищеварительной системы (27,3 и 22,6%) и болезни мочеполовой сферы (12,1 и 22,2%). Следует отметить, что с увеличением количества прожитых лет увеличивается удельный вес заболеваний мочеполовой сферы при одновременном снижении доли болезней дыхательной системы.

У представителей возрастной группы 40—59 лет меняется характер заболеваний, занимающих первые ранговые места. Так, наиболее часто респонденты указывали на наличие болезней нервной системы — 17,1%; на долю болезней сердечно-сосудистой и мочеполовой систем приходится по 16,6%; болезни органов пищеварения составляют 16,5%. На наличие заболеваний органов дыхания указали 13,1% опрошенных.

В возрастной группе 60 лет и старше наибольший удельный вес имеют болезни сердечно-сосудистой системы (на их наличие указали 31,2% опрошенных); заболевания органов желудочно-кишечного тракта присутствуют у 15,6%, болезни органов дыхания — у 12,7%.

Спектр заболеваний, по поводу которых представители указанных возрастных групп получали лечение в стационаре, схож с "субъективной" структурой заболеваемости респондентов. Так, в возрастных группах 15—19 и 20—39 лет на первом месте находятся болезни органов дыхания. Однако, если в самой молодой возрастной группе на долю этих заболеваний приходится 53,3% случаев стационарного лечения, то среди лиц следующей возрастной категории их удельный вес составляет только 29,9%, а второе место занимают болезни мочеполовой системы (28%). Респонденты в возрасте 40—59 лет наиболее часто получали лечение по поводу болезней нервной системы (28,4% случаев), а на втором месте находятся болезни сердечно-сосудистой системы (27,5%), которые для лиц в возрасте 60 лет и старше становятся основной причиной госпитализации (50,6% случаев).

На наш взгляд, представляет интерес взаимосвязь сферы занятости респондентов и характера заболеваний, которыми они страдают (сила взаимосвязи составила 0,398). Так, сотрудники производственных предприятий наиболее часто указывали на наличие у себя болезней органов пищеварения (26,2%), нервной системы (17,2%) и мочеполовых органов (16,1%). Работники коммерческих организаций, по их мнению, чаще всего страдают болезнями органов пищеварения (20,7%), органов дыхания (18,9%) и мочеполовой системы (18,4%). Респонденты, работающие в бюджетных организациях, чаще указывали на болезни мочеполовой и нервной систем (22%), органов дыхания (17,5%) и желудочно-кишечного тракта (16,8%). У работников сельского хозяйства, согласно результатам опроса, чаще других страдают нервной и мочеполовой системы (на наличие подобных заболеваний указал

21,6% опрошенных), а также сердечно-сосудистая, пищеварительная и дыхательная системы (на их долю приходится по 15,7%).

Результаты исследований личной медицинской активности респондентов оказались следующими. Несмотря на значительный удельный вес лиц, страдающих хроническими заболеваниями, 59,7% опрошенных обращаются за медицинской помощью редко и только по поводу острых заболеваний, а 36% вообще не обращались в амбулаторно-поликлинические учреждения в течение последнего года. Только две трети (62,2%) опрошенных регулярно каким-либо образом контролируют свое здоровье: 31,5% респондентов следят за уровнем артериального давления, 20,3% — регулярно проходят ультразвуковое и эндоскопическое обследования, 10,4% полагаются на лабораторные показатели (общий анализ крови, уровень глюкозы и холестерина в крови).

Как показали итоги опроса, среди молодых респондентов достаточно популярным является стремление уменьшить массу тела при помощи диеты и физических упражнений. Так, в возрасте 15—19 лет к этому стремятся 43,5% опрошенных, в то время как в 55—59 лет — 17,7%, в 80—84 лет — только 8,3% (коэффициент корреляции 0,321). В то же время известно, что избыточная масса тела более свойственна лицам средней и старшей возрастных групп, и именно для них наиболее уместна целевая установка на нормализацию массы тела. Кроме того, нам удалось установить, что регулярно питаются качественными продуктами только 50,9% респондентов, остальная часть аудитории не считает свое питание удовлетворительным. Этот факт заслуживает внимания еще и в связи с тем, что существенная часть опрошенных указывает на наличие у себя болезней органов пищеварения, а среди заболеваний, потребовавших лечения в стационаре, респонденты в первую очередь указывали на язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Представляет интерес тот факт, что привычка регулярно контролировать уровень артериального давления более свойственна респондентам старшей возрастной группы. Так, 75% опрошенных в возрасте 80—84 лет указали на наличие такой привычки, в то время как в возрасте 35—40 лет, когда уже может иметь место бессимптомная артериальная гипертензия [3], эту привычку имеют не более 40% респондентов (коэффициент корреляции 0,321).

Относительно занятий физкультурой и спортом нами была получена следующая информация. Только 10% респондентов занимаются спортом (как правило, отдают предпочтение бегу или лыжам), 23% делают гимнастику, а 67% физкультурой не занимаются.

Таким образом, в Томской области, несмотря на некоторое снижение уровней первичной и общей

заболеваемости, наблюдается рост распространенности социально значимых заболеваний, которые наряду с болезнями опорно-двигательного аппарата, а также последствиями травм и отравлений являются причиной увеличения количества инвалидов, в том числе среди лиц трудоспособного возраста.

Результаты социологического исследования показали, что хорошим свое здоровье считают менее 20% жителей области, причем наиболее низкую оценку дают работники сельского хозяйства и сотрудники бюджетных организаций.

Несмотря на это, личная медицинская активность граждан невысока и малоэффективна, о чем свидетельствует редкая обращаемость за медицинской помощью, неверно расставленные акценты в отношении профилактических мероприятий, пассивное отношение к физической культуре. Факторы, указанные респондентами в качестве причин плохого здоровья (жизненная неустроенность, нервные перегрузки, невнимание к здоровью, отсутствие времени), представляются потенциально управляемыми. В связи с этим преобразования в системе здравоохранения должны быть направлены не только на усиление материально-технической базы учреждений и совершенствование системы финансирования, но и на повышение эффективности медицинской профилактики. Основной задачей последней должно стать изменение поведения населения в отношении собственного здоровья (формирование саночентрической ориентации поведения, заключающейся в формировании стереотипа ведения здорового образа жизни). Этому должна предшествовать разработка стиля, методов, средств воздействия на поведение людей, рациональный выбор каналов доставки информации, а также механизма контроля предпринимаемых мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005 году // *Здравоохран. Рос. Федерации*. — 2007. — № 5. — С. 8—18.
2. Здравоохранение Томской области (официальный сайт Департамента здравоохранения) [Электронный ресурс] / — Электрон, дан. — Режим доступа: <http://zdrav.tomsk.ru/>
3. Медик В. А., Вебер В. Р., Рубанова М. П. и др. // *Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед.* — 2007. — № 5. — С. 3—5.
4. Официальный сайт Администрации Томской области [Электронный ресурс] / — Электрон, дан. — Режим доступа: <http://www.tomsk.gov.ru/>
5. Розенфельд Л. Г., Бартыметова С. А. // *Здравоохран. Рос. Федерации*. — 2008. — № 4. — С. 38—39.
6. Статистический ежегодник Федеральной службы государственной статистики по Томской области (2000—2006 гг.). — Томск, 2007.
7. Томская область. Здоровье населения на рубеже веков: основные тенденции, факторы риска, пути решения проблем / Под ред. Г. И. Мендриной и др. — Томск, 2002.

Поступила 21.01.09

И. Ф. Серегина

ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ И КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития

И. Ф. Серегина — канд. мед. наук, зам. рук. (IFSeragina@roszdravnadzor.ru)

Статья посвящена вопросам организации контроля качества медицинской помощи (КМП) в России по состоянию на II квартал 2008 г. Проводится анализ организации данного вида контроля в разрезе субъектов Российской Федерации с учетом системного подхода на основе территориальных нормативных актов. Изложенные в статье особенности правового обеспечения и организации контроля КМП в субъектах Российской Федерации позволяют разделить их на 4 основные группы по полноте отражения вопросов КМП в документах, а также оценить влияние правового обеспечения указанных вопросов на КМП и мнение населения о нем.

Ключевые слова: нормативное правовое обеспечение, система контроля качества медицинской помощи, мнение населения о качестве медицинской помощи

I.F. Seragina

PECULIARITIES OF HEALTH CARE MANAGEMENT AND QUALITY CONTROL IN THE SUBJECTS OF THE RUSSIAN FEDERATION AT THE PRESENT STAGE

The paper is devoted to organizational issues of health care quality control in Russia as at II quarter of 2008. The analysis is made of the organization of this kind of control in the context of the RF subjects with due regard for the system approach on the basis of territorial normative acts. The peculiarities of the legal provision and the organization of health care quality control in the RF subjects permit to divide them into 4 main groups according to the complete coverage of health care quality issues in the documents, and also to assess the influence of the legal provision of these issues on health care quality and the population's opinion.

Key words: health care quality, normative legal provision, the monitoring system of health care quality, population's opinion on health care quality.

В настоящее время государственная политика в сфере охраны здоровья граждан направлена на модернизацию системы здравоохранения, в связи с чем Минздравсоцразвития России с учетом мнения подведомственных органов исполнительной власти и медицинской общественности проводится работа по разработке основных направлений развития отрасли до 2020 г. При этом особая роль в документе отводится вопросам управления качеством медицинской помощи (КМП).

Для упорядочения деятельности в сфере контроля КМП особое значение имеет утверждение документа, описывающего стратегию и тактику работы по непрерывному улучшению КМП, не только на федеральном, но и на территориальном уровне [1, 6].

В рамках проведенного в 2008 г. анализа на основе представленных уполномоченными органами государственной власти субъектов Российской Федерации нормативных актов, а также показателей результативности деятельности было изучено отражение следующих направлений в нормативных актах субъектов Российской Федерации:

— определение приоритетных направлений развития контроля КМП как основы для планирования работы по осуществлению переданных полномочий Российской Федерации;

— установление порядка организации и проведения контроля КМП (статья 5.1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан);

— наличие соответствующих специалистов: утверждение регистров экспертов КМП — специалистов, осуществляющих контроль за качеством оказания медицинской помощи (статья 5.1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан);

— утверждение методик и технологий контроля КМП, а также форм экспертной карты оценки КМП/актов по результатам контрольно-надзорных мероприятий (статья 5.1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и статья 9 Федерального закона от 26 декабря 2008 г. № 134-ФЗ "О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)");

— утверждение перечней дефектов оказания медицинской помощи — нарушений процесса оказания медицинской помощи (при несоответствии такового установленным федеральным стандартам) как необходимого условия учета мероприятий по контролю (статья 3 Федерального закона от 26 декабря 2008 г. № 134-ФЗ "О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)");

— установление порядка организации и проведения мониторинга работы по контролю КМП (осуществление свода и анализа информации по результатам контрольно-надзорных мероприятий) (статья 3 Федерального закона от 26 декабря 2008 г. № 134-ФЗ "О защите прав юридических лиц и ин-

дивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)");

— принятие нормативных актов, устанавливающих необходимость коллегиального решения вопросов улучшения качества: утверждение регламентов (порядков) взаимодействия различных ведомств в рамках установленных полномочий или положения о соответствующем коллегиальном органе;

Кроме того, результативность работы уполномоченных органов государственной власти субъектов Российской Федерации изучалась на основании следующей информации:

— о частоте дефектов, выявленных при экспертизе КМП (на 100 проведенных экспертиз);

— о частоте обращений граждан/юридических лиц по вопросам некачественного оказания медицинской помощи.

Результаты анализа действующих в субъектах Российской Федерации систем контроля КМП показали, что только в 1/3 субъектов Российской Федерации приняты нормативные правовые документы, определяющие направления совершенствования контроля КМП и повышения его уровня. Указанные документы, как правило, утверждены постановлением или приказом органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан (далее — органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации). Периоды реализации основных направлений совершенствования территориальных систем контроля КМП и организации медицинской помощи варьируются от 1 года (Астраханская область) до 5 лет (Республики Карелия, Адыгея, Северная Осетия—Алания, Татарстан); сроки реализации — до 2008—2012 гг.

Большинство субъектов Российской Федерации утвердили нормативные акты по вопросам контроля КМП в период с 2003 по 2007 г. Следует отметить, что 15,8% субъектов Российской Федерации адаптировали действующие документы, регулирующие деятельность по контролю КМП в системе здравоохранения, в соответствии со статьей 6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ (в редакции от 01.12.07) "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий". Среди них: Республики Дагестан, Северная Осетия—Алания; Алтайский, Забайкальский край; Калининградская, Рязанская, Смоленская, Ярославская области и другие субъекты Российской Федерации.

При этом в настоящее время 1/5 субъектов Российской Федерации не имеет нормативных документов по вопросам контроля КМП в системе здравоохранения. Среди них: Московская, Орловская, Ростовская, Кировская области; Республики Адыгея, Алтай, Чеченская Республика и другие субъекты Российской Федерации.

Следует учитывать, что в 2004—2008 гг. контроль за соблюдением стандартов медицинской помощи представлял собой государственную контрольно-надзорную функцию Росздравнадзора, в связи с чем органы исполнительной власти ряда субъектов Российской Федерации возложили контроль КМП на страховые медицинские организации и отменили нормативные правовые документы, регламентирующие организацию и проведение

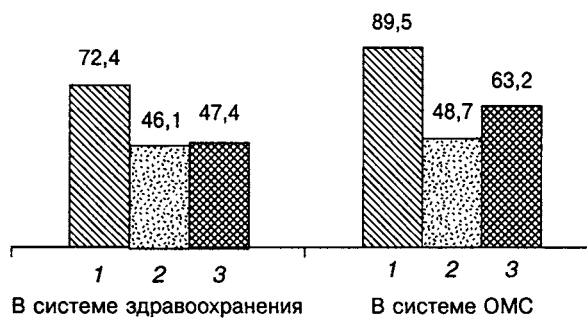


Рис. 1. Количество субъектов Российской Федерации, имеющих утвержденные методики, технологии проведения контроля КМП и экспертные карты оценки КМП в системах здравоохранения и ОМС (на 100 субъектов Российской Федерации).

1 — наличие методик, 2 — технологий, 3 — форм экспертных карт.

контроля КМП в системе здравоохранения на территориальном уровне.

Результаты анализа наличия в субъектах Российской Федерации утвержденных методик, технологий проведения контроля и форм экспертной карты по оценке КМП показали, что не все территории имеют необходимое нормативное обеспечение по вопросам организации и проведения контроля КМП (рис. 1).

Таким образом, лишь в половине субъектов Российской Федерации утверждена технология проведения контроля КМП и форма единой экспертной карты по оценке КМП, при этом о наличии утвержденной методики экспертизы КМП, в том числе ее технологии и экспертной карты, заявили более 2/3 субъектов Российской Федерации. Однако изучение представленных в Росздравнадзор документов показало недостаточное понимание различий в содержании методики и технологии проведения экспертизы (контроля) КМП.

В документах, содержащих методику и методы экспертизы КМП, разъясняются следующие вопросы: кто проводит экспертизу, как отбираются экспертные случаи, какая необходима информация для оценки качества, порядок проведения и оформления экспертизы. Технология экспертизы КМП представляет собой алгоритм непосредственного ее осуществления: действия эксперта КМП для получения конечного результата (цели) [2, 4].

Как правило, методика и технология экспертизы КМП в субъектах Российской Федерации отражены в положениях о контроле КМП, утвержденных органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в виде приказа, распоряжения, методических рекомендаций. При этом указанные виды документов приняты совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования (ОМС) у 34% субъектов Российской Федерации. Среди них: Республики Дагестан, Карелия, Северная Осетия—Алания; Алтайский, Забайкальский, Камчатский край; Белгородская, Воронежская, Калининградская, Кировская, Костромская, Курганская, Магаданская, Саратовская области и другие субъекты Российской Федерации.

Утвержденные технологии оценки КМП, как правило, основаны на расчете интегрированного коэффициента уровня качества лечения (УКЛ) или методике "Автоматизированная технология экспертизы КМП" (АТЭ КМП), имеющей государственную регистрацию (№ 960494 от 21 ноября

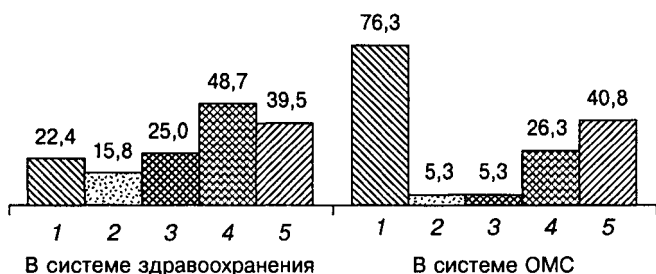


Рис. 2. Распределение утвержденных нормативных документов по отдельным вопросам контроля КМП в системах здравоохранения и ОМС (на 100 субъектов Российской Федерации).

1 — наличие перечня дефектов оказания медицинской помощи, 2 — анкет для социологического исследования, 3 — порядка организации и проведения мониторинга КМП, 4 — регистра экспертов КМП, 5 — коллегиального органа.

1996 г.) и рекомендованной Минздравом России (свидетельство от 8 апреля 1999 г. № 008). Следует отметить, что при АТЭ КМП широко применяются методы статистического управления КМП (например, диаграмма Парето).

По методике, основанной на УКЛ, работают 77% субъектов Российской Федерации: Амурская, Кемеровская, Орловская, Саратовская, Томская, Иркутская области; Республики Бурятия, Карелия, Саха (Якутия); Красноярский, Приморский края и др. АТЭ КМП внедрена в деятельность по контролю КМП менее чем в 17% субъектов Российской Федерации: во Владимирской, Белгородской областях; Ставропольском крае и др. Иные методики применяются в 6% субъектов Российской Федерации.

В Тульской области в соответствии с принятым в 2000 г. совместным приказом органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации и территориального фонда ОМС положением об экспертизе КМП в системе ОМС экспертиза КМП осуществляется с применением двух методик — УКЛ и АТЭ КМП. Их сочетание позволяет проводить детальный анализ уровня КМП по уровням оказания медицинских услуг, их профилям и другим срезам, а в дальнейшем разрабатывать целенаправленные управленческие решения.

Оценка КМП предполагает выявление дефектов организации и технологии оказания медицинской помощи [2, 5, 6]. Число субъектов Российской Федерации, в которых утвержден перечень учитываемых при контроле КМП дефектов/нарушений технологии оказания медицинской помощи, врачебных ошибок и их последствий применительно к системе здравоохранения, в 3 раза меньше, чем таковых, имеющих соответствующий перечень для системы ОМС. Так, лишь 22% территорий утвердили перечень дефектов, влияющих на оценку КМП для системы здравоохранения. При этом 76% субъектов имеют перечень таких дефектов для системы ОМС. Следует отметить, что указанный перечень утвержден приказом Фонда ОМС (ФОМС) от 26 мая 2008 г. № 111, что определило включение классификации дефектов в положения об организации и проведении контроля КМП в системе ОМС (количество утвержденных документов по рассматриваемой и нижеизложенным позициям отображена на рис. 2).

В ряде субъектов в рамках контроля КМП проводятся социологические исследования, направленные на изучение удовлетворенности пациентов

от их взаимодействия с системой здравоохранения (16% субъектов Российской Федерации). При этом типовые формы анкет для респондентов утверждены приказами органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, в том числе совместно с территориальными ФОМС. Период проведения указанных социологических исследований на территориях колеблется от 1 года (Республики Марий Эл, Хакасия, Калужская область) до 10 лет (Республика Дагестан).

Порядок проведения мониторинга результатов экспертизы КМП на различных уровнях управления здравоохранения и в медицинских организациях утвержден в каждом 4-м субъекте Российской Федерации. Нормативными документами предусматривается предоставление медицинскими организациями органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации, в том числе в ряде регионов территориальному ФОМС, отчетов по специально разработанной и утвержденной форме (Республики Бурятия, Кабардино-Балкария, Карелия, Татарстан; Алтайский, Приморский, Хабаровский края; Владимирская, Волгоградская, Вологодская, Ивановская, Иркутская, Калужская, Кировская, Новосибирская, Оренбургская, Саратовская области и другие субъекты Российской Федерации).

При этом отчетные формы содержат информацию о числе: проведенных экспертиз КМП, выявленных дефектов оказания медицинской помощи, поступивших и разобранных обращений граждан по вопросам КМП, а также о показателях деятельности медицинской организации и КМП.

В Кабардино-Балкарской Республике, Алтайском крае и некоторых других субъектах Российской Федерации устанавливаются целевые значения показателей КМП на год. В Псковской области ежегодно по результатам проведенного анализа на основе данных мониторинга проводится ранжирование медицинских организаций по уровню эффективности деятельности и КМП.

Около половины субъектов Российской Федерации имеют утвержденные регистры внештатных специалистов-экспертов, привлекаемых в оценку КМП в системе здравоохранения. Среди них: Республики Кабардино-Балкария, Хакасия; Забайкальский, Приморский, Хабаровский края; Архангельская, Нижегородская, Оренбургская, Орловская, Псковская, Рязанская, Самарская, Ярославская области и другие субъекты Российской Федерации. В ряде территорий утверждены единые регистры указанных специалистов для систем здравоохранения и ОМС (Удмуртская Республика, Забайкальский край, Ханты-Мансийский автономный округ и др.).

Высокая роль коллегиального органа для решения вопросов улучшения КМП как межведомственного совета по управлению КМП и разработке приоритетных направлений совершенствования деятельности по данному направлению отводится менее чем в половине субъектов Российской Федерации: лишь около 1/3 территорий сформировали указанные органы при органе исполнительной власти субъекта Российской Федерации (39,5%) или при территориальном фонде ОМС (40,8%).

Таким образом, анализ утвержденных в субъектах Российской Федерации нормативных правовых документов, определяющих организацию и прове-

дение контроля КМП в системе здравоохранения, по полноте отражения в них вопросов контроля КМП проводили на основе данных о наличии утвержденных нормативных актов, касающихся следующих аспектов:

- приоритетные направления развития контроля КМП;
- организация и порядок контроля КМП;
- наличие методики контроля КМП;
- технология проведения экспертизы КМП;
- наличие экспертной карты оценки КМП;
- наличие перечня дефектов оказания медицинской помощи;
- коллегиальное решение вопросов улучшения качества;
- порядок организации и проведения мониторинга работы по контролю КМП;
- наличие анкеты для проведения социологического исследования, направленного на изучение мнения населения о доступности и качестве медицинских услуг;
- наличие регистра экспертов КМП.

Результаты проведенного анализа позволили разделить субъекты Российской Федерации на 4 группы. В 1-ю группу (полная правовая обеспеченность) включали субъекты при наличии 70—100% основных нормативных правовых документов, регламентирующих вопросы совершенствования КМП; ко 2-й группе (средняя правовая обеспеченность) относили субъекты при наличии 50—60% утвержденных нормативных актов по выбранным направлениям; 3-я группа (низкая правовая обеспеченность) имела в наличии 30—40% утвержденных нормативных актов по выбранным направлениям; к 4-й группе (отсутствие правовых нормативных документов) относили субъекты при наличии 20% и менее основных нормативных правовых документов, регламентирующих вопросы совершенствования КМП. В соответствии с указанными выше критериями в 1-ю группу вошли 22,4% субъектов Российской Федерации: Республики Карелия, Марий Эл, Татарстан, Хакасия; Алтайский, Приморский, Ставропольский и Хабаровский края; Архангельская, Белгородская, Владимирская, Волгоградская, Вологодская, Иркутская, Новосибирская, Оренбургская, Псковская области. 2-ю группу составили 31,6% субъектов Российской Федерации: Республики Башкортостан, Бурятия, Дагестан, Калмыкия, Северная Осетия—Алания, Тыва, Удмуртская и Чувашская Республики; Забайкальский край; Амурская, Астраханская, Воронежская, Ивановская, Калужская, Кемеровская, Курганская, Липецкая, Рязанская, Саратовская, Свердловская, Ульяновская, Ярославская области; Санкт-Петербург; Еврейская автономная область и др.

3-я группа оказалась представлена 18,4% субъектов Российской Федерации: Республика Алтай и Саха (Якутия), Кабардино-Балкарская Республика; Камчатский и Краснодарский края; Калининградская, Костромская, Магаданская, Новгородская, Омская, Самарская, Челябинская области; Москва; Ямало-Ненецкий автономный округ и др.

В 4-ю группу включены 27,6% субъектов Российской Федерации: Республики Адыгея, Коми, Ингушетия, Мордовия, Чеченская и Карачаево-Черкесская Республики; Красноярский и Пермский края; Кировская, Ленинградская, Москов-

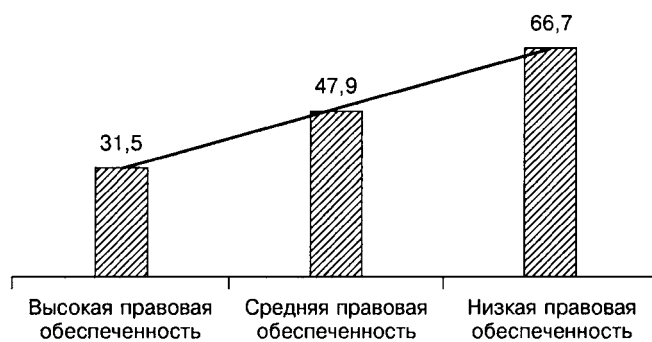


Рис. 3. Средняя частота дефектов соблюдения стандартов медицинской помощи в зависимости от полноты отражения вопросов контроля КМП в нормативных документах субъектов Российской Федерации.

ская, Мурманская, Нижегородская, Орловская, Ростовская, Смоленская, Тамбовская, Томская, Тульская, Тюменская области; Ханты-Мансийский автономный округ и др.

Уровень нормативного правового обеспечения вопросов контроля КМП характеризует степень осознания в субъектах Российской Федерации значимости управления процессами, реализуемыми в рамках контрольно-надзорных функций по улучшению КМП, полноту документирования этих процессов и их элементов (процедур), результативность внедрения процессного подхода к управлению КМП [3].

При оценке результативности внедрения процессного подхода изучено влияние степени документирования процедур, выполняемых при контроле КМП, на уровень обращаемости населения в Росздравнадзор по вопросам качества оказываемой им медицинской помощи, а также на частоту выявляемых при экспертизе КМП дефектов соблюдения стандартов медицинской помощи.

При изучении частоты регистрируемых дефектов оказания медицинской помощи по результатам контроля за ее соответствием утвержденным стандартам была установлена следующая зависимость: чем более полно отражены в принятых на уровне субъекта Российской Федерации нормативных актах приоритетные направления улучшения КМП, вопросы методологии, методики и технологии проведения контроля за КМП, а также разграничения полномочий и установленной ответственности для различных субъектов системы контроля КМП, тем выше уровень соответствия оказываемой медицинской помощи утвержденным стандартам медицинской помощи и тем ниже частота выявляемых дефектов (рис. 3).

Так, при установлении в нормативных актах субъектов Российской Федерации приоритетных направлений развития контроля КМП, требований к организации и порядку проведения контроля КМП, включая детально изложенные методику и технологию производства экспертизы КМП и дефекты соблюдения стандартов медицинской помощи средняя частота указанных дефектов составляет 31,5 на 100 проведенных экспертиз КМП.

При среднем уровне полноты отражения вопросов контроля КМП в нормативных актах субъектов Российской Федерации частота дефектов оказания медицинской помощи составляет 47,9 на 100 экспертиз КМП, при низком — 66,7 на 100 экспертиз



Рис. 4. Динамика частоты дефектов оказанной медицинской помощи по результатам контроля КМП в системе здравоохранения Волгоградской области в 2003—2007 гг.

КМП, или в 2 раза выше, чем в субъектах Российской Федерации, отнесенных к 1-й группе по полноте отражения вопросов контроля КМП в нормативных актах.

Следует отметить, что в субъектах Российской Федерации, имеющих функционирующие более 5 лет и устойчивые системы контроля КМП, отмечается снижение числа дефектов на 100 проведенных экспертиз КМП [4].

Так, по данным Комитета по здравоохранению Администрации Волгоградской области, отмечено снижение рассматриваемого показателя за последние 5 лет в 1,6 раз (рис. 4). При этом объем экспертной работы увеличился в указанный период в 30 раз: с 200 тыс. экспертиз КМП в 2003 г. до 6152 тыс. в 2007 г., что во многом обусловлено актуализацией выездных организационно-методических мероприятий, проводимых работниками и внештатными специалистами Комитета по здравоохранению Администрации Волгоградской области в сельской местности.

Средняя частота обращений граждан в Росздравнадзор по вопросам КМП уменьшилась на 9%: 1,75 обращения на 100 тыс. населения — в 2006 г., 1,59 на 100 тыс. населения — в 2008 г.

Кроме того, выявлено, что средняя частота обращений меньше в тех субъектах Российской Федерации, в которых вопросы контроля КМП отражены наиболее полно. Так, в субъектах с высоким уровнем правовой обеспеченности частота обращений в 2,5 раза меньше по сравнению с таковой в субъектах с низкой правовой обеспеченностью (рис. 5).

Указанная информация должна быть учтена не только органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, но и уполномоченными по КМП.

Основополагающим механизмом формирования и дальнейшего развития контроля КМП должно стать совершенствование существующих, уже используемых в настоящее время подходов к организации и проведению контрольно-надзорных мероприятий и поэтапное внедрение инновационных



Рис. 5. Средняя частота обращений граждан в Росздравнадзор по вопросам контроля КМП в 2008 г. по группам субъектов Российской Федерации с различным уровнем правовой обеспеченности (на 100 тыс. населения).

технологий. Важным является создание целостной организационной структуры контроля КМП — системы, в которой исключено дублирование функций субъектов контроля и осуществляется их эффективное взаимодействие [3, 5, 6]. Совершенствование действующих в субъектах Российской Федерации систем контроля КМП должно основываться прежде всего на создании единого информационного пространства на территории всей Российской Федерации, что предполагает формирование:

- единой терминологии вопросов КМП;
- единых методологических принципов его оценки;
- системы мониторинга уровня качества и соблюдения стандартов медицинской помощи.

Кроме того, целесообразно отражение всех элементов управленческого цикла в нормативных документах по вопросам контроля КМП: целеполагания, планирования, организации реализации установленной цели и задач, контроля реализации, обобщения и анализа информации о ходе реализации, принятия управленческих решений по улучшению КМП и повышению результативности контроля КМП, разработки корректирующих управленческих решений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бервик Д. М., Энтховен А., Банкер Дж. П. // Вопросы непрерывного повышения качества клинической работы. Библиотека программы "Здравреформ" USAID. — М., 1996 (CD ROM).
2. Голубева А. П. // Вопр. эксперт. и качества мед. помощи. — 2006. — № 3. — С. 34—36.
3. Назаренко Г. И., Полубенцева Е. И. Качество медицинской помощи. Управление. Измерение. Безопасность. Информация. — М., 2004.
4. Сабанов В. И., Иваненко В. В. // Вопр. эксперт. и качества мед. помощи. — 2006. — № 12. — С. 16—30.
5. Чаптецов В. Ф., Карачевцева М. А., Михайлов С. М., Гурин П. В. // Бюл. НИИ соц. гиг., экономики и управл. здравоохран. им. Н. А. Семашко. — 2007. — Вып. 3. — С. 155—157.
6. Шепин О. П., Стародубов В. И., Линденбрант А. Л., Галанова Г. И. Методологические основы и механизмы обеспечения КМП. — М., 2002.

Поступила 01.04.08

Р. Т. Алиев¹, В. Б. Колядо¹, А. И. Неймарк¹, А. В. Бурдейн²

МОДУЛЬНЫЙ ПРИНЦИП В ОРГАНИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ АНДРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

¹Алтайский государственный медицинский университет; ²НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН

Р. Т. Алиев — канд. мед. наук, ассист. каф. (romanaliev@yandex.ru); **В. Б. Колядо** — д-р мед. наук, зав. каф. (ozizagtmu@agtmu.ru); **А. И. Неймарк** — д-р мед. наук, зав. каф. (8-3852-40-47-41); **А. В. Бурдейн** — канд. мед. наук, ст. науч. сотр. (8-3843-796-979)

Для создания андрологической службы на территории РФ предполагается использовать модульный принцип с организацией сети первичных и укрупненных модулей в регионах Алтайского края и координирующего федерального центра.

Для реализации проекта необходим этапный принцип. На первом этапе — создание сети мужских консультаций, имеющих штатное расписание, материально-техническое обеспечение, набор помещений, вспомогательные службы и оказывающих определенный объем помощи при межрайонных урологических отделениях. На втором этапе планируется объединение мужских консультаций в единую телемедицинскую сеть, строительство зданий КАЦ и здания санатория.

На третьем этапе планируются полное оснащение КАЦ, санатория в г. Белокурихе и переезд этих организаций.

Ключевые слова: модульный принцип, андрологическая служба, мужская консультация

R.T. Aliev, V.B. Kolyado, A.I. Neimark, A.V. Burdein

THE MODULAR PRINCIPLE IN THE ORGANIZATION OF TERRITORIAL ANDROLOGICAL SERVICE

To establish the andrological service at the territory of the Russian Federation it is proposed to use the modular principle with the organization of the net of primary and consolidated modules in the regions of the Altai Krai and in the Coordinating Federal Center. For the realization of the project a step-by-step principle is needed. At the first stage - the creation of the net of men's consultations having personnel arrangements, material and technical provision, a set of premises, auxiliary services, and delivering a certain amount of care under the interregional urological departments. At the second stage it is planned to amalgamate men's consultations into a single telemedical net, to construct buildings of the Consultative Andrological Center (CAC) and the buildings of a sanatorium. At the third stage it is planned to complete equipping the CAC and the sanatorium in the town of Belokurikha.

Key words: modular principle, andrological service, men's consultations.

Проблема определения андрологии и целостного восприятия андролога как врача-специалиста характерна как для России, так и для большинства европейских стран. Андрология как специальность до сих пор не признана Европейским союзом, но при этом в некоторых европейских странах она является официальной медицинской специальностью.

В Великобритании больные с андрологическими проблемами обследуются и лечатся у врача общей практики и получают направление к урологу только в случае неэффективного консервативного лечения. Больные, которые нуждаются в оперативном лечении, могут быть прооперированы в государственных больницах по страховому полису, но пластические операции на половом члене (фаллопластика) проводятся только в некоторых крупных центрах и страховая медицина не оплачивает такие вмешательства [2].

В Израиле любой врач со степенью доктора медицины вправе открыть частную андрологическую клинику. Квалификацию андролога может получить любой дипломированный уролог, психиатр, гинеколог или эндокринолог, прошедший стажировку по сексологии в Израиле или за рубежом либо одно-, двухгодичную подготовку в аттестованной сексологической клинике [1].

В Нидерландах, Бельгии, Германии, Ливии, Турции нет системы формального образования по специальности "андрология" и не существует официально признанной квалификации андролога [3].

На сегодняшний день организованной системы андрологической службы ни в России, ни в странах Европы нет. В связи с несовершенством имеющихся моделей в качестве стартовой в России может быть использована любая.

Проект основан на 3-этапном принципе. На первом этапе для обеспечения андрологической помощи мужскому населению при межрайонных урологических отделениях Алтайского края в городах Бийск, Заринск, Рубцовск, Камень на Оби, Белокуриха, Славгород, Новоалтайск планируется создание сети мужских консультаций, имеющих штатное расписание, материально-техническое обеспечение, набор помещений, вспомогательные службы и оказывающих определенный объем помощи.

Для создания андрологической службы на территории Алтайского края используется модульный принцип. Функциональной андрологической единицей является мужская консультация, при этом ведется расчет: 1 модуль на 100 000 мужского населения. Модуль является универсальной и наименьшей организационной единицей Всероссийской андрологической службы, а организационное укрупнение происходит путем суммирования модулей с коэффициентом по материально-техническому обеспечению. Включение модулей в единую Всероссийскую андрологическую службу идет по мере их создания. Финансирование создания модуля осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, ОМС и иных источников, не запрещен-

ных действующим законодательством РФ.

Структурные подразделения разделяются на 4 основных уровня:

1-й уровень — общероссийский отдел андрологии и генитальной хирургии НИИ урологии;

2-й уровень — окружные андрологические центры;

3-й уровень — региональные андрологические центры;

4-й уровень — районные (межрайонные) андрологические центры — мужские консультации.

Каждый последующий уровень подчинен предыдущему по иерархическому принципу.

В штатном расписании мужской консультации (районные андрологические центры) выделяют следующие ставки: врач уролог-андролог — 1 ставка; врач функциональной диагностики — 0,5 ставки; медицинская сестра — 1 ставка; санитарка — 1 ставка.

Вспомогательные службы: клиническая и лабораторная диагностика (отделение клинической и лабораторной диагностики на базе медикообразующей структуры); биохимическая диагностика (отделение биохимической диагностики на базе медикообразующей структуры); иммунологическая диагностика (отделение иммунологии на базе медикообразующей структуры); кабинет ультразвуковой и функциональной диагностики; кабинет уродинамической диагностики; кабинет рентгенодиагностики.

Андрологические койки в межрайонном урологическом отделении:

расчет: 5 андрологических коек на 1 модуль;

операционный блок межрайонного урологического отделения;

отделение реанимации межрайонного урологического отделения;

отделение патанатомии.

Увеличение модулей в региональный (краевой, областной) андрологический центр происходит в зависимости от количества мужского населения, при этом штатное расписание рассчитывается путем простого суммирования; помещения модуля — коэффициент 1,5; материально-техническое оснащение: расходные материалы — коэффициент 2, медицинский инвентарь — коэффициент 1,5, медицинская мебель — коэффициент 1,2, диагностическое оборудование — коэффициент 1,2, аппараты физиотерапевтические — коэффициент 1,2.

Таким образом, в региональном андрологическом центре штатное расписание укрупняется 1 ставкой эндокринолога, 1 ставкой геронтолога, 1 ставкой сексолога, 0,25 ставки гинеколога.

Усиление материально-технического оснащения укрупненного модуля (региональный андрологический центр): кабинет скрининговых исследований, кабинет пункционной биопсии предстательной железы, кабинет трансуретральной микроволновой терапии (ТУМТ) и брахитерапии; кабинет "эректильной дисфункции" — регистрация ночных туменесценций (аппараты Риджискан, риджидометр), биопсия кавернозной ткани и полового члена, дробление бляшек полового члена; кабинет вспомогательных репродуктивных технологий; комплект для трансуретральной резекции (биполярный с оптическим обтуратором), оптический уретротом. Региональный андрологический центр укрупняется андрологическими койками,

операционным блоком и отделением реанимации.

Расширяется и объем оказания медицинской помощи в региональном андрологическом центре:

кондиломы полового члена — лазеродеструкция кондилом полового члена;

малый половой член — увеличение полового члена;

травматическая ампутация полового члена — пластика полового члена;

дисморфофобии — утолщение и увеличение полового члена;

болезнь Пейрони и врожденные искривления полового члена — оперативное лечение;

хроническая тазовая боль, орхалгия, простатодиназия — консервативное лечение;

эректильная дисфункция, кавернофиброз — фаллопротезирование;

стриктуры уретры — баллонная дилатация, пластика уретры, оптическая уретротомия;

кисты простаты — пункционная аспирация со склерозированием, трансректальная резекция (ТУР) кисты;

атрофия яичка — протезирование яичка;

мужское бесплодие — оперативное лечение, пластика семявыносящих путей, вспомогательные репродуктивные технологии;

мужской климакс — консервативное лечение;

варикоцеле — ретроперитонеоскопический минидоступ, лапароскопическое лигирование вен;

рак предстательной железы — брахитерапия;

доброкачественная гиперплазия предстательной железы — ТУМТ, ТУР.

Далее модуль укрупняется до окружного андрологического центра, в нем также проводятся перерасчет врачебных ставок согласно количеству мужского населения и коэффициентам, усиление материально-технического оснащения за счет малой операционной для проведения экстракорпорального оплодотворения, гольмиевого лазера.

Расширяется и объем оказания медицинской помощи в федеральном окружном андрологическом центре:

бесплодие — экстракорпоральное оплодотворение;

доброкачественная гиперплазия простаты — лазерная облация и вапоризация простаты;

рак предстательной железы — радикальная простатэктомия;

планируется проведение роботизированных технологий (роботизированная простатэктомия).

Штатное расписание Федерального окружного андрологического центра соответствует штатному расписанию регионального центра с добавлением 1 ставки гинеколога, системного администратора и пресс-секретаря.

Первый уровень иерархической андрологической службы располагается в общероссийском отделе андрологии и генитальной хирургии НИИ урологии. После организации модулей на всех уровнях требуется выделение земельных участков под строительство здания Краевого андрологического центра Алтайского края (КАЦ АК) и санатория-профилактория в г. Белокуриха. На этом первый этап проекта будет завершен.

На втором этапе планируется объединение мужских консультаций в единую телемедицинскую сеть, строительство зданий КАЦ и здания санатория.

Построение телемедицинской сети Всероссий-

ской андрологической службы проводится по иерархическому принципу.

Наименьшей конечной единицей Всероссийской андрологической телемедицинской сети (ВАТМС) является телемедицинский терминал, территориально расположенный на базе мужских консультаций (районных андрологических центров). Телемедицинские терминалы объединены между собой через региональный телемедицинский сервер, находящийся в региональном андрологическом центре. Все региональные сервера связаны между собой через окружные телемедицинские сервера, расположенные в окружных андрологических центрах, а они в свою очередь соединены в единую сеть через центральный сервер телемедицины, расположенный в НИИ урологии (Москва).

Универсальной и наименьшей единицей ВАТМС является районный (межрайонный) телемедицинский терминал (ТМТ). Расчет: 1 ТМТ на 1 модуль в структуре андрологической службы (мужская консультация). Организационное укрупнение ВАТМС осуществляется путем суммирования районных ТМТ в региональные телемедицинские центры субъектов РФ. Региональные телемедицинские центры субъектов РФ объединяются в 7 федеральных окружных телемедицинских центров по административно-территориальному принципу. Районные ТМТ, региональ-

ные центры субъектов РФ и федеральные окружные телемедицинские центры объединяются в единую Всероссийскую андрологическую телемедицинскую сеть (ВАТМТ) по мере их создания; 7 федеральных окружных телемедицинских центров интегрируются в центральный Всероссийский андрологический центр телемедицины (НИИ урологии, Москва).

Финансирование создания районных ТМТ, региональных центров, федеральных окружных центров и Всероссийского андрологического центра телемедицины (НИИ урологии, Москва) осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, ОМС и иных источников, не запрещенных действующим законодательством РФ.

На третьем этапе пилотного проекта "Организации андрологической службы" планируются полное оснащение КАЦ, санатория в г. Белокуриха и переезд этих организаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Makler A., Shiran E., Geva H., Mashiah T. // Fertil. and Steril. — 1999. — Vol. 71. N 4. — P. 761–764.
2. Nyboe A., Andersen L., Gianaroli R. et al. // Hum. Reprod. — 2005. — Vol. 21. — P. 1680–1697.
3. Sripada S., Fonseca S., Lee A. et al. // Androl. — 2007. — Vol. 28, N 2. — P. 101–102.

Поступила 13.11.08

© О. Н. ЕФАНКИНА, 2010
УДК 614.2:616-08-039.57

О. Н. Ефанкина

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ НА БАЗЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Городская поликлиника № 167, Москва

О. Н. Ефанкина — врач-невролог (amadina@jnbox.ru)

Представлены результаты обследования и лечения 1500 больных с цереброваскулярной патологией на базе городской поликлиники. Применение комплексной терапии (медикаментозной, физиотерапии, массажа, игло-рефлексотерапии, ЛФК) в условиях дневного стационара позволяет обеспечить должный клинический эффект.

Ключевые слова: *дневной стационар, цереброваскулярная патология, хроническая ишемия головного мозга*

O.N. Efankina

THE ORGANIZATION OF CURATIVE AND PREVENTIVE CARE TO PATIENTS ON THE BASIS OF A DAY HOSPITAL

The paper provides the results of the examination and treatment of 1500 patients with cerebro-vascular pathology on the basis of an urban polyclinic. The use of the complex therapy (medicaments, physiotherapy, massage, acupuncture, therapeutic physical training) under conditions of the day hospital allows achieving the proper clinical effect.

Key words: *day hospital, cerebro-vascular pathology, chronic cerebral ischemia.*

Количество зарегистрированных в Москве больных с сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными заболеваниями составило в 2008 г. около 1/3 (3 288 075 человек) от всего обслуживаемого городскими поликлиниками населения. Городские поликлиники в 2008 г. посетили более 12,5 млн человек с указанными заболеваниями, количество посещений на дому составило около 3,4 млн [2].

Перспективным направлением развития амбулаторно-поликлинической службы, по мнению ря-

да исследователей [2, 4], являются дневные стационары, которые позволяют увеличить объем и количество видов медицинских услуг больным, не нуждающимся в круглосуточном врачебном наблюдении. В условиях дневного стационара, организованного на базе поликлиники, хорошо поддаются лечению больные с хронической патологией в стадии компенсации и субкомпенсации, при этом появляется возможность проводить профилактику прогрессирования заболеваний. В 2008 г. в 83 ЛПУ

города открыты дневные стационары, число пролеченных больных в них увеличивается [2].

Дневной стационар на базе городской поликлиники № 167 Москвы функционирует с 2005 г. В течение 3 лет в нем получили лечение 1437 пациентов. Поступление пациентов в дневной стационар было связано с обострением хронического заболевания и необходимостью проведения интенсивного медикаментозного лечения. За истекший период лечение получили 961 женщина и 476 мужчин. Больше количество женщин по сравнению с мужчинами зарегистрировано в связи с их более высокой общей заболеваемостью цереброваскулярной патологией, отмеченной по поликлинике за этот период (5700 женщин и 3400 мужчин на 40000 населения), а так же в связи с большей заинтересованностью женщин в лечении и выполнении назначений врача. Лечение в дневном стационаре получали пациенты с хронической ишемией мозга и последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения. Все пациенты обратились к врачу с жалобами на повышенную утомляемость, трудности при выполнении своих функциональных обязанностей на работе, снижение аппетита, нарушение сна, сниженный фон настроения.

С каждым больным проводилась индивидуальная работа. В основу организации помощи были положены разработанные в Российском НИИ геронтологии [5] 10 основных поведенческих критериев, способствующих восстановлению здоровья:

- высокая духовность, оптимистический взгляд на жизнь;
- чувство ответственности за собственное здоровье;
- правильный режим питания;
- регулярная интеллектуальная нагрузка;
- движение тела, развитие подвижности и гибкости суставов;
- закаливание организма в отношении воздействия факторов окружающей среды;
- здоровый образ жизни, избавление от вредных привычек;
- гигиена окружающей среды и тела;
- нормальный режим и качество сна;
- мудрое, философское отношение ко всем жизненным невзгодам.

Разработанные для систем интерактивного воздействия рекомендации по режиму дня базируются на таких принципах, как регулярность выполнения в течение дня всех мероприятий, связанных со сном, питанием, двигательной активностью, самомассажем, выполнением санитарно-гигиенических норм и правил поведения, работы и отдыха. В отношении питания были определены следующие принципы: регулярность приема пищи; кратность приема пищи; умеренность объема пищи.

До и после курса лечения больные проходили неврологический осмотр, нейропсихологическое тестирование.

Оценивали жалобы больных, неврологический статус, данные лабораторных методов исследования, ЭКГ, состояние глазного дна, данные исследования магистральных артерий головы с помо-

Распределение больных ($n = 1437$) с учетом их неврологического статуса до и после лечения

Неврологический синдром	До лечения	После лечения
Цефалгический	890 (62)	181 (12,6)
Кохлеовестибулярный	417 (29)	123 (8,6)
Вестибулоатактический	72 (5)	6 (0,4)
Акинетико-ригидный	49 (3,4)	49 (3,44)

Примечание. В скобках указан процент.

щью ультразвуковой доплерографии. В состав нейропсихологического тестирования входили: стандартная шкала когнитивных функций MMSE-тест (Folhstein, 1975), определение степени тревожности проводилось по шкале Кови с помощью опросника (Kovy, 1980).

В результате указанной организации лечебно-профилактической помощи у больных, получавших лечение в дневном стационаре, удалось уменьшить количество жалоб, снизить степень тревожности и депрессии. Так, сократились жалобы на головные боли, шум и звон в ушах и голове, системное головокружение. Произошла стабилизация с частичным, а в 30% случаев — с практически полным регрессом неврологической симптоматики (см. таблицу).

Улучшение общего физического состояния оказало положительный эффект на осознание важности психического здоровья, так как для большинства пациентов пожилого возраста психологический статус тесно связан с физическим и функциональным. Пациенты отмечали значительное повышение своей социальной активности. Была снижена степень фиксации на негативных эмоциях, повышена возможность расширения социального и психологического мира.

Организация комплексного лечебно-профилактического воздействия в условиях дневного стационара при городской поликлинике позволяет обеспечить требуемый клинический эффект, а отсутствие синдрома оторванности от дома благоприятно влияет на психологическое состояние пациента и исход лечения. Включение наиболее значимых элементов здорового образа жизни способствует повышению резистентности организма. Обучение пациентов навыкам, которые приводят к предупреждению развития заболеваний, их обострений и осложнений позволяют лучше, быстрее адаптироваться к социальной среде и способствуют ускорению выздоровления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и профилактика ранних стадий хронической ишемии мозга: Метод. рекомендации / Гусев Е. И., Анисимова А. В., Бойко А. Н. и др. — М., 2005.
2. Дайджест ОМС. — 2008. — № 5. — С. 35—38.
3. Лисицын Ю. П. // Экономика здравоохран. — 1997. — № 8. — С. 56—58.
4. Скворцова В. И., Чазова И. Е., Стаховская Л. В. Вторичная профилактика инсульта. — М., 2002.
5. Шабалин В. Н. Психологические и физиологические факторы долгожительства: Руководство по геронтологии. — М., 2005. — С. 82.

Поступила 15.05.09

Ю. И. Бравве², А. Л. Томчук¹, А. И. Бабенко¹, Ю. Ю. Васильева¹

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЦЕНТРАХ

¹УРАМН НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний Сибирского отделения РАМН; ²Государственный Новосибирский областной консультативно-диагностический центр

Ю. И. Бравве — канд. мед. наук, главврач (secrdc@ndc.ru); **А. Л. Томчук** — канд. мед. наук, ст. науч. сотр. (8-383-333-55-94); **А. И. Бабенко** — д-р мед. наук, проф., зам. дир. по науке (8-383-333-55-94); **Ю. Ю. Васильева** — аспирант

На основе материалов работы Новосибирского областного консультативно-диагностического центра показана прогностическая значимость методов функциональной диагностики и консультативной помощи. Установлено, что методы эхокардиографии имеют значение при прогнозировании распространенности ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, врожденных и приобретенных пороков сердца. При консультативной помощи значима выявляемость заболеваний щитовидной железы, бронхиальной астмы, гипертонической, мочекаменной болезни, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, хронического гепатита и цирроза печени, аллергического ринита.

Ключевые слова: функциональная диагностика, выявляемость, консультативно-диагностический центр

Yu.I. Bravve, A.L. Tomchuk, A.I. Babenko, Yu. Yu. Vasilieva

THE FUNCTIONAL METHODS OF EXAMINATION AND CONSULTATIVE CARE AT DIAGNOSTIC CENTERS

On the basis of working materials of the Novosibirsk regional consultative and diagnostic center, the prognostic significance of functional diagnosis methods and consultative care was demonstrated. It was found that methods of echocardiography are important in forecasting the prevalence of ischemic heart disease, arterial hypertension, congenital and acquired valvular disease. The consultative care acquires significance in detecting diseases of the thyroid gland, bronchial asthma, hypertonic disease, urolithic disease, duodenal ulcer, chronic hepatitis and cirrhosis of the liver, allergic rhinitis.

Key words: functional diagnosis, detectability, consultative and diagnostic center

Особой разновидностью диагностики наличия расстройств организма, патологических состояний, заболеваний являются функциональные методы исследования. В Новосибирский областной консультативно-диагностический центр (ГНОКДЦ) на данный вид диагностики в среднем за год поступает 58,4 тыс. пациентов, которым проводится 141,5 тыс. исследований.

В основном проводят 3 группы исследований: кардиореспираторные (эхокардиография (ЭхоКГ), ЭКГ, спирография и др.), нейрофизиологические (ЭЭГ, электромиография (ЭМГ) и др.), ангиологические, на которые приходится соответственно 34,2, 49,6 и 16,2% всех функциональных исследований. Их значимость для оценки здоровья населения показана в целом ряде работ [2, 3 и др.], объемы исследований отражены в материалах Б. М. Прошенского [1].

Чаще всего эти методы применяют при оценке распространенности болезней органов системы кровообращения, прежде всего сердца и сосудов. В среднем за год методом ЭхоКГ на наличие заболеваний сердца обследуют 15,6 тыс. пациентов. При этом уровень выявляемости патологии составляет 45,6%. В структуре патологии сердца 31,3% приходится на ишемическую болезнь (ИБС), 25,3% — на гипертоническую болезнь (ГБ), 19% — на порок митрального клапана (ПМК).

Приобретенные и врожденные пороки сердца (ППС и ВПС) составляют по 7,1—7,2%. На остальные заболевания сердца приходится не более 2,2%. Полученные данные позволяют рассчитать прогностическую значимость данного метода исследова-

ния и коэффициент относительной важности (КОВ) патологии сердечно-сосудистой системы. При этом КОВ применения метода ЭхоКГ среди других методов функциональной диагностики 0,244, а КОВ выявляемости составляет 0,544.

В табл. 1 в соответствии с удельным весом каждого патологического поражения представлены их КОВ. Расчет показал, что ЭхоКГ имеет прогностическое значение при ИБС (КОВ = 0,042), ГБ (КОВ = 0,034), ПМК (КОВ = 0,025), а также при диагностике ППС и ВПС (КОВ = 0,01). Для остальных заболеваний ввиду незначительного удельного веса в выявляемой патологии сердца данный метод не имеет прогностического значения.

Таблица 1

Прогностическая значимость ЭхоКГ для выявления патологии сердца у пациентов региональных консультативно-диагностических центров

Патология	КОВ		Ранговое место
	патологическая пораженность	прогностическая значимость метода	
ИБС	0,313	0,042	1
ГБ	0,253	0,034	2
ПМК	0,190	0,025	3
ППС	0,071	0,010	5
ВПС	0,072	0,010	4
Кардиомиопатии	0,01-	—	—
Перикардиты	0,022	0,003	—
Эндокардиты	0,007	—	—
Прочие	0,062	0,008	—

Особое значение имеет применение метода ЭхоКГ для выявления патологии сердца у плода (нарушение ритма, жидкость в перикарде, гипертонический фокус, врожденные пороки). В среднем за год обследуют до 1780 беременных женщин, что составляет 10,5% от всего объема проведенных ЭхоКГ. Уровень выявляемости патологических поражений сердца у плода составляет 11,6%, прогностическая значимость метода при оценке распространенности данной патологии — 0,012. Это свидетельствует о возможности использования результатов ЭхоКГ сердца плода в качестве прогностического критерия оценки распространенности патологии.

Другой группой методов исследования органов системы кровообращения являются ангиологические. Для изучения сосудов используют методы дуплексного сканирования (ДС) и ультразвуковой доплерографии (УЗДГ). Всего проводится 21,3 тыс. исследований сосудов в год. Выявляемость патологии при УЗДГ составляет 53,3%, при ДС артерий — 20,1% и ДС вен — 94,3%. При этом на долю выявленной патологии методом УЗДГ приходится 77,1% всех заболеваний сосудов, методом ДС артерий — 20,4% и ДС вен — 2,5%.

Полученные данные (с учетом удельного веса ангиологических исследований в общем объеме функциональных методов) показали, что УЗДГ сосудов (КОВ = 0,067) и дуплексные исследования артерий (КОВ = 0,026) могут использоваться для прогнозирования сердечно-сосудистой патологии.

Методом ЭхоЭГ в среднем за год обследуется 10,9 тыс. пациентов с уровнем выявляемости патологии головного мозга 42,8%, методом ЭЭГ — 10,7 тыс. пациентов с выявляемостью патологических поражений головного мозга 79,6%, методом реоэнцефалографии (РЭГ) — 10,6 тыс. пациентов, выявляемость патологии составляет 79,1%. ЭМГ проводят 4,4 тыс. обследуемых с уровнем установления патологических поражений 96%. Среди прочих методов исследования применяют нейросонографию (4,5 тыс. обследованных) и исследования потенциалов головного мозга (1,1 тыс. обследованных) с уровнем выявляемости патологии 61,6 и 52,2% соответственно. Таким образом, основная часть выявленной патологии приходится на ЭЭГ — 29,4%, РЭГ — 28,8%, а также ЭхоЭГ — 15,9% и ЭМГ — 14,5%. Доля нейросонографии составляет 9,5% и исследований потенциалов головного мозга — 1,9%. Полученные данные позволили определить прогностическую значимость рассмотренных методов, где наиболее приемлемыми для оценки распространенности патологических поражений головного мозга являются ЭЭГ (КОВ = 0,051), РЭГ (КОВ = 0,016) и ЭМГ (КОВ = 0,011). Другие рассматриваемые методы не имеют массового применения, и уровень выявляемости ниже, чем у трех отмеченных выше, что делает их непригодными для социально-гигиенической оценки распространенности патологических поражений головного мозга.

Таким образом, среди функциональных методов наиболее значим метод ЭхоКГ при ИБС, артериальной гипертензии, ВПС и ППС, в том числе у плода. Ангиологические методы дают возможность оценить распространенность поражений кровеносных сосудов. Наиболее приемлемыми нейрофизиологическими методами, выявляющими патологию

ческие поражения головного мозга, являются ЭЭГ, РЭГ и ЭМГ.

Помимо инструментальных и лабораторных методов исследования в консультативно-диагностических центрах проводится консультирование пациентов врачами разного профиля с целью постановки и корректировки диагноза. Особенности этой формы диагностики, структура приемов представлены Б. М. Проценским [1]. Этот важный аспект диагностики мы также рассмотрели с точки зрения прогностической значимости.

В ГНОКДЦ ежегодно 31,5 тыс. пациентов получают консультативную помощь. Всего проводится 95,5 тыс. консультаций в год. Из них почти половина (44,2%) приходится на терапевтический прием, 12% — на прием врачей-хирургов, 8,3% — педиатров. Определенный вклад в оказание консультативной помощи вносят "узкие" специалисты: неврологи — 13,5%, остальные (гинекологи, оториноларингологи, офтальмологи) — по 6,8—8,2%. При этом уровень выявляемости патологии при обследовании терапевтами составляет 30%, хирургами — 37,3%, педиатрами — 59,4%. У "узких" специалистов выявляемость патологических поражений колеблется от 35,6% (у неврологов) до 55,7% (у гинекологов), 57,6% (оториноларингологов), 64,9% (офтальмологов).

В среднем по всем рассматриваемым специалистам уровень выявляемости составляет 41,8%. В терапевтической консультативной помощи выделяется несколько профилей врачей — кардиолог, ревматолог, пульмонолог, аллерголог, гастроэнтеролог, эндокринолог, нефролог.

Наибольшая доля консультативной помощи оказывается гастроэнтерологами — 36,2% от всего объема консультаций терапевтического профиля, 20,3% — кардиологами, 7,2% — ревматологами, 14,8% — эндокринологами, 10,1% — аллергологами, 9,9% — пульмонологами и лишь 1,5% — нефрологами.

Уровень выявляемости патологии в этой группе составляет от 23,3—23,5% (нефрологи, кардиологи) до 30,7% (гастроэнтерологи) и 32,9—37,6% (пульмонологи, эндокринологи, аллергологи, ревматологи).

Наибольший удельный вес выявляемости патологии приходится на болезни системы кровообращения (25,4%), где ведущими являются ГБ (16,5%) и ИБС (8,9%). Значительна доля заболеваний эндокринной системы, при этом на болезни щитовидной железы приходится 19,8% и 2,7% — на сахарный диабет. 20,9% патологии связаны с болезнями органов пищеварения (9,4% — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, 6,2% — хронические гепатиты, 3,8% — желчнокаменная болезнь и 1,5% — язвенная болезнь желудка). Среди болезней органов дыхания (20,5%) следует выделить бронхиальную астму (13,9% от всех терапевтических заболеваний) и аллергический ринит (6,6%). 9,9% составляют болезни мочеполовой системы (мочекаменная болезнь — 6,7% и гломерулонефрит — 3,2%), в 0,8% случаев выявляется эпилепсия.

При этом коэффициент выявляемости отдельных видов заболеваний на консультативном приеме наиболее значителен при эпилепсии (48,3%), сахарном диабете (47,8%), мочекаменной болезни (47,7%), язвенной болезни желудка (45,9%), заболеваниях щитовидной железы (42,9%), хрониче-

Прогностическая значимость консультативной помощи специалистов терапевтического профиля при выявлении заболеваний у пациентов региональных консультативно-диагностических центров

Заболевание	КОВ				Ранговое место
	обследования терапевтом	удельный вес пациентов	выявляемость	прогностическая значимость	
ГБ	0,442	0,165	0,223	0,016	3
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	0,442	0,094	0,316	0,013	5
Хронический гепатит, цирроз	0,442	0,062	0,375	0,010	6
Бронхиальная астма	0,442	0,139	0,254	0,016	2
Аллергический ринит	0,442	0,066	0,336	0,010	7
Мочекаменная болезнь	0,442	0,067	0,477	0,014	4
Заболевания щитовидной железы	0,442	0,198	0,429	0,038	1

ском гепатите (37,5%), желчнокаменной болезни (32,1%), аллергическом рините (33,6%), язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (31,6%). Наименьший уровень выявляемости имеет место при консультировании больных по поводу бронхиальной астмы (25,4%), гломерулонефрита (25,5%), ГБ (22,3%) и ИБС (18,9%).

Полученные данные позволяют рассчитать прогностическую значимость результатов консультативных терапевтических приемов для социально-гигиенической оценки распространенности заболеваний. Удельный вес терапевтических приемов, как отмечено ранее, составляет 44,2% от всего объема консультаций пациентов. Расчет КОВ по 13 основным видам консультируемой патологии показал, что только при 7 заболеваниях можно использовать результаты консультативной помощи (табл. 2). Это прежде всего заболевания щитовидной железы (КОВ = 0,038). Также имеется определенная значимость при постановке диагноза бронхиальной астмы (КОВ = 0,016) и ГБ (КОВ = 0,016).

Такие заболевания, как мочекаменная болезнь, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический гепатит, аллергический ринит, где КОВ составляет 0,01–0,014, тоже попадают в группу

значимых патологий (КОВ \geq 0,01). Остальные заболевания ввиду недостаточной выявляемости (патологии (ИБС) или малой доли обследованных (язвенная болезнь желудка, эпилепсия, желчнокаменная болезнь, гломерулонефрит, сахарный диабет) не могут использоваться для социально-гигиенической оценки их распространенности.

Таким образом, при проведении консультаций пациентов в консультативно-диагностическом центре наиболее значимо для социально-гигиенической оценки распространенности патологических поражений выявление заболеваний щитовидной железы, бронхиальной астмы, ГБ, мочекаменной болезни, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, хронического гепатита и цирроза печени, аллергического ринита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Проценский Б. М. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2004. — № 4. — С. 31–34.
2. Рустамова Я. К., Алехин М. Н., Сальников Д. В., Сидоренко Б. А. // Кардиология. — 2008. — № 12. — С. 4–9.
3. Яковлева Я. К., Тютен Л. А., Аль-Двеймер С. Ю. и др. // Мед. визуализация. — 2008. — № 4. — С. 20–27.

Поступила 15.05.09

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2010

УДК 614.2:616-084

Е. П. Жилыева, В. С. Нечаев, Д. В. Ефремов

РОЛЬ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ПРОПАГАНДЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва

Е. П. Жилыева — канд. филос. наук, вед. науч. сотр. (zhill234@yandex.ru); **В. С. Нечаев** — д-р мед. наук, зав. отд. (vn52@yandex.ru); **Д. В. Ефремов** — мл. науч. сотр. (a-efremov@yandex.ru)

В статье показано значение здорового образа жизни (ЗОЖ) в профилактике и борьбе с болезнями. Рассмотрены основные методы и организационные технологии, используемые в промышленно развитых странах в целях эффективной работы врачей общей практики по внедрению ЗОЖ. Приведены конкретные примеры из материалов ВОЗ, организаций США и Австралии, а также некоторые рекомендации для российского здравоохранения.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, врач общей практики (ВОП), методики работы ВОП, здравоохранение промышленно развитых стран.

E.P. Zhilyaeva, V.S. Nechaev, D.V. Efremov

THE ROLE OF A GENERAL PRACTITIONER IN THE POPULARIZATION OF HEALTHY LIFESTYLE

The paper demonstrates the importance of healthy lifestyle in the prevention and control of diseases. The description is given of the main methods and organizational technologies used in developed countries to ensure the effective performance of general practitioners on the introduction of healthy lifestyle. The concrete examples from WHO documents, USA and Australian organizations and also some recommendations for the healthcare system of Russia are provided.

Key words: healthy lifestyle, general practitioner (GP), GP's methods of work, healthcare system of developed countries.

В промышленно развитых странах состояние здоровья населения характеризуется высокими показателями распространенности неинфекционных заболеваний. В Европе в 2005 г. на них приходилось 77% совокупного бремени всех болезней [1]. Возникновение и развитие большинства неинфекционных заболеваний в значительной степени связано с образом жизни, с такими поведенческими факторами, как курение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, потребление вредных для здоровья пищевых продуктов и др.

По данным Центра профилактики и борьбы с болезнями США, ежегодно 1,7 млн американцев погибают и 25 млн становятся инвалидами под действием хронических заболеваний, возникающих или усугубляющихся вследствие нездорового образа жизни. Переход к здоровому образу жизни (ЗОЖ) способен предотвратить развитие многих неинфекционных болезней, уменьшая потребность в лекарственных средствах и активных медицинских вмешательствах [4].

Это находит так много подтверждений в медицинской практике, что в 2005 г. группа специалистов различных областей медицины и здравоохранения США основала организацию "Американская корпорация медицины здорового образа жизни", которая ставит целью сделать медицину, основанную на внедрении ЗОЖ, официально признанной клинической специальностью и включить ее в программу базовой медицинской подготовки. Издается "Американский журнал медицины здорового образа жизни", где помещаются обзоры проводимых исследований о влиянии поведенческих факторов на здоровье и о методах избавления пациентов от вредных привычек и приобщения их к ЗОЖ.

Внедрение ЗОЖ является интегральной составляющей профессиональной подготовки врачей разных специальностей, медицинских сестер. Но особенно важную роль в борьбе с неблагоприятными для здоровья факторами индивидуального поведения призваны играть врачи общей практики (ВОП). Как правило, они оказывают пациенту медицинскую помощь на протяжении всей его жизни и хорошо знают его окружение, условия и стиль жизни. Этим определяется ведущая роль ВОП в профилактической работе и пропаганде ЗОЖ. На это указывается, в частности, в стратегическом документе по профилактической деятельности Европейского союза врачей общей практики, который был принят 05.10.02 во Флоренции на Генеральной ассамблее этой организации [3].

Именно ВОП имеет все необходимые возможности для того, чтобы помогать пациентам более ответственно относиться к своему здоровью, не разрушать, а укреплять его за счет отказа от вредных привычек и приобщения к ЗОЖ. Практический опыт многих стран показывает, что попытки принуждения пациента к тому, чтобы изменить свои многолетние привычки, обычно приводят к негативному результату. На пациента не следует оказывать агрессивного психологического давления. Напротив, ему необходимо предоставлять соответствующую информацию о пользе ЗОЖ и возможных последствиях вредных привычек, оставляя за ним осознанный свободный выбор.

Для того чтобы медицинский персонал, оказывающий первичную медико-санитарную помощь, мог эффективно проводить работу по внедрению

ЗОЖ, он должен обладать не только определенными знаниями, но и соответствующими навыками и приемами. Поэтому специальная целевая подготовка кадров в данной области с использованием высоких образовательных стандартов является необходимым условием успешного решения этой задачи. В США в этих целях в 2007 г. при Гарвардской медицинской школе основано некоммерческое частное образовательное учреждение — Институт медицины здорового образа жизни, а также функционирует колледж этого профиля.

В Австралии с 2005 г. управления общей врачебной практики на местах осуществляют подготовку персонала служб первичной медико-санитарной помощи (в том числе оказывающего медицинскую помощь аборигенам) к проведению работы по внедрению ЗОЖ. В этих целях местные органы здравоохранения распространяют руководства для ВОП о том, как мотивировать пациентов к ведению ЗОЖ, а также памятки по ЗОЖ для пациентов. Такие материалы широко передаются и с помощью электронных носителей.

Однако, какими бы всесторонними приемами и навыками приобщения пациента к ЗОЖ ни обладал медицинский работник, наиболее эффективное действие оказывает его личный пример. Он помогает справиться и с трудностями этического характера, возникающими, например, при необходимости убеждать пациентов пожилого возраста отказаться от вредных привычек.

В Американской корпорации медицины здорового образа жизни считают, что врач не может советовать пациенту того, в чем он сам не является примером, потому что такой совет не вызовет доверия [4]. Например, консультации тучных врачей по ЗОЖ является ярким примером того, как отношение медицинского работника может служить пациенту положительной или отрицательной моделью поведения. Так, врачи, страдающие ожирением, часто не склонны обращать внимание на свое состояние и реже консультируют пациентов с избыточной массой тела о том, как следует его нормализовать. Между тем проведенное в США исследование показало, что 44% врачей-мужчин имеют избыточную массу тела, а 6% из них страдают ожирением. Относительно женщин-врачей таких данных нет, но обследование женщин-медсестер показывает, что у 28% из них масса тела избыточная, а у 11% — ожирение. Однако, если врач или медсестра борются со своим ожирением, то они могут поделиться собственным опытом с пациентом, и это будет более действенно, чем отвлеченные советы.

В деятельности медицинских работников по внедрению ЗОЖ имеется целый ряд организационных, методических и финансовых проблем. Так, например, консультации по ЗОЖ требуют от врачей значительных затрат рабочего времени. В США эта работа не оплачивается организациями медицинского страхования, поэтому Корпорация медицины здорового образа жизни намерена лоббировать в Конгрессе США вопрос о необходимости ее оплаты на том основании, что пациент должен иметь право на информацию о значении ЗОЖ в борьбе с артериальной гипертензией, ожирением, диабетом и другими патологическими состояниями.

В Великобритании до 1996 г. на зарплату ВОП влияло документированное проведение им работы

с курящими пациентами по отказу от этой вредной привычки. Затем это положение было заменено требованием, чтобы врач разрабатывал в отношении пациента стратегию индивидуальной работы по санитарному просвещению.

В Австралии действующая правительственная программа по профилактике предусматривает поощрение ВОП за рекомендации пациентам, как следует изменять свой образ жизни [5]. При этом в национальном бюджете здравоохранения предусмотрено выделение средств на распространение руководства для ВОП о том, как мотивировать пациентов к ведению ЗОЖ, и соответствующих памяток для пациентов как на бумажных, так и на электронных носителях.

В Российской Федерации работе ВОП по пропаганде и внедрению ЗОЖ уделяется большое внимание. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.01.05 № 84 "О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)" определяет в качестве одной из его основных функций осуществление санитарно-гигиенического образования и консультирование пациентов по вопросам ЗОЖ. Однако для успешного выполнения этих функций необходимо существенно усилить подготовку кадров в этой области в соответствии с

современными образовательными стандартами, а также шире внедрять инновационные методы и средства эффективной пропаганды ЗОЖ силами ВОП и другого персонала, оказывающего первичную медико-социальную помощь. При этом особое внимание следует обращать на оздоровление образа жизни самих российских врачей, с тем чтобы они служили убедительным примером для своих пациентов и для всего населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. — Копенгаген, 2005. — С. 26.
2. The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response. Summary / Eds F. Branca et al. — Copenhagen, 2007.
3. European Union of General Practitioners. Consensus Document on Preventive Activities. — 2002/103. — УЕМО, 2002.
4. Marphy K. // New York Times. — 2007. — 17 April.
5. Prescription for a healthy lifestyle, Australia. — <http://www.medicalnewstoday.com/articles/31349/php> — от 3 октября 2005 г.
6. Reilly J. M. Are obese physicians effective at providing healthy lifestyle counseling? — http://findarticles.com/p/articles/mi_m3225/is_5_75/ai_n18744566 от 8 октября 2007 г.

Поступила 25.05.07

Медицинское страхование

© И. Е. БАДАЛЯНЦ, 2010
УДК 614.2:616-082:33(470.43)

И. Е. Бадалянц

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Самарский областной клинический госпиталь для ветеранов войн

И. Е. Бадалянц — канд. мед. наук, зав. терапевтическим отд-нием № 2 (951-75-81)

Представлен анализ экономических показателей оказания стационарной помощи лицам старше 60 лет в Самарском областном клиническом госпитале для ветеранов войн в 2007 г.

Ключевые слова: стационарная помощь, стоимость госпитализации, обязательное медицинское страхование

I.E. Badalyants

THE MEDICO-SOCIAL CHARACTERISTIC OF HOSPITAL CARE IN THE SYSTEM OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE IN THE SAMARA OBLAST

The analysis is made of economic indicators of hospital care delivery to persons aged over 60 in the Samara regional clinical hospital for war veterans in 2007.

Key words: hospital care, the cost of hospitalization, compulsory health insurance.

В научной литературе имеется довольно много публикаций о различных видах медицинской помощи, оказываемых населению, с подробным статистическим анализом [1—3]. В то же время практически не встречаются работы, где статистические данные сопровождались бы расчетами стоимости лечения в возрастных группах пожилого и старческого возраста в разрезе различных заболеваний.

Стационарная помощь, оказываемая лицам по-

жилого и старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, относится к самым ресурсоемким видам медицинской помощи. Причем с возрастом затраты на лечение этого контингента больных возрастают. Так, средняя стоимость госпитализации лиц пожилого и старческого возраста с болезнями органов кровообращения в Самарской области в возрасте 60—69 лет в 2007 г. составила 7376,29 руб., в возрасте 70—79 лет на 5,3%

больше — 7770,33 руб., самая высокая стоимость отмечалась в возрастной группе 80 лет и старше — 11430,75 руб., или в 1,5 раза дороже, чем в группе 60—69 лет.

По нашим данным, за 2007 г. в круглосуточных стационарах Самарской области было пролечено 148 923 человека в возрасте 60 лет и старше, в дневных стационарах — 52 144 человека; в медико-социальных отделениях — 8388 человек (см. таблицу).

При анализе структуры всех пролеченных в стационарах ЛПУ Самарской области лиц старше 60 лет в 2007 г. выявлено, что на первом месте по количеству пролеченных пациентов стоят больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями — 100 744 (50,3%) человек, на втором месте — больные, страдающие болезнями органов пищеварения [18 407 (9,2%) человек], на третьем месте — пациенты с болезнями глаза и его придаточного аппарата, на четвертом и пятом — пациенты с новообразованиями (6,3%).

В структуре стационарной помощи, оказанной мужчинам пожилого и старческого возраста, первое ранговое место принадлежит пациентам с заболеваниями органов кровообращения, они составляют 41% от общего числа госпитализированных в возрасте 60 лет и старше.

В то же время при анализе стоимости госпитализации выясняется, что средняя стоимость лечения лиц пожилого и старческого возраста с патологией сердечно-сосудистой системы дешевле, чем лечение онкологических заболеваний, заболеваний почек, эндокринной патологии и болезней костно-мышечной системы. Так, средняя стоимость стационарного лечения лиц в возрасте 60 лет и старше с патологией органов кровообращения на 8,1% больше, чем средняя стоимость госпитализации пациентов указанной возрастной группы, но меньше средней стоимости лечения больных с новообразованиями на 36,4%, с болезнями мочеполовой системы на 9,9%, с эндокринными заболеваниями на 5,5%, с костно-мышечной патологией на 1,3%.

При этом необходимо учесть, что в работе приведены статистические данные по базе системы ОМС, т. е. не включены госпитализации, которые финансируются из федерального и регионального бюджетов и относятся к системе высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи.

Следует особо отметить, что стоимость стационарного лечения для лиц пожилого и старческого возраста, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, в 2007 г. возросла в среднем на 26,4% по сравнению с 2006 г., тогда как общее подорожание медицинской помощи составило всего 12%. Причем отмечают различия по возрастным группам: увеличение стоимости госпитализации в группе 60—69 лет произошло на 11,5%, в возрастной группе 70—79 лет — на 14,2%, а самый значитель-

ный рост отмечен в возрастной группе 80 лет и старше — на 32%.

Удорожание лечения обусловлено тремя основными причинами: увеличением стоимости медикаментов, расходных материалов, применяемых в диагностических подразделениях и при медицинских манипуляциях; увеличением размера оплаты труда сотрудников больниц; включением в Территориальную программу ОМС в Самарской области физиотерапевтического лечения, массажа, иглорефлексотерапии, баротерапии, что вызвало значительное удорожание стоимости лечения.

Различие в стоимости лечения больных разных возрастных групп связано также и со средней стоимостью одного койко-дня. В возрасте 60—69 лет стоимость койко-дня при лечении болезней системы кровообращения составила 544,28 руб., в группе 70—79 лет — несколько больше — 558,85 руб., в самой старшей возрастной группе — 80 лет и старше стоимость койко-дня увеличилась значительно и составила 702,68 руб.

При этом следует отметить, что сохраняется тенденция удлинения сроков лечения с возрастом, что связано как с особенностями течения сердечно-сосудистых заболеваний в пожилом и старческом возрасте, так и с социальными причинами, когда пребывание в стационаре предусматривает и восстановление способности старых людей к самообслуживанию.

Средняя длительность стационарного лечения мужчин, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, в возрасте 60—69 лет составила 13,5 дня, в возрасте 70—79 лет — 13,9 дня, в возрасте 80 лет и старше — 16,2 дня.

Следует подчеркнуть, что повышенная потребность лиц преклонного возраста в стационарной помощи в Самарской области в последние годы реализуется достаточно эффективно. Если взять класс болезней органов кровообращения, то 45% госпитализаций в возрастной группе 60 лет и старше приходится на мужчин, хотя в структуре населения они занимают намного меньшую долю.

С возрастом увеличивается потребность в стационарной помощи по поводу заболеваний, относенных к указанному классу. В структуре получивших стационарную помощь лица в возрасте 60—69 лет составляют 34,2%, 70—79 лет — 24,8%, 80 лет и старше — 41%.

В то же время, если рассмотреть показатель госпитализации на 100 амбулаторных посещений по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы, то выявляется парадоксальная ситуация: в самой молодой возрастной группе — 60—69 лет на 100 посещений приходится больше всего госпитализаций — 4,3, в возрастной группе 70—79 лет — 3,5, в самой старшей группе (80 лет и старше) — 3,4. Эта тенденция косвенно подтверждает тот факт, что с

Количество пролеченных пациентов старше 60 лет в стационарах Самарской области в 2007 г.

Место госпитализации	60—74 года		75—89 лет		90 лет и старше	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Круглосуточный стационар	43 123	58 523	17 570	29039	288	380
Дневной стационар	9 802	24 223	7 035	10 689	94	301
Медико-социальное отделение	1 373	2 961	804	3 142	6	99
Всего...	54 298	85 707	22 413	42 868	388	689

возрастом увеличивается доля госпитализируемых по поводу сердечно-сосудистых заболеваний по экстренным показаниям, минуя амбулаторно-поликлиническое звено.

Анализируя экономические показатели оказания стационарной помощи лицам преклонного возраста, следует признать, что, несмотря на довольно значительное увеличение финансирования этого вида помощи, фактические затраты на диагностику и лечение этих заболеваний превышают стоимость услуг, заложенную в прејскуранте. ЛПУ, осуществляющие стационарное лечение людей старших возрастов, несут ощутимые убытки. В первую очередь это относится к госпиталям ветеранов войн.

Дело в том, что организационные стандарты ведения пациентов, относящихся к этому контингенту, предусматривают проведение довольно широкой диспансеризации. Практически у всех лиц пожилого и старческого возраста имеются заболевания системы кровообращения (в среднем на одного пациента 3,4 заболевания этого класса), поэтому при любой госпитализации выставляются соответствующие сопутствующие диагнозы. Однако порядок оплаты в системе ОМС предусматривает оплату услуги, которая характеризуется как страховой случай, т. е. за пациента, находящегося, например, в урологическом отделении по поводу хронического пиелонефрита, будет выставлен и оплачен только счет, соответствующий этому заболеванию, а то, что ему в обязательном порядке проводилось лечение по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы, учтено не будет.

Решение этой проблемы видится в разработке и внедрении в практику системы повышающих коэффициентов, которые зависят от степени тяжести сопутствующих заболеваний, в частности болезни сердечно-сосудистой системы. Это особенно актуально в системе ОМС. Другой путь решения указанной проблемы заключается в том, что при разработке медицинских технологических стандартов лиц пожилого и старческого возраста необходимо учитывать их сопутствующие заболевания, приводящие к удлинению сроков лечения и его удорожанию, в частности 100% поражение сердечно-сосудистой системы.

Медико-экономическая характеристика оказания помощи пожилым и старым людям с заболеваниями системы кровообращения включает и особенности оплаты медицинских услуг в системе ОМС.

Опыт Самарской области позволяет сделать некоторые обобщения по этому вопросу.

При подушном финансировании амбулаторно-поликлинической сети, когда деньги выделяются поликлиникам в зависимости от численности прикрепленного населения и его половозрастного состава, амбулаторные учреждения, где значителен удельный вес прикрепленных лиц пожилого и старческого возраста, имеют определенное экономическое преимущество. Однако при внедрении элементов фондодержания, когда поликлиника оплачивает из своих средств вторичные медицинские услуги (стационарную помощь, стационарозамещающую помощь, скорую медицинскую помощь, консультативную помощь в других амбулаторных учреждениях), ей становится экономически невыгодно направлять пациентов на стационарное лечение и т. д. А так как потребность во внешних услугах у пациентов старших возрастов выражена больше, то теоретически они могут пострадать

больше других. Таким образом, речь идет о необходимости наладить работу первичного звена таким образом, чтобы разумно сочетались экономические и медицинские интересы и не ущемлялись права застрахованных пожилых людей.

В Самарской области удалось избежать ситуаций, когда из-за искусственной задержки на амбулаторном этапе лечения пожилые и старые пациенты, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями, попадали в стационар с большим опозданием с осложнениями или обострениями. Вместе с тем элементы фондодержания экономически стимулировали поликлиники работать более качественно, рационально использовать свои потенциальные возможности, широко использовать стационарозамещающую терапию, более внимательно относиться к результатам стационарного лечения, так как некачественное лечение в стационарах приводило к необходимости повторной госпитализации, более активной (и затратной) организации дневных стационаров, более дорогостоящего медикаментозного лечения, не всегда бесплатного для пациентов, привлечения консультантов. Все это привело к значительным экономическим издержкам. А так как большинство пациентов пожилого и старческого возраста лечились по поводу болезней сердца и сосудов, то все обозначенное выше имеет к ним непосредственное отношение.

Оплата стационарной медицинской помощи в Самарской области построена по принципу ретроспективной оплаты за законченный случай, которая осуществляется в соответствии с прејскурантом цен, построенным по клинко-статистическим группам (КСГ) — однородные группы заболеваний, близкие по этиологии, технологии лечения и средней длительности пребывания в больницах. Во всех КСГ предусмотрен уровень оказания медицинской помощи, в том числе и в КСГ, относящихся к классу заболеваний болезней органов кровообращения. В нормативных документах Самарской области определены три уровня стационарной помощи: областные ЛПУ (клинический уровень), городские ЛПУ и центральные районные больницы (ЦРБ) — сельский уровень.

Однако система оплаты построена таким образом, что, если, например, в ЦРБ лечится пожилой пациент с ишемической болезнью сердца, а его КСГ относится к 1-му (клиническому) уровню, медицинская помощь лечебному учреждению будет оплачена полностью, если будет выполнен технологический стандарт лечения данного заболевания. Если есть дефекты диагностики и лечения, страховая медицинская организация имеет право применять понижающие коэффициенты для оплаты.

В заключение отметим, что оплата в системе ОМС Самарской области организована таким образом, что вопросы об экономической невыгодности лечения пациентов старших возрастов выглядят некорректными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галкин Р. А., Павлов В. В., Кузнецов С. И. Реорганизация первичной медицинской помощи в Самарской области. — Самара, 1997.
2. Гехт И. А. Одинокая старость: медицинские и социальные аспекты: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2002.
3. Гехт И. А. // Клин. геронтол. — 2004. — Т. 10, № 12. — С. 60—63.

Поступила 01.09.09

С. А. Кабанова, И. Ю. Ложкевич

ПОДГОТОВКА ВРАЧЕБНЫХ И НАУЧНЫХ КАДРОВ В СИСТЕМЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Российский научный центр хирургии им. акад. Б. В. Петровского РАМН

С. А. Кабанова — д-р мед. наук, рук.; И. Ю. Ложкевич — канд. мед. наук, вед. науч. сотр. отд. научных программ и подготовки кадров (ischeba@mail.med.ru)

Исследование проводилось на примере многопрофильного ГУ РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН. Выявлены закономерности и тенденции, свидетельствующие о необходимости дальнейшего стратегического и тактического совершенствования работы с молодыми специалистами и выдвигающие новые задачи разработки и реализации конкретных направлений оптимизации и повышения эффективности последипломного обучения медицинских кадров, в том числе социально-психологического сопровождения образовательного процесса. Введение социологического мониторинга в любом учреждении, осуществляющем образовательную деятельность на послевузовском этапе, может быть мощным рычагом для улучшения качества и результативности его работы по подготовке специалистов-медиков путем модернизации учебных программ с учетом инноваций и материалов научных исследований, совершенствования технологий, форм и методов обучения, гуманизации образования.

Ключевые слова: последипломное обучение, социологический мониторинг, модернизация учебных программ

THE TRAINING OF MEDICAL AND SCIENTIFIC MANPOWER IN THE SYSTEM OF POST-GRADUATE MEDICAL EDUCATION

Kabanova S.A., Lojkevitch I.U.

The research was held within Petrovsky National surgery center and revealed certain regularities and trends testifying the necessity of further strategic and tactic development of training of graduated specialists through the innovative optimization of effectiveness of post-graduate training of medical personnel. The inclusion of social psychological monitoring of educational process is obligatory. The implementation of sociological monitoring in any institution providing post-graduate training has to be a powerful tool for enhancing quality and efficiency of training of medical professionals. This approach presupposes modernization of training programs accounting the innovations and research data.

В условиях осуществления современных тенденций развития медицины и общества проблема обеспечения здравоохранения высококвалифицированными кадрами приобрела особую важность и значимость и является чрезвычайно актуальной. От качества подготовки медицинских кадров, уровня их профессиональной компетентности и мобильности, интеллектуального и духовного потенциала будут в немалой степени зависеть позитивные изменения в оказании медицинской помощи населению страны и результативность всей системы здравоохранения в целом [2, 3, 7].

Приоритетного внимания на современном этапе требует подготовка молодых специалистов как наиболее активной части общества. В последипломном периоде им необходимо предоставить возможности для саморазвития, профессионального и личностного роста, социальной и творческой самореализации. Цель послевузовского этапа медицинского образования в отличие от обучения на додипломном уровне заключается в том, чтобы обеспечить более индивидуализированную, целенаправленную и углубленную подготовку врача-специалиста к полноценной самостоятельной деятельности, обучить его умению применять приобретенные знания на практике, приучить к тому, что накопление знаний, умений и навыков — это непрерывный процесс, требующий систематической работы в течение всей жизни, но при этом дающий возможность адаптироваться к быстро развивающимся технологиям медицинских специальностей и новым видам деятель-

ности в постоянно усложняющихся условиях.

Решение этих задач неразрывно связано с необходимостью совершенствования и повышения эффективности последипломного обучения, что невозможно без научных исследований в этой области, без поиска новых подходов к изучению и анализу накопленного опыта и использования полученной научно обоснованной информации для принятия оптимальных управленческих решений. Вопросам послевузовского медицинского образования посвящен ряд работ отечественных и иностранных авторов [1, 4—6, 8, 9], однако многие аспекты этой проблемы до настоящего времени не рассматривались в научной литературе.

В рамках многопрофильного ГУ РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН, где уже 45 лет действует и развивается система послевузовского и дополнительного медицинского образования, нами было проведено многоплановое комплексное научное исследование проблемы последипломного обучения врачей и научных кадров.

Такие научно-исследовательские учреждения, как РНЦХ, располагают современным оснащением, высококвалифицированными специалистами, являющимися одновременно действующими профессионалами-клиницистами и опытными педагогами, разрабатывают и внедряют новые перспективные методы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, что создает оптимальные условия для подготовки кадров, важная роль в обучении которых принадлежит также научным шко-

лам, сформированным и действующим в научно-исследовательских учреждениях. В РНЦХ разработаны и внедрены технологии последипломного обучения, основанные на интеграции лечебного, научного и учебного процессов в сочетании с индивидуализацией обучения, ориентированные на потребности здравоохранения и новейшие достижения медицинской науки и техники, образовательный процесс строится на принципе единства и органической связи теории с практикой.

Проведенное исследование включало несколько логически связанных между собой этапов, ретроспективный анализ и динамическое проспективное текущее наблюдение. В соответствии с поставленными задачами в работе был использован комплекс социально-гигиенических методов: изучение и обобщение опыта на основе системного подхода, аналитической, социологической, статистической, экспертных оценок. Сплошное статистическое исследование проводили на генеральной совокупности, которую составили все клинические ординаторы и очные аспиранты, прошедшие подготовку в центре за 4 года (2003—2007 гг.). За период исследования многие клинические ординаторы закончили двухгодичный курс обучения по избранной специальности и поступили в очную аспирантуру центра, однако в исследовании каждый обучающийся участвовал только 1 раз в том или ином качестве. Для проведения анкетирования авторами были разработаны 3 специальные анкеты для опроса ординаторов, аспирантов и руководителей. Опрос являлся анонимным, участникам анкетирования гарантировалась конфиденциальность, все ответы анализировали только в обобщенном виде. Всего в анкетировании приняли участие 238 обучающихся (186 клинических ординаторов и 52 очных аспиранта) и 35 руководителей ординаторов и аспирантов, что позволило сопоставить мнения обучающихся и их руководителей по ряду вопросов.

Для анализа полученных данных вопросы анкет мы условно сгруппировали в 3 блока, позволяющих выделить проблемные зоны и определить "болевые точки": I блок — социально-гигиенический статус респондентов, II блок — профессионально-психологический портрет, III блок — организация, технология, результаты обучения. Во многих вопросах анкеты можно было выбирать несколько ответов, поэтому сумма относительных долей разных вариантов ответа в этих случаях превышала 100%, долю считали от числа участников опроса. Мы отдавали себе отчет в том, что ответы отражают субъективную точку зрения, которая, однако, является весьма важной для оценки эффективности подготовки, результатов обучения и степени реализации потребностей и интересов обучающихся. Результаты опроса показали достаточную зрелость ординаторов и аспирантов, откровенность и заинтересованность. Ниже представлены некоторые из полученных данных, наиболее важные и актуальные с нашей точки зрения.

Анализ распределения респондентов по специальностям подготовки показал, что почти половина (43,5%) ординаторов проходила обучение по специальности хирургия, 17,7% — по сердечно-сосудистой хирургии, 12,9% — по анестезиологии и реаниматологии, остальные — по специальностям диагностического профиля. Большинство (71,2%) аспирантов-респондентов также проходили обуче-

ние по специальности хирургия, 11,5% — по сердечно-сосудистой хирургии, остальные — по другим специальностям. В анкетировании приняли участие равное количество ординаторов 1-го и 2-го года обучения и приблизительно одинаковое число аспирантов 2-го и 3-го года обучения. 2/3 ординаторов-респондентов обучались на коммерческой основе, 1/3 — на бюджетной, среди аспирантов — наоборот: почти 2/3 обучались на бюджетной основе, 1/3 — на коммерческой, 7,7% — по целевому направлению. Основная часть опрошенных ординаторов и аспирантов представлена гражданами России (80,8 и 76,9% соответственно), остальные являются гражданами стран ближнего зарубежья.

Распределение по полу выявило, что 57,5% ординаторов и 67,3% аспирантов мужчины. Среди ординаторов наибольший удельный вес (61,3%) составила группа респондентов в возрасте до 25 лет (включительно), наименьший (8,1%) — 30 лет и старше, примерно 1/3 — от 26 до 29 лет. Среди аспирантов 69,2% были в возрасте 26—29 лет, остальные — в возрасте 30 лет и старше. Большинство (71%) ординаторов не состоят в браке и не имеют детей, остальные состоят в браке, однако детей имеют только 14%. Среди аспирантов почти половина состоит в браке и 1/3 часть имеет детей.

73,1% ординаторов-респондентов поступили в ординатуру по окончании института, 15% — по окончании интернатуры, остальные — после работы врачом в течение нескольких лет (4,8%) или после того, как какое-то время не занимались медициной (4,3%), а 2,7% — по окончании ординатуры по другой специальности. Большинство (88,5%) аспирантов-респондентов поступили в аспирантуру по окончании ординатуры в нашем центре или в другом учреждении (63,5 и 25% соответственно) и лишь 11,5% — после работы врачом в течение нескольких лет.

Основная часть (78,5% ординаторов и 78,8% аспирантов) опрошенных вынуждены совмещать обучение с работой, причем примерно в 1/3 случаев работа, не связанная с медициной. Многие ординаторы вынуждены работать вне медицины, так как не имеют сертификата специалиста и соответственно допуска к осуществлению медицинской деятельности. В то же время в различных поликлиниках и стационарах, в том числе в РНЦХ, работают 29,5% ординаторов и 46,8% аспирантов, на станциях скорой медицинской помощи — 9,6% ординаторов и 2,1% аспирантов, а 9,6% ординаторов и 6,4% аспирантов работают медицинскими представителями в фармацевтических компаниях.

Что касается жилищно-бытовых условий во время обучения, то 43% ординаторов-респондентов и 55,8% аспирантов-респондентов проживают в квартире родителей или собственной квартире, остальные — у родственников, знакомых (11,8% ординаторов и 7,7% аспирантов) или вынуждены арендовать жилплощадь (21,5% ординаторов и 19,2% аспирантов), и только 1/5 часть обучающихся имеет места в общежитии РАМН, а 2,7% ординаторов-респондентов проживают в других общежитиях.

Анализ отношения ординаторов к собственному здоровью и здоровому образу жизни показал, что большинство респондентов (77,9% ординаторов и 78,8% аспирантов) оценивают свое состояние здоровья как достаточно хорошее и нормальное, 18,3%

ординаторов и 19,2% аспирантов — как удовлетворительное, 1,1% ординаторов — как плохое, 2,7% ординаторов и 2% аспирантов имеют хронические заболевания. Отрадно, что значительная часть ординаторов и аспирантов (76,9 и 67,3% соответственно) уделяет внимание охране собственного здоровья и соблюдению принципов здорового образа жизни (ответили "да" и "скорее да, чем нет" на этот вопрос), остальные, к сожалению, относятся к своему здоровью весьма безответственно и не принимают никаких мер, чтобы улучшить его (20,4% ординаторов и 26,9% аспирантов выбрали вариант ответа "скорее нет, чем да", а 2,7% ординаторов и 9,6% аспирантов — "нет"). Среди факторов риска здоровью чаще всего называли нарушение режима сна и отдыха (74,2% ординаторов и 88,5% аспирантов) и нерациональное питание (68,3% ординаторов и 67,3% аспирантов), 1/3 из числа опрошенных ординаторов и аспирантов отметили низкую физическую активность (27,4 и 34,6% соответственно) и курение (26,9 и 32,7% соответственно), на другие вредные привычки указали 4,3% ординаторов, а 1,6% ординаторов отметили злоупотребление алкоголем.

Подавляющее большинство ординаторов и аспирантов (89,2 и 92,3% соответственно), принявших участие в анкетировании, пришли в медицину осознанно, руководствуясь интересом к профессии и только 5,4% ординаторов и 5,8% аспирантов — по совету родственников, друзей, остальные — под воздействием других факторов. Вызывает удивление, что стремление продолжить медицинскую династию отметили лишь 7,5% ординаторов и 1,9% аспирантов, хотя у половины респондентов среди близких родственников есть медицинские работники. В студенческие годы примерно половина респондентов занимались в научном студенческом кружке и/или работали в качестве среднего медицинского персонала, что, безусловно, свидетельствует об интересе к будущей профессии, однако 17% опрошенных ни тем, ни другим не занимались.

Представляют интерес результаты анализа мотивов обучения. Ведущей причиной, по которой 79,6% ординаторов и 50% аспирантов приняли решение о последипломном обучении, является потребность в приобретении и совершенствовании практических навыков и умений, 48,4% ординаторов и 46,1% аспирантов рассчитывают повысить уровень своей теоретической подготовки, а 36% ординаторов и 40,4% аспирантов рассматривают последипломное обучение как возможность реализовать свои профессиональные интересы. Неожиданно, что желание заниматься научной работой среди причин для обучения отметили около 1/3 ординаторов и лишь 1/4 аспирантов. На перспективу служебного роста в качестве причины для обучения указали 15,6% ординаторов и 17,3% аспирантов, а на надежду на более высокую заработную плату в будущем — только 5,9% ординаторов и 7,7% аспирантов.

При выборе учреждения для обучения 45,7% ординаторов и 73,1% аспирантов считали самым главным уровень квалификации сотрудников, а 41,9% ординаторов и 53,8% аспирантов отметили престиж и репутацию учреждения, 17,2% ординаторов и 11,5% аспирантов ориентировались на рекомендации близких или знакомых. Другие факторы, от которых зависел выбор учреждения, полу-

чили сравнительно низкий рейтинг: для 12,9% ординаторов и 13,5% аспирантов основное значение при выборе имела многопрофильность учреждения, для 10,2% ординаторов и 13,5% аспирантов — перспективы трудоустройства и карьеры, для 9,7% ординаторов и 17,3% аспирантов — наличие отделений экстренной помощи, некоторых респондентов привлекли и такие позиции, как организация обучения и перспектива поступления в аспирантуру.

Практически все ординаторы (97,8%) и 100% аспирантов признают, что рост квалификации молодого специалиста во многом зависит от его инициативы и активности. Если обучающийся хочет учиться, то он изыскивает возможности для этого, работает целеустремленно, заинтересованно и продуктивно.

Отрадно, что большинство ординаторов и аспирантов надеются, что профессия врача принесет им в будущем прежде всего удовлетворение от самой работы. Более 1/3 респондентов ожидают, что избранная профессия позволит им завоевать авторитет в обществе, уважение друзей и знакомых, и ровно столько же анкетированных полагают, что, работая врачами, им удастся ощутить чувство своей полезности. 20,4% ординаторов и 15,4% аспирантов ожидают, что профессия врача принесет им в будущем хорошее материальное положение, 14,5% ординаторов и 5,8% аспирантов рассчитывают на хорошую должность и перспективы дальнейшего продвижения по службе, 4,8% ординаторов и 3,8% аспирантов надеются приобрести нужные связи и знакомства. Таким образом, доминирующие позиции занимают все же истинные человеческие ценности, которые согласуются с гуманистическим представлением о приоритетах.

На вопрос: "Что такое для Вас врачебное призвание?", более 3/4 респондентов ответили, что они скорее согласны с тем, что "настоящий врач никогда не сменит свою профессию на другую, даже если большинство его друзей и знакомых будут считать его работу не престижной", и 2/3 респондентов полагают, что "настоящий врач никогда не сменит свою профессию на другую, даже если работа будет мало перспективна с точки зрения карьеры", а вот с высказыванием "настоящий врач никогда не сменит свою профессию на другую, даже если его работа будет мало оплачиваемой" 56% ординаторов и 63,5% аспирантов скорее не согласны.

Весьма информативен срез данных по вопросам о карьере и "успешности" врача. Основная доля респондентов считает, что карьера для врача это прежде всего профессиональная самореализация, обязательно связанная с высокой должностью, для более чем половины ординаторов и аспирантов карьера означает уважение и признание коллег. Остальные "критерии карьеры" распределились в порядке убывания следующим образом: защита диссертации, открытие собственной клиники, высокая должность в государственном учреждении, получение высшей категории, работа в частной клинике. "Успешного" врача, по мнению 69,4% ординаторов и 73,1% аспирантов, выделяет авторитет среди коллег, 29,6% ординаторов и 38,5% аспирантов считают, что признак "успешного" врача — это проявление благодарности со стороны пациентов, 1/4 часть респондентов отмечает как критерий "успешности" официальные заслуги (в том числе зва-

ния, награды и т. п.), 16,7% ординаторов и 17,3% аспирантов указали в этом вопросе на хорошую заработную плату, определенная роль отводится работе в престижном медицинском учреждении и принадлежности к одной из научных школ, менее 10% респондентов отметили такие составляющие "успешности" врача, как поддержка администрации учреждения, престижная специальность, наличие дополнительных заработков.

Заслуживает внимания ранжирование по значимости жизненных принципов обучающихся. Более половины ординаторов и более 3/4 аспирантов убеждены, что врачу нужно постоянно совершенствоваться в своем деле, и именно этот принцип занимает лидирующее положение среди тех, которым они следуют (1-е место из 8). Наибольшая часть опрошенных не считает работу вынужденной необходимостью, и поэтому данный принцип оказался на последнем (8-м) месте в иерархии принципиальных установок. На 2-м месте по значимости для респондентов оказался принцип "в работе всегда можно найти что-то интересное, самореализоваться". Остальные принципы заняли промежуточное положение с незначительным преобладанием голосов: на 3-м и 4-м местах — "нужно активно стремиться к профессиональной карьере" и "главное — завоевать авторитет и уважение в коллективе", на 5-м — "нужно в любых ситуациях поддерживать хорошие отношения с руководителем подразделения и администрацией учреждения", на 6-м и 7-м — "главное — не допускать конфликтов с пациентами" и "самое важное в работе — хорошая заработная плата".

На вопрос: "Что нужно лично Вам, чтобы добиться профессионального успеха в жизни?", наибольшая часть опрошенных ответила, что надо стать квалифицированным специалистом, иметь высокий уровень знаний по специальности, но только 1/3 ординаторов и более половины аспирантов осознают, что для этого необходимо упорно трудиться и постоянно повышать свой профессиональный уровень. 17,7% ординаторов и 23,1% аспирантов отмечают, что для достижения успеха надо быть уверенным в себе. Около 10% респондентов считают, что для профессионального успеха следует обзавестись полезными связями и знакомствами в медицинских кругах, иметь пробивные способности, быть предприимчивым, инициативным, некоторые связывают профессиональный успех с умением достигать цели любым путем, с умением рисковать, полагают, что для достижения успеха нужен просто счастливый случай, отмечают, что надо уметь устанавливать хорошие отношения с представителями администрации учреждения.

Профессионализм врача определяется как содержательным компонентом (знаниями, умениями, навыками), так и профессионально-личностными качествами и способностью к профессиональному развитию и росту. В связи с этим в ходе исследования обучающимся и их руководителям было предложено оценить по 5-балльной шкале ряд личностных качеств, имеющих, с нашей точки зрения, важное значение для врачебной профессии и научной деятельности, таких как ответственность, дисциплинированность, коммуникабельность, целеустремленность, инициативность, гибкость и мобильность поведения, объективность в оценках, оперативность в действиях, мотивация к

успешной работе, потребность в самообразовании, организаторские способности, морально-этические установки. При анализе результаты самооценки ординаторов и аспирантов в основном оказались схожими: средний балл колеблется от 4,5 у ординаторов и 4,7 у аспирантов по позиции "мотивация к успешной работе" до 4,1 у ординаторов и 4,2 у аспирантов по позиции "гибкость, мобильность поведения" и "инициативность". При сопоставлении самооценки ординаторов и оценки руководителей можно сделать вывод, что ординаторы более самокритично и строго оценивают себя по сравнению с руководителями, а самооценка аспирантов, наоборот, завышена по большинству позиций по сравнению с оценкой руководителей. Настораживает тот факт, что средняя оценка организаторских способностей обучающихся оказалась самой низкой по сравнению с остальными личностными качествами — 3,9 балла.

Довольно велика доля участников анкетирования (86% ординаторов и 75% аспирантов), которые констатировали, что за время обучения в ординатуре у них появился интерес к научной работе. В период прохождения ординатуры 2/3 ординаторов-респондентов приняли участие в научных конференциях и симпозиумах. До поступления в аспирантуру 2/3 аспирантов-респондентов участвовали в научных конференциях и симпозиумах, чуть меньше половины публиковали научные работы в печати и только 1/4 выступала с докладами на научных мероприятиях. Во время аспирантской подготовки практически все аспиранты-респонденты принимали участие в научных конференциях и симпозиумах и публиковали научные работы в печати, однако с докладами на научных мероприятиях выступила лишь половина опрошенных.

По окончании ординатуры 92% респондентов изъявили желание продолжить обучение в аспирантуре или работать над кандидатской диссертацией через соискательство (43,1 и 48,9% соответственно) и только чуть более половины аспирантов планируют продолжить заниматься научной работой по окончании аспирантуры и работать над докторской диссертацией. Заниматься только практической работой по окончании обучения планируют 7,5% ординаторов и 44,2% аспирантов, 11,5% аспирантов изъявили желание заниматься в дальнейшем научной и педагогической работой.

Более 90% ординаторов не хотели бы сменить специальность или профессию, даже если бы это было возможно, и такие данные не могут не радовать. В то же время 8,1% ординаторов и 7,7% аспирантов считают, что ошиблись с выбором специальности и хотели бы сменить ее, но еще тревожнее то, что 7% ординаторов и 5,8% аспирантов поняли, что хотели бы сменить профессию, уйти из медицины, и это после 6 лет обучения в вузе! Этот факт является еще одним подтверждением того, что на додипломном этапе будущим врачам, к сожалению, не предоставляется реальных возможностей оценить на практике правильность выбора профессии, осознать ее специфику и уж тем более особенности работы в той или иной специальности. По нашему мнению, отрицательные последствия имела отмена субординатуры на 6-м курсе медвузов и замена ее дополнительными циклами преимущественно теоретических занятий, в то время как работе непосредственно с больными уделяется явно не-

достаточно внимания.

Перспективность ординаторов в избранной специальности руководители оценили в среднем достаточно высоко — 4,6 балла, средний балл оценки по данной позиции у аспирантов составил 4,4. Руководители посоветовали сменить специальность 11,8% аспирантов, в то время как подобный совет среди ординаторов получили только 4,3% обучающихся. Сменить профессию руководители не посоветовали ни одному из обучающихся.

Качество обучения — это сложный комплекс взаимосвязанных факторов, роль каждого из которых может быть выражена в разной степени, причем каждый этап последипломного обучения имеет определенные задачи, организационные технологии и соответственно критерии эффективности. Оценивать качество предоставляемых образовательных услуг следует обязательно с учетом мнения самих обучающихся через анализ степени удовлетворения их образовательных потребностей (получение "обратной связи"). Для конкретизации и детализации субъективной оценки качества обучения респондентами нами была предложена мультиатрибутивная модель категорий качества и применен метод экспертных оценок, когда в роли экспертов выступали как обучающиеся, так и их руководители.

Подавляющее большинство ординаторов и аспирантов считают, что за время последипломного обучения в центре их теоретическая подготовка улучшилась, и отмечают важную роль информационного обеспечения. Достаточно интересным оказалось ранжирование по информативности источников теоретических знаний. Наиболее информативным, по мнению всех респондентов, является общение со специалистами центра в процессе работы (1-е место), наименее информативен как источник знаний — Интернет (6-е место). Рекомендованная литература, лекции, семинары и научные доклады занимают промежуточное положение. На вопрос: "Как Вы считаете, приобрели ли Вы за время обучения практические навыки, необходимые для самостоятельной работы врачом-специалистом?", наибольшая часть ординаторов (80,1%) и аспирантов (90,4%) ответила "да" и "скорее да, чем нет". Согласно результатам опроса, все респонденты считают необходимым наряду с клинической работой использовать дополнительные возможности для приобретения и совершенствования практических навыков и умений. Наиболее значимыми из дополнительных возможностей, по мнению большинства, являются занятия в секционном зале и работа в экспериментальном отделении центра, около половины обучающихся и 2/3 руководителей высказались за компьютерные моделирующие программы и занятия на тренажерах и муляжах. Ротация по подразделениям центра в ординатуре целесообразна с точки зрения 78% ординаторов и 82,7% аспирантов.

Формирование личности врача происходит в процессе общения с другими людьми. Взаимоотношения между обучающимися и их руководителями, несомненно, влияют на весь процесс подготовки специалиста, его результат и оценку качества. По данным анкетирования, 74,2% ординаторов и 84,6% аспирантов удовлетворены вниманием к ним руководителей. В большинстве случаев какие-либо конфликтные ситуации между обучающимся и ру-

ководителем не возникали ни разу в процессе обучения (у 77,4% ординаторов и 63,5% аспирантов) или бывали, но крайне редко (у 25% ординаторов и 14% аспирантов) или иногда (у 7% ординаторов и 11,5% аспирантов). Однако конфликты не всегда имеют негативную окраску и могут быть даже полезными, нередко конфликт помогает вскрыть нерешенные проблемы, выявить большее число альтернатив, сделать процесс принятия решений более результативным.

Деловые и личные качества руководителей респонденты оценивали по 5-балльной шкале: средний балл за профессионализм в оценке ординаторов и аспирантов составил 4,8 и 4,9 соответственно, личностные качества были оценены на 4,6 и 4,7 балла, педагогические — на 4,3 и 4,5 балла соответственно. По мнению значительной части респондентов, обучение в центре проходит в психологически комфортных условиях. Более половины ординаторов и 2/3 аспирантов ответили, что обучение в центре оказало существенное воздействие на их морально-этические установки.

Большинство (79,6%) ординаторов и практически все (96,2%) аспиранты в итоге оказались удовлетворены качеством подготовки. На вопрос: "Если бы случилось так, что Вам снова пришлось выбирать учреждение для последипломного обучения, отдали бы Вы предпочтение РНЦХ?", положительный ответ дали 82,8% ординаторов и 94,2% аспирантов, а 85,4% ординаторов и 88,5% аспирантов готовы посоветовать своим знакомым обучение в центре, что, безусловно, является косвенным подтверждением их удовлетворенности организацией образовательного процесса, клиническим и педагогическим профессионализмом сотрудников и результатами подготовки.

Таким образом, проведенный научный анализ позволил выявить определенные закономерности и тенденции, оценить реальные достижения и недостатки в работе с молодыми специалистами, сформулировать актуальные проблемы, определить конкретные направления стратегического и тактического совершенствования процесса подготовки медицинских кадров на послевузовском этапе и разработать комплекс действенных мер и механизмов, которые будут способствовать решению имеющихся проблем, дальнейшей оптимизации и повышению эффективности последипломного обучения в современных условиях.

Прежде всего необходимо, по возможности, улучшать условия жизни и быта обучающихся: предоставлять места в общежитиях, изыскивать средства для материальной поддержки, систематически проводить диспансеризацию, активно пропагандировать здоровый образ жизни, способствовать развитию целевой подготовки молодых специалистов для конкретных учреждений здравоохранения.

Образовательные программы послевузовской подготовки должны основываться на принципах доказательной медицины и периодически модернизироваться с учетом инноваций, отражать динамику научно-технического прогресса, оптимально сочетать фундаментальные знания с познаниями в области новых медицинских технологий, навыками и умением использовать современную медицинскую технику. В последипломном периоде обучение желательно проводить, опираясь на андрагогические принципы, такие как актуальность, прак-

тическая направленность, гибкость преподавания, способность работать в команде, максимально активное участие в теоретических и практических занятиях, проявление личной инициативы в получении знаний, умений и навыков, достаточно высокая мотивация к обучению. При проектировании индивидуальных планов обучения следует учитывать способности и личностные особенности каждого обучающегося, что позволит рационально распределить учебное время, обеспечить комфортный темп работы и самостоятельное определение обучающимся своих возможностей (планирование уровня "трудности"), создать условия для реализации его образовательных потребностей, построить гибкое содержание обучения, дифференцированно подходить к выбору наиболее целесообразных и адекватных учебным целям форм, методов и средств обучения и оценивания результатов, обеспечить интеграцию различных технологий обучения с использованием как традиционных, так и новых форм и методов.

Мы предлагаем шире использовать мультимедийные, телекоммуникационные и компьютерные технологии, внедрять дистанционное обучение и такие современные методики, как научно-практические семинары и "круглые" столы, тренинги, основанные на моделировании ситуаций. С нашей точки зрения, целесообразна минимизация обязательных аудиторных занятий. Существенную роль в последипломном обучении может и должна играть самоподготовка.

Овладение практическими навыками должно проходить под непосредственным контролем ведущих специалистов как в процессе работы обучающихся в реальных или моделируемых ситуациях, так и при отработке навыков на фантомах, муляжах, тренажерах, учебном медицинском оборудовании, в секционном зале. Рациональной представляется ротация обучающихся по основным подразделениям учреждения в соответствии с индивидуальными планами, в которые независимо от специальности включается неотложная помощь как обязательный раздел подготовки.

Одним из ведущих принципов обучения специалистов должен быть критический подход к лечебной, научной и педагогической деятельности, тщательный анализ и гласный разбор ошибок и неудач. Эффективной формой учебной работы являются клинические конференции. Обсуждение клинических случаев, анализ лечебно-диагностической тактики в конкретных ситуациях способствуют формированию у обучающихся клинического мышления и развитию умения принимать оптимальные самостоятельные решения в различных условиях.

Руководитель последипломной подготовки должен иметь достаточную научную компетенцию и практический опыт как по преподаваемой специальности, так и в области педагогики, и непрерывно развивать свои педагогические навыки. В соответствии с современной концепцией, определяющей уровень профессиональной компетенции по трем основным позициям, руководитель должен "знать, уметь и показать", он должен подробно объяснять, что надо делать, и учить, как делать. Хорошего учителя не заменит ни один учебник, а настоящее мастерство передается из уст в уста. Руководитель должен воспринимать каждого обучаю-

щегося как личность со своим духовным миром, своими привычками и особенностями и уделять как можно больше времени общению с ним. Чрезвычайно важна активная позиция руководителя в выборе профессионального пути молодого специалиста: он может оказать содействие в продвижении способных и перспективных, дать своевременные рекомендации о смене специальности, а в некоторых случаях, даже посоветовать уйти из профессии.

Преподавание только тогда будет полноценным, когда учебная работа будет органически сочетаться с научной. Целесообразно не только включать в программы последипломного обучения материалы научных исследований, но и привлекать наиболее подготовленных и заинтересованных обучающихся к участию в научно-исследовательских разработках в изучаемой специальности, конференциях и симпозиумах, поощрять творческую активность молодых специалистов. Преимущество и непрерывность подготовки на последипломном этапе, несомненно, могут способствовать повышению ее результативности.

На наш взгляд, на современном этапе реформирования образования наряду с внедрением инновационных форм и методов обучения нельзя забывать о приоритете не только интеллектуального, но и духовного потенциала, чтобы готовить действительно квалифицированных специалистов, обладающих высоким уровнем профессиональной компетентности и мобильности, потребностью в перманентном образовании и самообразовании. Образовательный процесс должен быть неразрывно связан с воспитательным.

Серьезное внимание наряду с приобретением ординатурами и аспирантами профессиональных знаний, умений и навыков необходимо уделять развитию их личностных качеств, передаче ценностных образцов, решению проблемы гуманизации образования, поэтому в учебный процесс обязательно следует включать преподавание деонтологии и биомедицинской этики, что способствует социальной адаптации молодых специалистов, определяет их успех на рынке труда, делает более востребованными в самых разных сферах медицины и здравоохранения.

В процессе последипломной подготовки необходимо использовать различные методы контроля эффективности обучения и освоения знаний и мануальных навыков. Сопоставление результатов контроля с целями и задачами обучения позволяет вносить необходимые коррективы в учебный процесс. На каждого обучающегося на определенных стадиях подготовки целесообразно заполнять специальный "оценочный" лист, включающий оценку профессиональных знаний, практических навыков и умений и характеристику с оценкой личностных качеств по ряду важных критериев, что дает возможность в итоге суммировать полученные оценки и составить профессионально-психологический портрет, исходя из которого можно рекомендовать молодому специалисту определенное направление его дальнейшей профессиональной деятельности. На квалификационных экзаменах следует бескомпромиссно оценивать уровень знаний и умений и выдавать сертификаты только тем, кто действительно стал специалистом, — это гражданский долг!

В целях оптимизации и повышения эффективности подготовки медицинских кадров в любом уч-

реждении, осуществляющем образовательную деятельность на послевузовском этапе, необходим систематический контроль качества обучения. Целесообразно введение социологического мониторинга как мощного рычага для улучшения результативности работы по подготовке специалистов здравоохранения, что в конечном итоге будет способствовать повышению качества и эффективности медицинской помощи, сохранению, восстановлению и укреплению здоровья населения страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Денисов И. Н. // Моск. здравоохран. — 2004. — № 2. — С. 12—15.
2. Кабанова С. А., Рабинович Ю. Я., Ложкевич И. Ю. Гибкие технологии обучения медицинских кадров в Российском научном центре хирургии. — М., 2002.

3. Манерова О. А. Качество кадрового потенциала здравоохранения в условиях реформы: формирование, сохранение и развитие. — М., 2005.
4. Непрерывное профессиональное образование в здравоохранении. — М., 2005.
5. Протопопова Т. А., Приймак А. А. // Материалы Научно-методической конф. "Развитие образовательного процесса в ММА им. И. М. Сеченова в связи с реализацией Болонской декларации". — М., 2005. — С. 205—208.
6. Соколова А. С. // Материалы Учебно-методической конф. "Система менеджмента качества и оптимизация образовательного процесса". — М., 2008. — С. 311—314.
7. Шенин О. П., Филатов В. Б., Погорелов Я. Д. и др. // Пробл. соц. гиг. и история мед. — 1998. — № 3. — С. 13—19.
8. Beard J., Strachan A., Davies H. et al. // Med. Educ. — 2005. — Vol. 39, N 8. — P. 841—851.
9. Issenberg S. B., McGaghie W. C., Petrusa E. R. et al. // Med. Teach. — 2005. — Vol. 27, N 1. — P. 10—28.

Поступила 01.12.08

История медицины

© И. В. ЕГОРЫШЕВА, 2010

УДК 614.885:93(470+571)

И. В. Егорышева

К ВОПРОСУ О СТАТУСЕ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва

И. В. Егорышева — вед. науч. сотр. (egorysheva@rambler.ru)

Российское общество Красного Креста было создано для содействия государственным органам в уходе за ранеными во время войны и помощи пострадавшим от общественных бедствий. Выполняя поручения правительства, общество пользовалось его поддержкой, в том числе в вопросах финансирования. При этом руководство общества, в котором преобладали представители высшей русской бюрократии, командования армии и флота, решительно выступало против попыток превращения Красного Креста в государственную структуру и отстаивало его статус общественной организации, в работе которой могли принимать участие широкие слои населения.

Ключевые слова: раненые, война, общественные бедствия, общественная организация

В последние годы некоторыми исследователями предпринимаются попытки пересмотреть статус Российского общества Красного Креста как общественной организации и его место в общественной жизни дореволюционной России. Следует отметить, что аналогичные идеи возникали еще до революции, и потому представляют интерес материалы, свидетельствующие о позиции самого руководства общества в этом вопросе.

Уже при создании Красного Креста предусматривалось тесное сотрудничество этого общества с государственными органами, поскольку, согласно уставу, его целью являлось "содействовать отечественной и военной администрации в уходе за ранеными и больными воинами во время войны и доставлять им, по мере своих средств, как врачебную, так и другого рода воспомоществование"¹. В мирное время функции общества сводились к помощи увечным воинам, а также пострадавшим от общественных бедствий. Зарубежные экспедиции Красного Креста (в Южную Африку во время Англо-бурской войны, в Эфиопию), предпринимаемые по инициативе правительства, преследовали не только гуманитарные, но и дипломатические цели. Важной задачей общества была хорошо поставленная подготовка среднего медицинского персонала.

Общество официально находилось под покровительством императрицы Александры Федоровны, а после ее смерти — императрицы Марии Федоровны. Руководство работой общества осуществлялось посредством многоступенчатой системы распорядительных органов: центральным органом являлось собиравшееся дважды каждый месяц Главное управление, на окраинах

страны существовали окружные управления, объединявшие деятельность учреждений Красного Креста нескольких губерний, в губерниях функционировали местные управления, которым подчинялись городские местные комитеты Красного Креста. Руководство многочисленными лечебными учреждениями и общинами сестер милосердия производилось через местные управления и комитеты. Деятельность местных органов жестко контролировалась Главным управлением.

Право участия в выборах Главного управления принадлежало исключительно членам общества, проживающим в Петербурге, а все кандидатуры согласовывались с "высочайшей покровительницей". Анализ списков столичного отделения Красного Креста показывает, что оно в основном состояло из представителей аристократических кругов и офицеров гвардейских и лейб-гвардейских полков и морских экипажей, которых постоянно использовали для командировок в качестве уполномоченных Красного Креста при проведении каких-либо акций². В местных отделениях Красного Креста наряду с правительственными чиновниками и их семьями в качестве членов общества состояли также представители купечества и интеллигенции. Многочисленные медицинские работники в учреждениях Красного Креста, за редким исключением, не являлись его членами, а только служащими и не имели права голоса в решении организационных вопросов.

В Главном управлении преобладали представители высшей русской бюрократии, командования армии и флота. Достаточно сказать, что в руководстве Красного Креста в разные годы работали 9 министров, 8 товарищей министров и управляющих министерствами, 5 директоров департаментов министерств и в их числе директора Медицинского департамента Министерства

¹Сборник главнейших, касающихся деятельности Российского общества Красного Креста законоположений и главнейших действующих циркуляров Главного управления названного общества. — СПб., 1914. — С. 21.

²РГВИА. — ф. 12651. — оп. 2. — ед. хр. 41.

внутренних дел И. Ф. Рагозин и Е. В. Пеликан. В его работе принимали участие начальники Военно-медицинской академии Н. А. Вельяминов и Н. И. Козлов, главный врачебный инспектор Министерства внутренних дел Л. Н. Малиновский, главные военно-медицинские и военно-санитарные инспектора в армии и на флоте А. Я. Евдокимов, А. Ю. Зуев, В. С. Кудрин, А. А. Реммерт, Н. В. Сперанский и др. Административный опыт членов Главного управления, их связи в центральных правительственных органах, а также неизменная поддержка и трезвое, компетентное руководство со стороны императрицы Марии Федоровны — все это позволяло Красному Кресту удивительно оперативно решать все свои проблемы, а также отстаивать свою позицию в спорных вопросах.

В руководство общества, кроме высших гражданских и военных чинов, входили также крупные ученые — медики, юристы, экономисты, чей опыт и авторитет способствовали успехам Красного Креста. Среди них были профессор Военно-медицинской академии и Клинического института великой княгини Елены Павловны — С. П. Боткин, академик В. Н. Сиротинин, Н. Ф. Здекауэр, Н. А. Вильчковский, П. П. Заблочкий-Десятовский, И. И. Кабат, Ф. Я. Карель, Е. В. Павлов, А. А. Троянов, Ф. С. Цыцулин. 46 человек являлись членами Государственного совета, 19 — сенаторами³.

Деятельность Красного Креста, направляемая правительством, требовала огромных финансовых средств и была бы просто невозможна только на основе доходов от членских взносов, пожертвований, изданий общества, платы за лечение в его учреждениях, процентов с капитала. Поэтому в пользу Красного Креста был установлен пятирублевый сбор с заграничных паспортов и пятикопеечный сбор с проезжающих по железной дороге, что давало обществу около 1 млн рублей в год⁴. Следует, однако, отметить, что Красный Крест в этом отношении не был исключением из правил. Так, финансовую помощь непосредственно из государственной казны получало Императорское Человеколюбивое общество. Небольшие суммы ежегодно от правительства получали и некоторые научные общества, например, Русское общество охранения народного здоровья и даже Общество русских врачей в память Н. И. Пирогова (Пироговское общество) на первом этапе своей деятельности.

Если в 1891 г. капиталы Красного Креста (в движимом и недвижимом имуществе, ценных бумагах и наличных суммах) составляли 7,1 млн рублей, то в 1900 г. они уже равнялись 18,5 млн рублей, в 1905 г. — 30,9 млн рублей, в 1910 г. — 37,3 млн рублей, а перед началом войны — в 1913 г. — 42,1 млн рублей⁵.

Все это — тесная связь с правительственными кругами, стиль и состав руководства, характер финансирования — создает искушение для исследователей рассматривать Красный Крест в качестве государственной структуры.

Один из эпизодов в истории Красного Креста позволяет понять, как само руководство общества относилось к этой проблеме.

В сентябре 1899 г. в Комитете министров слушался отчет Вятского губернатора Н. М. Клингенберга о состоянии губернии за 1898 г. Как отмечалось в отчете, несмотря на то что деятельность Красного Креста тесно связана с правительственными мероприятиями, местное отделение этого общества носит частный характер, а состав его учреждений, якобы, совершенно случайный. В качестве примера отрицательных последствий "случайного" состава местных учреждений Красного Креста Н. М. Клингенберг привел эпизод, когда местный комитет Красного Креста Малмыжского уезда, вопреки установкам вышестоящего местного управления общества, объединился для помощи крестьянам, пострадавшим от неурожая, с земской организацией и даже возбудил вопрос об устранении от оказания помощи голодающим крестьянам земских начальников (административно-судебных должностных лиц в русской деревне, называемых из потомственных дворян)⁶.

В связи с вышеуказанным Н. М. Клингенберг предложил наряду с выборными членами вводить в местные органы управления Красного Креста в обязательном порядке в губерниях — губернаторов, вице-губернаторов и губернских предводителей дворянства, а в уездах и городах — предводителей уездного дворянства, земских начальников, представителей духовенства и председателей земских управ.

³Егорышева И. В. Новые данные из истории Красного Креста в дореволюционной России. — Советское здравоохранение, 1981. — № 2. — С. 57—60.

⁴Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1900 г. — № 88 и 124. — СПб., 1901.

⁵Очерк возникновения и деятельности РОКК. СПб., 1913. — С. 9; Вестник Красного Креста, 1912. — № 3. — С. 417; Иллюстрированный календарь Красного Креста, 1914. — С. 129.

⁶РГВИА. — ф. 12651. — оп. 2. — ед. хр. 69. — Л. 5—7.

Когда отчет Вятского губернатора поступил для ознакомления к императору, идея Н. М. Клингенберга удивила Николая II, написавшего на полях: "А разве это не так?" и подчеркнувшего слова "обязательное участие представителей правительственных и общественных учреждений"⁷. Министерство внутренних дел во главе с его министром Д. С. Сипягиным 24 сентября 1899 г. потребовало от Красного Креста дать заключение по данному вопросу⁸.

Предлагаемая Н. М. Клингенбергом реорганизация резко меняла статус Красного Креста и переводила его из числа общественных учреждений в разряд государственных. Поэтому члены Главного управления, в отличие от Николая II четко сознающие необходимость сохранения характера общественной организации, в заседании 8 октября 1899 г. высказались решительно против изменения устава общества, мотивируя тем, что отступление от приведенного в уставе выборного порядка назначения должностных лиц по обществу при существующей системе не имеет никакой необходимости и может лишь нанести вред обществу⁹.

Для подготовки ответа из членов Главного управления Российского общества Красного Креста была создана специальная комиссия. В состав ее вошли председатель военно-санитарного совета Военного министерства инженер-генерал П. Ф. Рерберг, генерал-адъютант П. М. фон Кауфман, ранее в течение 15 лет (с 1884 по 1899 г.) возглавлявший Красный Крест, государственный контролер, член Совета министров генерал-лейтенант А. Л. Лобко, профессор Военно-медицинской академии, лейб-хирург, директор и главный врач Мариинской и Александровской больниц Е. В. Павлов, директор Медицинского департамента Министерства внутренних дел Л. Ф. Рогозин, а несколько позднее в комиссию был включен помощник начальника пограничной стражи Министерства финансов генерал-лейтенант Н. К. Шведов¹⁰.

К началу мая 1900 г. комиссия подготовила справку о руководящих кадрах Красного Креста на местах и свое заключение. Согласно материалам комиссии, к началу 1900 г. в окружных и местных управлениях общества председателями являлись 2 генерал-губернатора, 54 губернатора, начальник горного округа, 3 епископа, 1 помощник командующего войсками в округе, 1 директор минеральных вод, 1 вице-губернатор, 4 "лица из местного общества", 9 жен губернаторов и командующих областями, 5 губернских предводителей дворянства, 1 губернский врачебный инспектор. Руководство 232 местных комитетов также главным образом принадлежало дворянской администрации и чиновничеству: местные комитеты возглавляли предводители дворянства, атаманы округов, коменданты, уездные начальники, прокуроры и судьи, городские головы, уездные воинские начальники, генералы, чиновники старших классов, жены глав губернской и уездной администрации и среди них только 6 представителей купеческого сословия и 2 уездных врача.

Таким образом, учреждения Красного Креста в подавляющем большинстве возглавлялись представителями правительственной власти на местах, а претензии Вятского губернатора были совершенно беспочвенны. Однако Комиссия в своем заключении фактически согласилась с предложениями Н. М. Клингенберга об изменении порядка формирования состава местных органов Красного Креста, т. е. фактически с изменением устава общества.

Несмотря на то что заключение комиссии было готово еще в начале мая, Главное управление всячески затягивало рассмотрение вопроса и лишь 27 ноября 1900 г. после многократных напоминаний Министерства внутренних дел поставило его на обсуждение.

Протокол этого заседания чрезвычайно лаконичен и не передает содержание дискуссии по поводу выводов комиссии, поэтому так интересно письмо, адресованное председателю Главного управления О. К. Кремеру членом Главного управления генерал-лейтенантом О. Б. Рихтером, состоявшим при Особе его императорского величества, который из-за своей болезни не смог присутствовать на заседании. В своем письме О. Б. Рихтер пишет: "Малейшее уклонение в сторону предложений, высказанных Вятским губернатором, в корне меняет принцип, на котором держится Общество Красного Креста, и превращает его в правительственное учреждение с открытой дверью для вторжения тормозящей канцелярщины и лишением доверия общества"¹¹. О. Б. Рихтер предлагал трактовать вопрос Николая II как желание выяснить подлинное положение дел в руководстве общества.

⁷РГВИА. — ф. 2651. — оп. 2. — ед. хр. 69. — л. 55.

⁸Там же. — л. 1—2.

⁹Там же. — л. 55.

¹⁰Там же. — л. 63—68.

¹¹Там же. — л. 70.

На заседании 27 ноября 1900 г. подавляющее большинство членов Главного управления Красного Креста высказались за то, чтобы оставить устав общества без каких-либо изменений. К ним присоединились и члены комиссии Е. В. Павлов и Н. К. Шведов.

9 декабря 1900 г. в Гатчинском дворце председатель Красного Креста генерал-адъютант адмирал О. К. Кремер доложил императрице Марии Федоровне подготовленный Главным управлением документ с подробнейшей мотивировкой. В докладе председателя Главного управления генерал-адъютанта адмирала О. К. Кремера говорилось, что Красный Крест как в России, так и во всех других странах является частным благотворительным обществом, в уставе которого последовательно проводится принцип, согласно которому членство в обществе, пожертвования и личный труд его членов являются добровольным и безвозмездным делом. Все должности в Красном Кресте от Главного управления до местных комитетов избираются на общих собраниях. В работе общества принимают участие широкие слои населения, и выборный принцип является одним из важнейших условий развития Красного Креста. Благодаря соблюдению этого принципа стало возможным привлекать к деятельности общества всех, кто желает служить высоким задачам Красного Креста, и жертвователям даются необходимые гарантии. Представители правительственных и общественных учреждений при существующем порядке принимают активное участие в деятельности общества и в большинстве случаев возглавляют местные учреждения Красного Креста. "Изменение такого порядка и постановление об обязательном участии, помимо их желания, должностных лиц не может почитаться желательным, так как оно в корне уничтожит принцип, на котором основано и зиждется Общество Красного Креста"¹². К докладу были приложены выписки из Свода законов Российской империи о функциях губернаторов, губернских и уездных земских учреждений, выдержки из устава Красного Креста.

В докладе утверждалось, что выборный принцип руково-

дства частного благотворительного общества, каким является Красный Крест, является важнейшим и непременным условием его существования и нарушение этого принципа оттолкнет от участия в его работе и пожертвованиях широкие массы населения. Как говорилось в докладе, "... большинство членов Главного управления не признало возможным согласиться ни с мнением Вятского губернатора, ни с мнением Комиссии и положили оставить без изменения ныне действующий высочайше утвержденный устав Российского общества Красного Креста"¹³.

Позиция Главного управления получила полную и безоговорочную поддержку со стороны высочайшей покровительницы Красного Креста.

Забегая вперед, можно отметить постепенную демократизацию руководства Красного Креста на местах: если в 1900 г. губернаторы в местных управлениях составляли 65%, то в 1912 г. их было чуть более половины, в 1914 г. — около 44%, а в 1916 г. — 25%. И все же после февральской революции в руководстве общества произошел коренной переворот — руководство Красного Креста, ассоциировавшееся в глазах русского общества с монархией, было полностью сменено.

Огромные заслуги Российского общества Красного Креста в организации медицинской помощи в периоды военных действий, в оказании крупномасштабной врачебно-продовольственной помощи голодающим крестьянам, героизм его сотрудников, проявленный на полях сражений, наконец, сочувствие простого населения России, бросившего свои скромные пожертвования в висевшие в церквях кружки Красного Креста, — все это, несмотря на правую политическую ориентацию этого общества, требует уважения от новейших исследователей. И такого же уважения, на наш взгляд, заслуживает бескорыстная организаторская деятельность Главного управления общества, не боявшегося отстаивать общественный характер Красного Креста перед лицом верховной власти.

Поступила 22.06.09

¹² Там же. — л. 60—61 об.

¹³ Там же. — л. 61 об.

Е. В. Шерстнева

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОСТИ РОССИИ В РАЗВИТИИ ГИГИЕНЫ (ВТОРАЯ ПОЛОВИНА XIX—НАЧАЛО XX ВЕКА)

ГУ ННИИ общественного здоровья РАМН

Е. В. Шерстнева — канд. ист. наук, ст. науч. сотр. (917-89-39)

Статья посвящена вкладу медицинской общественности России в развитие теоретических и практических вопросов гигиены и тесно сопрягавшихся с ней отраслей знаний во второй половине XIX—начале XX века. В статье отражена деятельность медицинских обществ и съездов по выявлению и координированию наиболее актуальных направлений исследований в области общественной и экспериментальной гигиены: сбор материала по санитарной характеристике местностей и его дальнейшая научная разработка, развитие проблемы оздоровления населенных мест, особенно водоснабжения, внедрение новых методов в гигиенические исследования, формирование новых отраслей гигиенической науки (гигиены питания, коммунальной гигиены, школьной гигиены и др.), развитие санитарно-гигиенической практики.

Ключевые слова: медицинская общественность, научные гигиенические общества, санитарно-статистические исследования, общественная гигиена, экспериментальная гигиена

Российская медицинская общественность, расцвет деятельности которой приходился на вторую половину XIX— начало XX века, сыграла видную роль в развитии отечественной медицинской науки. Особенно значительный вклад был внесен ею в развитие гигиены и таких тесно сопрягавшихся с ней, еще не выделившихся в самостоятельные дисциплины, областей знаний, как санитарная статистика, эпидемиология, бактериология, оказавших в свою очередь непосредственное влияние на развитие гигиенической теории и санитарной практики.

Наиболее ранние гигиенические исследования предпринимались в России уже в конце XVIII века — в конкурсных работах членов Вольного экономического общества (Х. Пекен, Генетт, К. Борн, И. Регенсбургер, В. Фрибе, Т. Ловиц и др.), которые заложили основы изучения гигиены населенных мест и отдельных жилищ, благоустройства городов. Выдающуюся роль сыграло это общество и в распространении оспопрививания в России. Ряд гигиенических вопросов рассматривался в сочинениях членов Общества русских врачей в Петербурге (1833) и др. Однако к середине XIX века в России, как отмечал профессор гигиены

Харьковского университета И. П. Скворцов, "собственно науки гигиены еще не было, но происходило лишь довольно обильное ... накопление материала для нее"¹⁴. В этой области медицинских знаний абсолютный авторитет закрепился за европейскими странами: Англией, где уже с 30-х годов XIX века получили развитие "статистическая и техническая (в виде устройства водопроводов, канализаций) стороны гигиены", и Германией, где успешно развивалась экспериментальная гигиена, стремившаяся на основе достижений естествознания "опытным путем выяснить связь возникновения и распространения болезней с такими внешними условиями, как воздух, вода, почва, пища"¹⁵. Россия восприняла зарубежный опыт. В российских университетах гигиену преподавали по учебнику английского гигиениста

¹⁴ Скворцов И. П. 25-летие Общества научной медицины и гигиены при Императорском Харьковском университете. Харьков, 1899. С. 30—32.

¹⁵ Скворцов И. П. Ук. Соч. С. 32.

Э. Паркса. Непререкаемым научным авторитетом пользовалась немецкая школа М. Петтенкофера, широко внедрявшая физические и химические методы в гигиенические исследования.

Для развития отечественной гигиенической науки мощным толчком послужили реформы 60-х годов XIX века, вызвавшие коренные перемены в экономическом и социально-политическом устройстве общества. Рост промышленности, процесс урбанизации, тяжелое положение крестьянства с особой остротой обозначили санитарно-гигиенические проблемы общественно-го быта, их связь с высокой инфекционной заболеваемостью и смертностью населения. Нараставшее на волне реформ общественное движение ставило целью улучшение материальных условий жизни населения и тесно связанной с ними санитарной ситуации в стране. В развитии вопросов гигиены и приложении научного знания к нуждам страны ученые и врачи, консолидировавшиеся в общества, объединенные в земских и городских санитарных организациях, видели реальную возможность личного участия в общественной жизни. Этот важный мотив определял общественную, социальную направленность российской гигиенической науки. Это нашло выражение прежде всего в организации обширных санитарно-статистических исследований.

Наиболее ранней формой санитарно-статистического изучения являлись медико-топографические описания отдельных местностей, которые уже в начале XIX века были предприняты в отношении некоторых крупных городов России (Рига, Санкт-Петербург, Москва). Однако систематические работы в этом направлении были инициированы медицинскими обществами, и, что характерно, не столичными, а провинциальными. Харьковское медицинское общество (1861 г.) одним из первых в основу своей деятельности положило "изучение в медицинском отношении" своей местности и заявило о необходимости статистического изучения заболеваемости населения, что и было закреплено в его уставе. Инициаторами этого направления работы выступили активные члены общества Н. А. Сочава и А. Т. Лентович. Одесское общество врачей (1849 г.) с начала 1860-х годов вплотную занялось разработкой статистики Одессы и всего Новороссийского края. По инициативе члена общества М. Финкеля в Одессе вскоре была введена регистрация движения населения, им же была разработана единая форма статистических бланков. В его "Исследовании смертности в Одессе в 1863 году" был привлечен первичный статистический материал, которым не обладал еще ни один город России¹⁶. В 1873 г. по инициативе Г. Н. Минха общество разработало определенную систему и с 1874 г. стало собирать и обрабатывать данные о смертности населения, которые публиковали в бюллетенях "Статистика смертности в Одессе". Одесса, благодаря деятельности общества, первой из российских городов стала осуществлять международный обмен информацией о смертности, отправляя бюллетени в Берлин, Брюссель, Будапешт, Париж, Лиссабон, Мадрид и Вашингтон. Позднее примеру Одессы последовали Петербург, Варшава, Москва и др.¹⁷

Общество русских врачей в Петербурге в отличие от провинциальных обществ ставило проблему санитарно-статистического изучения местностей глобально. В 1864 г. им была предпринята попытка составить общую программу медико-топографического описания местностей России, для чего была создана специальная комиссия. Разработанная под руководством А. Я. Чистовича программа была разослана по всем губернским медицинским обществам. Однако всеобщего признания она не получила, поскольку была слишком обширна и врачам было трудно пользоваться ею¹⁸.

Основательное развитие санитарно-статистическое направление получило в деятельности Общества врачей Казани (1868 г.). Председателем общества А. В. Петровым были намечены первостепенные вопросы: "об изучении болезненных форм в связи с местными условиями их происхождения и развития, о влиянии на здоровье различных бытовых условий населения, занятий и ремесел"¹⁹. С 1870 г. общество занялось разработкой номенклатуры болезней, единообразных бланков для изучения заболеваемости населения, а также целостной программы медико-топографического описания местности.

Активная деятельность медицинских обществ в направлении медико-топографического изучения отдельных местностей и статистического учета заболеваемости и движения населения имела логическое продолжение. В 1871 г. в Петербурге на

III съезде естествоиспытателей и врачей впервые во всероссийском масштабе был поставлен вопрос о необходимости санитарного изучения всей страны, а на IV съезде (Казань, 1873 г.) по инициативе Общества врачей Казани и Общества русских врачей в Москве было создано специальное статистико-гигиеническое отделение секции научной медицины, были одобрены с небольшими изменениями программа собирания сведений о болезненности населения и форма регистрационного бланка, предложенные Обществом врачей Казани²⁰.

Этой программой широко пользовались земские деятели, которые в свою очередь сделали новый шаг в развитии данного направления: от общих санитарно-топографических описаний они перешли к изучению отдельных сторон санитарных условий жизни населения — бытовых, профессиональных и т. д., к исследованию заболеваемости и смертности в определенных возрастных и профессиональных группах. Особые заслуги в этом принадлежали Московскому земству, где работали такие крупные ученые и санитарные деятели, как Ф. Ф. Эрисман, Е. А. Осипов, П. А. Песков, П. И. Куркин и др. Первые санитарно-демографические работы были проведены Е. А. Осиповым в 1869—1876 гг. по губернии в целом и по Московскому уезду. П. И. Куркиным были выполнены крупнейшие санитарно-демографические исследования, в частности по детской смертности, за 1883—1897 гг. Особо следует выделить проведенное при участии Ф. Ф. Эрисмана, Е. М. Деметьева и А. В. Погочева санитарное обследование, посвященное изучению условий труда и быта населения, работающего на фабриках и заводах Московской губернии, не знавшее себе равных по масштабам, содержанию и методическим приемам. Исследование охватило 1080 промышленных предприятий Московской губернии с 114 000 рабочих. Оно проводилось в течение 6 лет (с 1879 по 1885 г.) по обширной научно разработанной программе²¹. Это исследование отличал глубокий социально-гигиенический подход.

Вопросы статистического изучения санитарного состояния страны и заболеваемости населения получили дальнейшее развитие на съездах и совещаниях по санитарному и санитарно-статистическим вопросам, созывавшихся Пироговским обществом, в особенности на совещании 1912 г., где были определены задачи санитарной статистики, получила развитие ее методическая сторона, были приняты основные положения доклада, сделанного по этому вопросу П. И. Куркиным²².

Однако заслуга медицинской общественности состоит не только в развитии санитарной статистики как таковой. Процесс накопления санитарно-статистической информации способствовал формированию научных гигиенических взглядов, развитию общественной гигиены: обширный фактический материал позволял установить связь между состоянием здоровья населения и санитарным состоянием местностей страны, обосновать необходимость и разработать перечень оздоровительных санитарно-гигиенических и технических мер. Следует подчеркнуть и тот факт, что наметившаяся дифференциация медико-статистических исследований способствовала формированию отдельных отраслей гигиенической науки — гигиены труда, коммунальной, школьной гигиены и др., а социальный ракурс этих работ — становлению социальной гигиены, окончательное оформление которых в самостоятельные отрасли знаний произошло уже в советское время.

На развитие научных гигиенических взглядов во второй половине XIX века непосредственное влияние оказали успехи зарубежной и отечественной микробиологии, эпидемиологии, иммунологии. Показательно, что многие открытия в вышеуказанных областях медицинской науки принадлежали представителям российских медицинских обществ, на заседаниях которых они нередко проходили научную апробацию. Так, И. И. Мечников, являясь с 1874 г. членом Одесского общества врачей, докладывал на его заседаниях положения разрабатываемой им фагоцитарной теории. Член Харьковского медицинского общества известный патолог, микробиолог и эпидемиолог В. К. Высокочев проводил большую научно-исследовательскую работу по изучению инфекционных болезней на бактериологической станции Харькова, открытой по инициативе общества. С его именем связано начало изготовления бактериологических препаратов, прежде всего противодифтеритной сыворотки. Следует вспомнить и исследования членов Одесского общества врачей

¹⁶Жук А. П. Развитие общественно-медицинской мысли в России в 60—70-е гг. XIX в. М., 1963. С. 123.

¹⁷Васильев К. К. Деятельность Общества одесских врачей // Советское здравоохранение. 1990. № 1. С. 69.

¹⁸Очерки истории отечественной санитарной статистики. Под ред. А. М. Меркова. М., 1966. С. 72.

¹⁹А. В. Петров. Записка о деятельности Общества врачей Казани в 1868—1873. Казань, 1873. С. 2.

²⁰Венгрова И. В., Шилинис Ю. А. Социальная гигиена в СССР. М., 1976. С. 44.

²¹Белицкая Е. Я. Развитие земской медицины в Московской губернии / Очерки истории русской общественной медицины. М., 1965. С. 78.

²²Куркин И. П. Земская санитарная статистика. Опыт построения схемы. // Общественный врач. 1912. № 7. С. 169—222.

О. О. Мочутковского и Г. Н. Минха, доказавших в 1874 г. роль кровососущих насекомых в передаче паразитарных тифов. Важную роль в развитии микробиологии и эпидемиологии имели и работы члена этого общества Н. Ф. Гамалея по изучению бешенства, холеры, чумы, оспы, туберкулеза, сибирской язвы, сыпного тифа и др. Подобных примеров можно привести достаточно много. Открытия в области микробиологии и эпидемиологии, раскрывавшие патогенную роль микроорганизмов, в то же время ставили проблему профилактики, способствовали разработке санитарно-гигиенических мер для пресечения распространения инфекций, давая тем самым толчок развитию гигиенической науки и практики. Эти открытия, как и другие достижения в области естественных наук, позволившие лучше исследовать материальную среду, окружающую человека, легли в основу отечественной экспериментальной гигиены, основателями которой в России являлись А. П. Доброславин и Ф. Ф. Эрисман — крупнейшие ученые и признанные лидеры медицинской общественности, основатели двух специализированных гигиенических обществ — Русского общества охранения народного здоровья (РООНЗ) и Гигиенического общества в Москве.

Созданное в 1877 г. по инициативе А. П. Доброславина, Н. Ф. Здекауэра и др. РООНЗ было первым в России специализированным научным медицинским обществом, занимавшимся вопросами общественной и экспериментальной гигиены в теоретическом и практическом плане. Общество имело 5 отделений: биологическое; статистики и эпидемиологии; по оздоровлению населенных мест, общественных и частных зданий и промышленных заведений; по гигиене воспитания и образования; по гигиене предметов потребления. Очевидно, что структура РООНЗ отражала и формирующиеся отрасли гигиенической науки.

Роль РООНЗ в развитии гигиенической науки трудно переоценить. Весомый вклад внесло РООНЗ в практическую и теоретическую разработку вопросов эпидемиологии, в частности мер борьбы с эпидемиями, среди которых особое значение придавалось изоляции больных и дезинфекции. В борьбе с эпидемиями холеры совершались эпидемиологические мероприятия и формировались эпидемиологические взгляды русских врачей. Так, гигиенисты РООНЗ опровергли теорию М. Петтенкофера, отставившего значение почвенного фактора в происхождении холеры. Однако в этой теории русских врачей привлекало то обстоятельство, что она придавала ведущее значение в возникновении эпидемических болезней условиям внешней среды и широко трактовала эпидемиологические вопросы. Это подтверждало значение широких санитарно-гигиенических мероприятий для предупреждения эпидемий.

Видное место в деятельности РООНЗ занимали вопросы оздоровления населенных мест. Особенно велика заслуга РООНЗ в разработке теоретических и практических вопросов водоснабжения. Наиболее дискуссионным для гигиенистов являлся вопрос о критериях санитарной оценки воды, они выступали с критикой "универсальных химических норм", выработанных международными ассоциациями. Именно РООНЗ сыграло ведущую роль в решении вопроса о внедрении бактериологического метода в гигиенические исследования, в том числе в исследование качества воды. На основе этого были сформулированы основные требования к качеству питьевой воды, которые знаменовали очередной шаг в развитии данного вопроса. Работы гигиенистов РООНЗ были направлены на изучение эффективности сооружений для фильтрования воды, гигиеническое их обоснование и внедрение в практику. Внимание специалистов привлекала также проблема коагулирования, озонирования, хлорирования воды как дополнительных методов ее обеззараживания (Н. Ф. Гамалея, С. К. Дзержговский, А. И. Антоновский, Г. В. Хлопин, В. С. Соловьев). Экспериментальное изучение проблемы позволило выработать практические руководства. По рекомендациям РООНЗ для систематического наблюдения за работой фильтров в ряде городов был налажен специальный санитарно-лабораторный контроль. Весомый вклад внесло РООНЗ и в изучение вопроса канализования местностей, оно выступало противником пневматической системы в защиту сплавной канализации.

РООНЗ был внесен немалый вклад в разработку проблем коммунальной гигиены: были выполнены исследования, которые раскрывали влияние факторов внешней среды (воздух, температура, влажность в помещении и др.) и социальных условий на развитие заболеваний и др. (М. И. Покровская, А. А. Липский, В. А. Кашкадамов).

Общество являлось пионером в научной разработке вопросов гигиены питания. С 1885 г. оно занималось сбором сведений о питании населения различных социальных слоев, в годы голода (1891—1893) был собран и научно разработан большой материал о суррогатах питания, проведена статистическая разработка вопроса о голоде, выпущен сборник "Неурожай и голод в

России" (1906). РООНЗ принадлежит основная заслуга в решении проблемы общественного питания: в 1888 г. была открыта "Первая нормальная столовая общества". Комиссией питания РООНЗ была разработана вся научная сторона деятельности столовой, меню которой составлялось с учетом калорийности (впервые в России были применены таблицы К. Фойта), вкусовых качеств, разнообразия блюд.

В целях изучения качества и способов фальсификации пищевых веществ в 1888 г. по инициативе проф. А. П. Доброславина при Военно-медицинской академии была создана аналитическая станция. Руководили ее работой профессор А. Ф. Брандт, А. П. Дианин, А. П. Доброславин, В. В. Пашутин и П. П. Сушинский. При содействии РООНЗ в 1891 г. была организована городская аналитическая станция в Петербурге для контроля за торговлей продуктами питания и исследования качества пищевых веществ. В том же году городская лаборатория была открыта в Москве при Гигиеническом институте Московского университета. Деятельность станций была поставлена на уровень научно-исследовательских работ, часть из них легла в основу диссертаций по медицине и фармации.

Членами РООНЗ была проделана значительная работа по изучению вопросов охраны здоровья детей (А. П. Доброславин, И. Е. Андриевский, педиатры Н. П. Гундобин, К. А. Раухфус, Н. И. Быстров, Е. А. Покровский, А. А. Нечаев, основоположник школьной гигиены и врачебной физкультуры в России В. В. Гориневский и др.). С 1892 г. РООНЗ по специальной единой программе изучалось санитарное состояние школ, физическое развитие и состояние здоровья школьников и учеников ремесленных училищ. Важное место в работе общества занимала проблема борьбы с детской смертностью. Одной из мер этой борьбы стало создание РООНЗ организации "Капля молока", которая совмещала в себе детскую молочную кухню и консультацию для матерей. РООНЗ принадлежит также заслуга организации лечебных колоний для ослабленных детей.

С деятельностью РООНЗ связаны и первые попытки организации в России общественной борьбы с социальными болезнями, в частности с туберкулезом. В основу своей деятельности общество положило организацию амбулаторно-диспансерной, а также санаторной помощи больным чахоткой.

РООНЗ занимало особое место среди всех медицинских обществ дореволюционной России. По справедливому утверждению исследователя Е. И. Лотовой, "Особая заслуга РООНЗ состояла в том, что в условиях отсутствия научно-исследовательских институтов оно фактически заменяло их и брало на себя экспериментальное изучение ряда невыясненных гигиенических вопросов"²³.

В 1892 г. начало работу Гигиеническое общество в Москве, идею создания которого долгое время вынашивал Ф. Ф. Эрисман. Приступить к работе общество смогло лишь спустя 12 лет после его формальной организации и утверждения устава (1881 г.). За эти годы возникли учреждения и сложился круг людей, деятельность которых была тесно связана с научной гигиеной или с общественной санитарией: при Московском университете была создана гигиеническая лаборатория, позволявшая заниматься экспериментальной разработкой санитарно-гигиенических вопросов, получили развитие земская и городская санитарные организации. Гигиеническое общество в Москве стремилось стать связующим звеном в работе этих учреждений.

Деятельность общества охватывала область экспериментальной и общественной гигиены. Особенно большое место в работе общества занимали вопросы школьной гигиены и физического воспитания детей (Е. А. Покровский, Н. В. Зак, Н. Ф. Михайлов и др.). Общество взяло на себя разработку проекта Устава санитарного надзора в средних учебных заведениях. Одно из центральных мест отводилось жилищному вопросу, в том числе обследованию одного из самых неблагополучных районов Москвы — Хитрова рынка. Пристальное внимание уделялось вопросам санитарного благоустройства города, в частности водоснабжению и его влиянию на смертность населения, а также проблеме качества продуктов питания, их фальсификации и организации санитарно-пищевого надзора в Москве²⁴. Однако наиболее плодотворный период деятельности общества завершился вместе с отъездом его председателя Ф. Ф. Эрисмана в Швейцарию в 1896 г.

Широкую разработку проблемы гигиены получили на медицинских съездах, которые в отличие от медицинских обществ, являвшихся центрами непосредственного изучения проблем, стали ареной для научных дискуссий и определения наиболее

²³Лотова Е. И. Русская интеллигенция и вопросы общественной гигиены. М., 1962. С. 19.

²⁴Соколов А. Д. Деятельность Московского Гигиенического общества при проф. Ф. Ф. Эрисмане // Общественный врач. 1916. № 1. С. 21—25.

актуальных направлений исследований. Пионером в этом направлении выступило Общество русских естествоиспытателей, собравшее в 1867 г. I съезд. Вопросам общественной гигиены отводилось центральное место в работе земских съездов, где научные проблемы тесно переплетались с практикой. Здесь ставились и решались вопросы организации санитарно-противоэпидемического обслуживания населения, санитарного благоустройства школ, изучения санитарных условий труда на промышленных предприятиях, распространения гигиенических знаний среди населения. Широкое отражение в работе земских съездов получили вопросы сельского водоснабжения. Разработанные на съездах основы санитарной гидрогеологии вошли в фонд отечественной гигиены.

Всероссийской ареной для дискуссий по многим теоретическим вопросам гигиены и обобщения санитарного опыта стали Пироговские съезды. Так, в 1887 г. с трибуны II Пироговского съезда московский профессор гигиены С. Ф. Бубнов обозначил проблему необходимости организации санитарно-пищевого надзора и создания специальных лабораторий для исследования и санитарно-гигиенической оценки пищевых продуктов. На VIII и IX съездах получил дальнейшее развитие вопрос об организации школьно-санитарного надзора в городах, о разработке гигиенических норм, на которые школьно-санитарные врачи могли бы опираться в своей работе.

В поле зрения Пироговских съездов постоянно находился жилищный вопрос: здесь заслушивались доклады по обследованию жилищ отдельных групп населения, поднимался вопрос о разработке санитарных норм и проектов улучшения жилищных условий рабочего населения (А. А. Липский и др.), ставились проблемы участия гигиенистов в вопросах городского строительства и разработке Строительного устава, преподавания инженерно-строительным предметам строительной гигиены (В. А. Кашкадамов). Конечный практический эффект этой работы был невелик, однако накопленный в процессе обсуждений опыт имел большое значение для развития отечественной гигиенической науки, в частности коммунальной гигиены.

На съездах активно обсуждался вопрос об оздоровлении населенных мест, в частности одна из важнейших гигиенических проблем — водоснабжение и улучшение качества водопроводной воды. Гигиенистам и санитарным деятелям (С. Ф. Бубнов, Н. К. Игнатов и др.) пришлось выступать против внедрения технических приемов, не прошедших надлежащей гигиенической апробации. Так, проф. С. Ф. Бубновым на основе экспериментального изучения была доказана непригодность для московского городского водоснабжения американской системы фильтрации, предложенной на VIII Пироговском съезде (1902 г.) московским главным инженером водопроводов Н. П. Зиминым. Вопрос о преимуществах американских или английских фильтров оставался в центре дискуссий гигиенистов практически на всех последующих Пироговских съездах. Преимущества американских фильтров состояли в их относительной дешевизне, а также более высокой скорости фильтрации, которая, однако, вместе с предусмотренным технологией предварительным коагулированием воды негативно отражалась впоследствии на ее качестве. Химический и бактериологический анализ давал худшие результаты, чем анализ воды, пропущенной через медленные, грандиозные и дорогостоящие англий-

ские фильтры. Использование американских фильтров требовало особого технического обслуживания и санитарно-гигиенического контроля, их внедрение ставило с особой остротой вопрос о дополнительных методах обеззараживания воды (озонирование, хлорирование и др.).

Следует отметить, что технические и санитарно-гигиенические вопросы водоснабжения находили решение также в процессе работы Русских водопроводных съездов, созывавшихся с 1893 г. Так, на IV съезде (1899 г.) проф. Н. П. Диатроповым была обоснована необходимость постоянного санитарного надзора в водопроводном деле и участия гигиенистов во всех существенных вопросах водоснабжения, в том числе и в вопросе о выборе фильтров, "не шаблонированных, а приспособленных к местным условиям"²⁵. На съездах пропагандировалась мысль о необходимости передачи водопроводов из собственности частных лиц в ведение общественных самоуправлений, что обеспечило бы возможность более тщательного санитарно-гигиенического контроля над водоснабжением.

Вопросы водоснабжения находились в центре внимания специальных совещаний бактериологов и эпидемиологов, созываемых по инициативе Пироговского общества. На 1-м совещании (1911 г.) в ряде докладов был обобщен опыт очистки и дезинфекции водопроводной воды (Г. В. Хлопин и др.). На 2-м совещании (1912 г.) были изложены положительные результаты применения минимальных доз хлора для дезинфекции воды (А. И. Антоновский и др.), метод этот с 1913 г. получил широкое распространение в водопроводном деле России. Специальные доклады были посвящены организации санитарного надзора за источниками водоснабжения и вопросам сельского водоснабжения (М. Ф. Соснин, А. Н. Сысин).

На Пироговских съездах и совещаниях эпидемиологов и бактериологов была также проведена основная работа по гигиеническому обоснованию разных методов очистки сточных вод (естественной биологической очистки через поля орошения или искусственной биологической обработки) и принципиальных подходов к нормированию их выпуска в водоемы с учетом местных санитарных условий, предложены меры по санитарной охране водоемов (Г. И. Ростовцев, Е. Б. Контковский, М. Ф. Соснин).

Таким образом, медицинская общественность внесла весомый вклад в развитие теоретических вопросов гигиены и санитарной практики в России. Ее деятельность способствовала выявлению и координированию наиболее актуальных направлений исследований и практической работы, накоплению санитарно-статистического материала по санитарной характеристике местностей и его дальнейшей научной разработке, основательному развитию проблемы оздоровления населенных мест, внедрению новых методов в гигиенические исследования, формированию новых отраслей гигиенической науки, развитию общественной и экспериментальной гигиены, санитарно-гигиенической практики.

Поступила 15.12.08

²⁵Диатропов Н. О необходимости постоянного санитарного надзора в водопроводном деле. СПб., 1899. С. 11.

Редколлегия журнала "Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины" поздравляет с 90-летием со дня рождения историка медицины и эпидемиолога доктора медицинских наук, профессора Константина Георгиевича Васильева и желает ему крепкого здоровья и творческого долголетия.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Быков А. Т. (Сочи), *Быков Ю. Г.* (Москва), *Вардосанидзе С. Л.* (Ставрополь), *Васильева Т. П.* (Иваново), *Введенская И. И.* (Нижний Новгород), *Вишняков Н. И.* (Санкт-Петербург), *Галкин Р. А.* (Самара), *Герасименко Н. Ф.* (Москва), *Гриненко А. Я.* (Санкт-Петербург), *Колинько А. А.* (Вологда), *Коростелев Н. Б.* (Москва), *Красненков В. Л.* (Тверь), *Лешкевич И. А.* (Москва), *Лучкевич В. С.* (Санкт-Петербург), *Мезенцев Е. В.* (Воронеж), *Мельникова Л. С.* (Москва), *Низамов И. Г.* (Казань), *Царик Г. Н.* (Кемерово)

Почтовый адрес

105064, Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12
Телефон 916-29-60

Зав. редакцией *Щеглова Татьяна Даниловна*

ОТДЕЛ РЕКЛАМЫ

Тел/факс (499) 245-33-55

**Ответственность
за достоверность информации,
содержащейся в рекламных
материалах, несут
рекламодатели.**

Редактор *З. И. Литвиненко*

Художественный редактор
Н. И. Корунова

Корректор *В. С. Смирнова*

Все права защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

Слано в набор 28.12.09. Подписано в печать 17.02.2010. Формат 60×88¹/₈.

Печать офсетная. Печ. л. 8,00. Усл. печ. л. 7,84.

Уч. изд. л. 9,28.

Заказ 39.

ОАО «Издательство "Медицина"»

E-mail: meditsina@mtu-net.ru

WWW страница: www.medlit.ru

Подписной тираж номера 344 экз.

ЛР № 010215 от 29.04.97.

Типография: ООО "Подольская Периодика"
142110, г. Подольск, ул. Кирова, 15

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

При направлении статьи в редакцию просим соблюдать следующие правила:

1. Статья представляется в 2 экземплярах.

2. На 1-й странице указываются инициалы и фамилия автора, его должность, ученая степень и звание, название статьи, полное название учреждения, в котором работает автор; на последней должны стоять личные подписи всех авторов статьи, что дает право издательству на ее публикацию и размещение в Интернете.

3. На отдельной странице авторы оригинальных статей должны дать о себе краткую информацию: фамилия, имя, отчество, ученая степень, звание, почтовый и электронный адрес, телефон, дату и тематику защищенных диссертаций, место работы и должность на момент высылки статьи, сферу научных интересов, автором какого числа научных работ и изобретений является.

4. Объем статьи не должен превышать 10 страниц машинописного текста стандартной распечатки (30 строк по 60 знаков), ширина полей слева — 4 см.

5. Структура оригинальных статей, содержащих материалы медико-социологических исследований, предусматривает разделы: введение, материалы и методы, результаты, обсуждение и краткое заключение.

6. Объем графического материала минимальный (не более 3 рисунков). Фотографии должны быть контрастными, рисунки четкими, текстовые надписи на них предельно лаконичными. Подписанные подписи прилагаются на отдельном листе в порядке нумерации рисунков. Порядковый номер рисунка, фамилия автора, название статьи должны быть указаны на обороте каждого рисунка карандашом.

7. Таблицы должны быть компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы.

8. Место, где в тексте дается ссылка на рисунок или таблицу, следует обозначить на полях рукописи квадратом, в котором указать порядковый номер

этого рисунка или таблицы.

9. Все математические формулы должны быть выверены. В них необходимо разметить:

а) строчные и прописные буквы (строчные — двумя черточками сверху, а прописные — двумя снизу);

б) латинские и греческие буквы (латинские подчеркиваются синим карандашом, греческие обводятся красным);

в) подстрочные и надстрочные буквы и цифры.

10. К статье прилагается резюме на русском языке (для перевода на английский язык) объемом не более 0,5 страницы машинописного текста с ключевыми словами.

11. Цитаты, приводимые в статье, заверяются подписью автора на полях рукописи. В сноске указывается источник цитаты (название, издание, год, выпуск, страница).

12. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, в котором перечисляются в алфавитном порядке сначала отечественные, затем зарубежные авторы.

13. В списке литературы указываются:

а) для книг — фамилия и инициалы автора, полное название работы, место и год издания, страницы "от" и "до";

б) для журнальных статей — фамилия и инициалы автора, название журнала, год, номер, страницы "от" и "до";

в) для диссертации — фамилия и инициалы автора, докторская или кандидатская, полное название работы, год, место издания.

14. Редакция оставляет за собой право редактирования и сокращения текста.

15. О рукописях, не принятых к печати, авторы информируются, текст рукописи не возвращается.

Плата за публикацию с аспирантов не взимается.

Уважаемые читатели!

Приглашаем Вас посетить сайт
ОАО «Издательство "Медицина"»
в Интернете

Наш адрес:

www.medlit.ru