

# ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Двухмесячный научно-практический журнал

2

2010

МАРТ—АПРЕЛЬ

**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

<i>Погорелова Э. И.</i> О формировании показателя смертности от туберкулеза в России . . . . .	3
<i>Вязьмин А. М., Бичкаев Я. И., Санников А. Л., Варакина Ж. Л., Лукашов А. Г.</i> Социально-гигиенические аспекты инвалидности и смертности в Архангельской области . . . . .	6
<i>Камруззаман С.</i> Анализ смертности населения Тверской области и результаты экспертной оценки летальности в больничных учреждениях Твери . . . . .	9
<i>Ткаченко Л. В., Курушина О. В., Атагаджиева М. С.</i> Качество жизни женщин, страдающих предменструальным синдромом . . . . .	13
<i>Чесноков П. Е., Клименко Г. Я., Косолапов В. П., Пятаева С. А.</i> Медико-социальные факторы риска развития железодефицитной анемии у беременных женщин . . . . .	16
<i>Жукова Н. В.</i> Распространенность сопутствующих заболеваний среди госпитализированных по поводу ревматоидного артрита . . . . .	19
<i>Альбицкий В. Ю., Makeev Н. И.</i> Здоровьесберегающее поведение подростков . . . . .	24
<i>Филиппов Ю. Н., Абаева О. П., Барболина С. Ф.</i> Причины самостоятельного прекращения специфической терапии больными туберкулезом . . . . .	24

## Реформы здравоохранения

<i>Жигулева Л. Ю.</i> Оценка пациентами качества стационарной гематологической помощи . . . . .	27
<i>Гончарова А. Г.</i> Качество медицинского освидетельствования лиц, подвергшихся воздействию особо вредных химических факторов . . . . .	31
<i>Сагина О. В., Гасан-Заде Ч. А.</i> Совершенствование стоматологической помощи населению Республики Северная Осетия-Алания . . . . .	34
<i>Сохач А. Я., Горбунков В. Я., Агранович Н. В.</i> Совершенствование диагностики абдоминальной формы ишемической болезни сердца в первичном звене здравоохранения . . . . .	35
<i>Алиев Р. Т., Колядо В. Б., Неймарк Т. В., Наседкина Т. В.</i> Опыт применения автоматизированного рабочего места врача в краевом андрологическом центре . . . . .	37
<i>Трущелев С. А.</i> Социальное партнерство при оказании психиатрической помощи . . . . .	40
<i>Куликова Н. Г., Оверченко А. В.</i> Диспансерное наблюдение детей и подростков со стоматологическими заболеваниями . . . . .	44
<i>Панфилова Т. Н., Медведева О. В.</i> Региональные аспекты реализации семейной политики . . . . .	46
<i>Есипов А. В., Трегубов В. Н.</i> Роль научно-практических конференций в формировании имиджа лечебно-профилактического учреждения . . . . .	48

## История медицины

<i>Кнопов М. Ш., Тарануха В. К.</i> Уроки медицинского обеспечения войск в годы Великой Отечественной войны . . . . .	51
<i>Тищенко Е. М.</i> Медицинский персонал Белоруссии в период фашистской агрессии и оккупации . . . . .	55
<i>Лисицын Ю. П., Журавлева Т. В.</i> История Конфедерации историков медицины (КИММ) . . . . .	57
<i>Гайдаров Г. М., Алексеевская Т. Н.</i> О развитии высшей медицинской школы в Восточно-Сибирском регионе . . . . .	61

## CONTENT

## Health and society

<i>Pogorelova E. I.</i> On developing the indicators of tuberculosis mortality in Russia . . . . .	3
<i>Vyazmikin A. M., Bichkayev Y. I., Sannikov A. L., Varakina J. L., Lukashov A. T.</i> The social hygienic aspects of disability and mortality in the Archangelskaya Oblast . . . . .	6
<i>Kamruzzaman S.</i> The analysis of population mortality in Tver-skaya oblast and the results of the expertise of hospital lethality in Tver hospitals . . . . .	9
<i>Tkachenko L. V., Kurushina O. V., Atagadjieva M. S.</i> The quality of life in women suffering from premenstrual syndrome . . . . .	13
<i>Tchesnokov P. E., Klimenko T. Y., Kosolapov V. P., Pyataeva S. A.</i> The medical social risk factors of developing the iron-deficiency anemia in pregnant women . . . . .	16
<i>Jukova N. V.</i> The prevalence of concomitant diseases among in-patients on the subject of rheumatic gout . . . . .	19
<i>Albitsky V. U., Makeev N. I.</i> The health preserving behavior in adolescents . . . . .	24
<i>Filipov U. N., Abayeva O. P., Barbolina S. F.</i> The causes of unauthorized termination of specific treatment by patients with tuberculosis . . . . .	24

## Health reforms

<i>Jigulieva L. U.</i> The patient evaluation of quality of in-patient hematological care . . . . .	27
<i>Goncharova A. G.</i> The quality of medical examination of persons who underwent the impact of especially harmful chemical factors . . . . .	31
<i>Sagina O. V., Gasan-Zade Ch. A.</i> The development of dental medical care in the Republic of Severnaya Osetiya-Alaniya . . . . .	34
<i>Sokhach A. Y., Gorbunkov V. Y., Agranovitch N. V.</i> The development of diagnostics of abdominal form of ischemic heart disease in primary health care . . . . .	35
<i>Aliiev R. T., Kolyado V. B., Neimark A. I., Nasedkin T. V.</i> The practice of instrumentation of automated working place of physician in territorial andrology center . . . . .	37
<i>Truschelev S. A.</i> The social partnership in delivering mental care . . . . .	40
<i>Kulikova M. T., Overchenko A. V.</i> The dispensarization monitoring of children and adolescents with stomatologic diseases . . . . .	44
<i>Panfilova T. N., Medvedeva O. V.</i> The regional aspects of implementation of family policy . . . . .	46
<i>Esipov A. V., Tregubov V. N.</i> The role of theoretical and practical conferences in developing the image of curative preventive institution . . . . .	48

## History of medicine

<i>Knopov M. Sh., Taranuha V. K.</i> The outcomes and the lessons of medical provision of the military forces during the Great Patriotic war . . . . .	51
<i>Tischenko E. M.</i> The medical personnel of Byelorussia during the fascist aggression and occupation . . . . .	55
<i>Lisitsyn U. P., Juravleva T. V.</i> The history of the Confederation of historians of medicine . . . . .	57
<i>Gaidarov G. M., Alekseyevskaya T. I.</i> On the development of higher medical school in the East Siberia region . . . . .	61

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

© ОАО «Издательство "Медицина"», 2010

Э. И. Погорелова

## О ФОРМИРОВАНИИ ПОКАЗАТЕЛЯ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА В РОССИИ

Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Москва

**Погорелова Э. И.** — канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник (618-29-13)

*На основе исследования 303 случаев смерти больных, состоявших на учете по поводу туберкулеза и умерших в 2006 г., в двух субъектах Российской Федерации (Орловской и Тульской областях) установлено, что существующая система сбора и обработки статистических данных не обеспечивает достоверность показателей смертности от туберкулеза. Большая доля ошибок объясняется неправильным выбором и кодированием первоначальной причины смерти. Определены пути повышения достоверности показателей смертности за счет непрерывного обучения врачей использованию МКБ-10 и внедрения новых технологий: пакета программ "Мониторинг рождаемости и смертности" и обучающей компьютерной программы "RUTEN-DON".*

Ключевые слова: смертность, достоверность, ошибки, обучение, автоматизация

## ON DEVELOPING THE INDICATORS OF TUBERCULOSIS MORTALITY IN RUSSIA

Pogorelova E. I.

*In two subjects of the Russian Federation, the Orlovskaya and Tulsckaya Oblast, on the basis of the study of 303 death cases of tuberculosis patients died in 2006, it is established that the actual system of collecting and processing statistic data does not provide the validity of tuberculosis mortality indicators. The most part of errors is explained by the erroneous selection and coding of initial causes of death. The directions of enhancing the validity of mortality indicators at the expense of continuous education of physicians to apply ICD-10 and the implementation of new technologies (software package "Natality and mortality monitoring" and educational computer program "RUTEN-DON").*

Key words: mortality, validity, education, error

Одной из особенностей смертности к началу XXI века является вступление России на путь обратного эпидемиологического развития. В структуре причин смерти произошли качественные изменения, в том числе за счет увеличения предотвратимых причин и роста числа инфекционных заболеваний [5]. Определенный вклад в сложившуюся отрицательную демографическую ситуацию вносит смертность от туберкулеза.

Туберкулез является при современном уровне здравоохранения не только предотвратимой причиной смерти для лиц в возрасте 5—64 лет, но и напрямую повышает долю социально обусловленных и социально значимых причин смерти [3, 4].

В то же время серьезную проблему для достижений во многих областях борьбы с инфекционными болезнями представляет распространение резистентности к противомикробным препаратам; при этом особую обеспокоенность вызывает сегодня туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью. Устойчивость приводит к весьма серьезным последствиям, в том числе к росту смертности [1].

Целью нашего исследования было изучить достоверность показателя смертности от туберкулеза.

Для достижения этой цели поставлены следующие задачи:

— проанализировать состав умерших, состоявших на учете по поводу туберкулеза, по полу, возрасту, социально-профессиональной принадлеж-

ности, категории населения, проживанию в городе или селе, и составить портрет умершего;

— провести анализ обстоятельств, при которых выявлено заболевание туберкулезом, место смерти, частоты вскрытия и структуры причин смерти;

— провести экспертную оценку врачебных ошибок при заполнении медицинских свидетельств о смерти, правильности выбора первоначальной причины смерти и кодирования в случаях смерти от туберкулеза.

Были проанализированы 303 случая смерти больных, состоявших на учете по поводу туберкулеза и умерших в 2006 г., в двух субъектах Российской Федерации (Орловской и Тульской областях).

Источником информации о смерти больных туберкулезом являлись первичные учетные медицинские документы: медицинские свидетельства о смерти, протоколы вскрытия/посмертные эпикризы, извещения о больных туберкулезом, контрольные карты диспансерного наблюдения контингентов, карты выбывших из стационара.

Эти сведения на каждый случай смерти позволили определить медико-социальный портрет умершего и провести экспертную оценку правильности заполнения медицинского свидетельства о смерти, выбора и кодирования первоначальной причины смерти в соответствии с правилами МКБ-10.

При экспертной оценке за основу было взято положение, принятое Всемирной ассамблеей здравоохранения, в отношении выбора причины смер-

ти. Для статистической разработки причин смерти выбирали одну причину болезни или травмы из медицинского свидетельства о смерти, и этой причиной являлась первоначальная причина смерти.

Первоначальная причина смерти была определена как "болезнь или травма, вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти" [2].

В случаях, когда в свидетельстве была указана только одна причина смерти, ее брали для статистической разработки. Если же было указано более одной причины, то выбор осуществляли в соответствии с основными принципами и правилами МКБ-10. При сочетании туберкулеза легких и туберкулеза других органов использовали код туберкулеза легких. Туберкулез рассматривали как прямое последствие ВИЧ-инфекции в тех случаях, когда была указана эта болезнь.

Одновременно учитывали некоторые особенности кодирования первоначальной причины смерти при туберкулезе. Так, код A15.\_ эксперты выбирали при туберкулезе органов дыхания, подтвержденном бактериологически или гистологически, а код A16.\_ — при туберкулезе органов дыхания, не подтвержденном данными методами исследования.

Данные анализа показали, что среди умерших было 258 (85, 1%) мужчин и 45 (14,9%) женщин (соотношение мужчин и женщин составило 6:1).

Большинство мужчин умерли в возрасте от 35 до 54 лет, а женщины чаще умирали в более молодом возрасте — от 25 до 44 лет.

Жителями города были 188 (62%) человек, жителями села — 106 (35%) и лицами БОМЖ — 9 (3%) человек.

По социально-профессиональной принадлежности рабочие составили 8,8%, служащие — 1,2%, инвалиды — 6,4%, дошкольники — 0,6%, пенсионеры по возрасту — 12,4%, не работающие трудоспособного возраста — 51,8%, неизвестно — 18,8%. Более половины умерших оказались безработными.

По категориям населения распределение было следующим: жители данной территории составили 95%, осужденные — 2% и лица БОМЖ — 3%.

Таким образом, по результатам исследования вырисовывается портрет умерших. Большинство из них являлись жителями данной территории (95%), мужчины (82,9%) в возрасте от 25 до 64 лет (80%), не работающие в трудоспособном возрасте (51,8%).

Следует отметить, что смертность от туберкулеза является итоговой величиной, обобщающей как особенности медико-социального портрета больных, так и проблемы в оказании им медицинской помощи.

При изучении обстоятельств, при которых выявлено заболевание туберкулезом, оказалось, что в основном у изучаемой группы умерших туберкулез был выявлен при обращении больных с жалобами — 229 (75,6%) случаев. Активное выявление составило 43 (14,2%) случая, посмертно выявлен 31 (10,2%) случай.

В отношении места смерти установлено, что в стационаре умерли 257 (84,8%) человек, в том числе в стационарах общей сети 14 (5,4%), в областных противотуберкулезных диспансерах 183 (71,2%), в туберкулезных диспансерах 28 (10,9%) и туберкулезных больницах 32 (12,5%). Дома умер 41 (13,5%) человек и в другом месте — 5 (1,7%) человек. На-

блюдение в специализированных учреждениях здравоохранения позволило в 98% случаев подтвердить туберкулез бактериологически или гистологически.

Вскрытие произведено в 226 (74,7%) случаях. В протоколах вскрытия указаны макроскопическая и микроскопическая картины туберкулеза, но только в 5 (1,8%) случаях отмечено наличие микобактерий туберкулеза в материалах аутопсии, в остальных случаях такое исследование не проводилось. Следует отметить, что низкий процент аутопсий не позволяет проводить объективный эпидемиологический анализ, может явиться причиной своевременно не диагностированного инфекционного заболевания и возникновения эпидемического очага.

Анализ медицинского обслуживания населения выявил ряд недостатков. Низкий процент активно выявление туберкулеза и выявление туберкулеза в основном за счет обращения больных с жалобами уже в запущенных состояниях говорит о недостаточной профилактической работе, отсутствии настороженности в отношении туберкулеза врачей общей сети.

При относительно высокой частоте вскрытий в целом в ряде случаев необоснованно без вскрытия выписываются медицинские свидетельства о смерти. Так, из 11 случаев ВИЧ-инфекции с туберкулезом вскрытие проведено только в 4 (36,4%) случаях. С другой стороны, при вскрытиях в 16 (30,8%) случаях смерти от других заболеваний и внешних причин в медицинских свидетельствах о смерти туберкулез не указан.

Нами проведен сравнительный анализ причин смерти по данным территорий и экспертной оценке (см. таблицы).

Как видно из таблицы, структура причин смерти по данным субъектов РФ значительно отличается от структуры, представленной экспертами, за счет ошибок в интерпретации милиарного туберкулеза, а также ошибок в выборе первоначальной причины смерти при множественных причинах.

Причиной смерти больных, состоявших на учете по поводу туберкулеза, являлся туберкулез (240 (79,2%) случаев) и в основном туберкулез органов дыхания (236 (77,9%) случаев). Другие причины смерти составили 63 (20,8%) случая (ВИЧ-инфекция, новообразования, болезни системы кровообращения, болезни органов пищеварения и внешние причины).

Среди прямых последствий (осложнений) туберкулеза и как непосредственная причина смерти наиболее часто встречались: легочно-сердечная недостаточность (91 случай), кахексия (59 случаев), туберкулезная интоксикация (20 случаев). Реже встречаются такие осложнения туберкулеза, как казеозная пневмония (7 случаев), легочная недостаточность (7 случаев), отек легких (7 случаев), эмпиема плевры (6 случаев). По одному случаю зарегистрированы осложнения туберкулеза в виде плеврита, легочного кровотечения, туберкулезного перикардита, анемии и дистрофии внутренних органов.

Среди сопутствующих заболеваний, которые способствовали смерти, но не были связаны с болезнью, приведшей к ней, зарегистрированы: хронический алкоголизм в 16 случаях, кроме того, алкогольный цирроз печени в 3 случаях, алкогольная полиневропатия в 3 случаях, по одному случаю ал-

**Сравнительная характеристика причин смерти по данным территорий и экспертной оценке**

Название классов и болезней	Код по МКБ-10	Число случаев по данным субъектов РФ	Доля (в %) по данным субъектов РФ	Число случаев по данным экспертов	Доля (в %) по данным экспертов
Туберкулез органов дыхания	A15	147	48,5	218	72,0
	A16	11	3,6	18	5,9
Туберкулез других органов	A18	1	0,3	1	0,3
Милиарный туберкулез	A19	34	11,2	3	1,0
ВИЧ-инфекция	B20-B24	7	2,3	11	3,6
Злокачественные новообразования	C00-C97	11	3,6	11	3,6
Атеросклеротическая болезнь сердца	I25.1	16	5,3	6	2,0
Алкогольная кардиомиопатия	I42.6	11	3,6	11	3,6
Хронический обструктивный бронхит	J44.8	9	3,0	—	—
Фиброз и цирроз печени	K74	12	4,0	12	4,0
Внешние причины смертности	V01-Y98	12	4,0	12	4,0
В том числе:					
воздействие чрезмерно низкой природной температуры	X31	4	1,3	4	1,3
случайное отравление этиловым спиртом	X45	2	0,7	2	0,7
случайное отравление окисью углерода	X47	4	1,3	4	1,3
преднамеренное самоповреждение путем повешения	X70	2	0,7	2	0,7
Не проставлен код		32	10,6	—	—
<b>Всего...</b>		<b>303</b>	<b>100</b>	<b>303</b>	<b>100</b>

когальная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия; атеросклеротическая болезнь сердца в 9 случаях; хронический обструктивный бронхит в 9 случаях; сахарный диабет в 5 случаях; гипертоническая болезнь в 4 случаях. По одному случаю в качестве сопутствующих заболеваний зарегистрированы бронхиальная астма, деменция, язвенная болезнь желудка, хронический пиелонефрит, трофические язвы нижних конечностей.

Обращает на себя внимание, что многие причины смерти и сопутствующие заболевания при туберкулезе связаны с потреблением алкоголя. Это требует повышения эффективности профилактики поведенческих факторов риска и является еще одним путем сокращения предотвратимой смертности.

При экспертной оценке формирования показателей смертности от туберкулеза установлены ошибки в оформлении медицинского свидетельства о смерти, в выборе и кодировании первоначальной причины смерти.

При заполнении медицинских свидетельств о смерти неправильно расписаны диагнозы по строкам и частям пункта свидетельства "Причины смерти". Самые частые ошибки при заполнении свидетельств отмечены сочетания ВИЧ-инфекции с туберкулезом и ВИЧ-инфекции с туберкулезом и гепатитом С.

По данным субъектов РФ, в 78 случаях первоначальной причиной смерти выбран не туберкулез, а другие заболевания, травмы и отравления. По данным экспертов, таких случаев установлено 63. Причиной такого расхождения результатов является то, что не были учтены правила выбора первоначальной причины смерти при множественных причинах. К примеру, при хроническом обструктивном бронхите и туберкулезе легких как первоначальную причину смерти выбрали хронический обструктивный бронхит, тогда как следовало выбрать туберкулез легких, а хронический обструктивный бронхит отнести в сопутствующие заболевания.

Неправильно записаны в качестве первоначальной причины смерти осложнения туберкулеза ор-

ганов дыхания (туберкулезный плеврит, казеозная пневмония и др.)

Всего в выборе первоначальной причины смерти допущено 73 (24,1%) ошибки.

Коды первоначальной причины смерти не проставлены в медицинских свидетельствах о смерти в 32 (10,6%) случаях.

Неверный код выбран в 31 (10,2%) случае при "Диссеминированном (милиарном) туберкулезе легких" A19.8 и A19.9г (следовало выбрать коды A15. и A16.).

Неверно пневмонию и бронхопневмонию при туберкулезе легких закодировали как первоначальную причину смерти и использовали коды класса болезней органов дыхания.

Значительное количество ошибок отмечено в четвертом знаке кодов при сочетании ВИЧ-инфекции с туберкулезом и гепатитом С (следует выбирать подрубрику B20.7) и ВИЧ-инфекция с проявлением туберкулеза и злокачественных новообразований (следует выбирать подрубрику B22.7).

Неверный код выбран в 94 (31%) случаях.

Ошибки в выборе и кодировании первоначальной причины смерти имеют большое значение и влияют на структуру причин смерти. В свою очередь изучение структуры причин смерти дает наиболее полное представление о состоянии здоровья населения, отражает эффективность диагностики и качества лечения.

Основной причиной ошибок заполнения медицинских свидетельств о смерти является недостаточная профессиональная подготовка врачей и отсутствие навыков работы с МКБ-10. Серьезные недостатки и искажения показателей причин смертности от туберкулеза объясняются отсутствием единых методик подготовки специалистов по заполнению медицинских свидетельств о смерти, унифицированных указаний по достижению достоверности статистики смертности.

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что существующая система сбора и обработки статистических данных не обеспечивает достоверность показателей смертности от туберкулеза.

В формировании показателя смертности от туберкулеза большая доля ошибок объясняется неправильным выбором и кодированием первоначальной причины смерти.

Для повышения достоверности показателей смертности наряду с известной системой мер непрерывного обучения врачей следует использовать новые технологии: методический пакет "RUTEN-DON", представляющий собой обучающую программу по использованию МКБ-10, и пакет программ "Мониторинг рождаемости и смертности", который включает программы автоматизированного выбора и кодирования первоначальной причины смерти.

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2007 г.: Более безопасное будущее: глобальная безопасность в области общественного здравоохранения в XXI веке. — Женева, 2008.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. — Женева, 1983. — Т. 2.
3. *Погорелова Э. И., Секриеру Е. М., Вайсман Д. Ш., Антонюк В. В.* Руководство по кодированию причин смерти. — М., 2008.
4. Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения / Под ред. Ю. В. Михайловой, А. Е. Ивановой. — М., 2006.
5. Стратегия демографического развития России / Под ред. В. Н. Кузнецова, Л. Л. Рыбаковского. — М., 2005.

Поступила 18.05.09

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2010

УДК 614.2:314.4(470.11)

А. М. Вязьмин<sup>1</sup>, Я. И. Бичкаев<sup>2</sup>, А. Л. Санников<sup>1</sup>, Ж. Л. Варакина<sup>1</sup>, А. Г. Лукашов<sup>1</sup>

## СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНВАЛИДНОСТИ И СМЕРТНОСТИ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

ГОУ ВПО Северный государственный медицинский университет Минздравсоцразвития РФ, Архангельск<sup>1</sup>; МУЗ Отделенческая больница на ст. Исакогорка ОАО РЖД<sup>2</sup>

**Вязьмин А. М.** — д-р мед. наук, проф., зав. каф. общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы (8181-28-57-84); **Бичкаев Я. И.** — гл. врач (8182-26-32-26); **Санников А. Л.** — д-р мед. наук, проф. каф. общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы (8182-28-57-61); **Варакина Ж. Л.** — канд. мед. наук, доц. каф. общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы (usngl@atnet.ru); **Лукашов А. Г.** — канд. социол. наук, доц. каф. общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы (info@nsmu.ru).

*В статье анализируются показатели инвалидности и смертности населения Архангельской области. Приводятся результаты медико-социологического исследования среди инвалидов трудоспособного возраста по характеристикам трудовой активности и трудового потенциала с целью определения перспектив участия данной категории в реализации социально-экономического развития региона. Обращено внимание на особенности смертности населения Архангельской области от воздействия внешних причин как на приоритетное направление совершенствования политики медико-демографического развития региона.*

**Ключевые слова:** медико-социологическое исследование, инвалидность, смертность, трудовой потенциал

Vyazmin A.M., Bichkayev Y.I., Sannikov A.L., J.L. Varakina., A.T. Lukashov

## THE SOCIAL HYGIENIC ASPECTS OF DISABILITY AND MORTALITY IN THE ARCHANGELSKAYA OBLAST

*The article analyses the indicators of disability and mortality in Archangelskaya Oblast. The medical sociological study of the disabled patients of able-bodied age was organized based on the characteristics of working activities and labor potentials to establish the prospective of involvement of this population category into the social economic development of the region. The emphasis is made upon the specific of population mortality in Archangelskaya oblast due to the external causes impact as a priority trend in enhancing the regional policy of medical demographic development.*

**Key words:** medical sociological study, disability, mortality, labor potential.

Проблемы общественного здоровья в любой стране имеют медицинское, политическое и экономическое значение и являются условием безопасности общества. Главными особенностями данных проблем в современной России являются следующие: значительные масштабы сокращения и инвалидизация населения вследствие затяжного социально-экономического кризиса; низкая рождаемость и значительные потери общества от сверхсмертности мужчин, особенно от внешних воздействий, что не обеспечивает процесса воспроизводства [3, 6].

Трудовой потенциал поколения (частный случай трудового потенциала всего населения) как по-

казатель среднего числа человеко-лет предстоящей трудовой жизни, которые данному поколению предстоит прожить в составе экономически активного населения, значительно ухудшает усугубляющаяся ситуация со стойкой утратой трудоспособности.

Уровень первичной инвалидности в трудоспособном возрасте в РФ увеличился с 63,3 на 10 000 соответствующего населения в 2003 г. до 66,3 в 2005 г. [2]. В Архангельской области динамику данного показателя отличает более выраженный темп роста (с 59,8 до 69,3) [5]. Доля трудоспособного населения среди всех инвалидов Архангельской области составила в 2005 г. 41,5% (в РФ 31,5%).

Таблица 1

Динамика общей инвалидности городского и сельского населения трудоспособного возраста Архангельской области в зависимости от пола с 2000 по 2005 г. (на 10 000)

Год	Городское трудоспособное население		Сельское трудоспособное население	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
2000	81,3	43,4	85,2	43,0
2001	80,2	45,2	78,8	63,4
2002	81,2	40,7	94,9	37,9
2003	85,5	40,5	108,6	43,7
2004	93,9	44,3	98,7	43,2
2005	110,2	44,3	119,0	51,4
Темп прироста, %	+ 35,5	+ 2,1	+ 39,7	+ 19,5

Рост инвалидности отмечается в городских и сельских территориях области (табл. 1). В городах уровень инвалидности населения трудоспособного возраста увеличился с 64,4 на 10 000 в 2000 г. до 75,3 в 2005 г. В сельской местности Архангельской области этот показатель повысился с 66,5 до 87,1 за аналогичный период.

Первое ранговое место среди всех причин инвалидности населения трудоспособного возраста занимает сердечно-сосудистая патология (27,9%), второе — инвалидность вследствие злокачественных новообразований (13,4%), третье — травмы (12,7%), четвертое — болезни костно-мышечной системы (8,2%), пятое — психические расстройства (7,5%), шестое — болезни нервной системы (6,1%). В структуре первичной инвалидности трудоспособного населения Архангельской области по группам преобладают лица, у которых определена II группа инвалидности (47,9%). Удельный вес инвалидов III группы составляет 43,1%, I группы — 9% [5].

Возможности участия инвалидов трудоспособного возраста в формировании общей структуры трудового потенциала региона представлены такими основными характеристиками, как уровень образования, опыт трудовой деятельности, а также особенностями мотивации продолжения трудовой деятельности людьми, имеющими инвалидность.

В различных отраслях промышленности и на транспорте в Архангельской области имеются существенные отличия в инвалидизации работающих. Так, например, на железнодорожном транспорте за последние годы уровень первичной инвалидности составил 31,0 на 10 000 работающих. Структура по группам инвалидности в 2008 г. выглядит следующим образом: I группа 4%, II группа 24%, III 72%. Ведущей причиной инвалидности на железнодорожном транспорте является сердечно-сосудистая патология (38,9%), далее следуют новообразования (27,8%) и травмы (16,7%).

С целью выявления основных медико-социальных проблем инвалидов трудоспособного возраста (мужчины в возрасте 16—60 лет, женщины в возрасте 16—55 лет) в Архангельской области в 2006 г. провели социально-гигиеническое исследование. Социологические характеристики получили методом индивидуального формализованного интервью. Выборку формировали случайным способом; число участников — 416 (241 мужчина и 175 женщин).

Результаты исследования показали, что среди всех инвалидов трудоспособного возраста в Архангельской области 20,2% имеют высшее образова-

ние, 66,4% — начальное или среднее профессиональное, 6,8% — среднее общее, 6,6% — начальное. Среди мужчин указанные характеристики уровня образования соответствуют 20,3, 62,8, 9,7, 7,2%, среди женщин — 20,1, 71,3, 2,9, 5,7% ( $\chi^2 = 8,36$ ;  $n' = 3$ ;  $p = 0,039$ ). Категория инвалидов I группы структурирована по данному признаку таким образом: 18,8, 71,9, 8,2, 1,1%; II группы — 23,1, 69,4, 1,7, 5,8%; III группы — 17,5, 67,3, 9,2, 6% ( $\chi^2 = 10,22$ ;  $n' = 6$ ;  $p = 0,116$ ).

Трудовой стаж имеют 91,3% инвалидов (90,8% мужчин и 91,9% женщин;  $\chi^2 = 0,15$ ;  $n' = 1$ ;  $p = 0,703$ ; 82,9% с I группой инвалидности, 91,8% со II, 91,7% с III группой;  $\chi^2 = 3,03$ ;  $n' = 2$ ;  $p = 0,220$ ). Средняя продолжительность трудового стажа инвалидов составляет  $22,1 \pm 0,54$  года ( $23,4 \pm 0,71$  года у мужчин и  $20,1 \pm 0,79$  года у женщин;  $t = 3,09$ ;  $p = 0,002$ ;  $20,6 \pm 1,62$  года у инвалидов I группы,  $23,9 \pm 0,95$  года у инвалидов II группы и  $20,9 \pm 0,71$  года у инвалидов III группы;  $F = 3,38$ ;  $n' = 2$ ;  $p = 0,035$ ).

Последней основной специальностью для 13,1% инвалидов, имевших в прошлом опыт трудовой деятельности, была специальность, соответствующая труду неквалифицированного рабочего, для 49,8% — квалифицированного рабочего, для 8% — служащего неспециализированного труда, для 16,9% — служащего специализированного труда в производственной сфере, для 11% — служащего специализированного труда в нематериальной сфере, для 0,8% — военнослужащего, оставшиеся 0,4% приходится на долю тех, кто занимался частной предпринимательской деятельностью. В процессе сравнения соответствующих данных по полу обнаружили существенные отличия: мужчины — 9,6, 61,8, 2,2, 17,6, 6,6, 1,5, 0,7%; женщины — 17,8, 33,7, 16,2, 15,5, 16,8% (две последние градации шкалы последней рабочей специальности в исследовании не встречались);  $\chi^2 = 33,51$ ;  $n' = 4$ ;  $p < 0,001$ . Состав респондентов по группам инвалидности, напротив, не имеет значимых отличий по данному признаку (также без учета двух последних позиций): I группа — 16,7, 50, 8,3, 23,9, 1,1%; II группа — 5,4, 51,2, 11,1, 16,7, 15,6%; III группа — 18,6, 54,6, 6,2, 11,3, 9,3%;  $\chi^2 = 11,43$ ;  $n' = 8$ ;  $p = 0,079$ .

Трудовую деятельность продолжают 34,1% инвалидов (34,7% мужчин и 33,1% женщин;  $\chi^2 = 0,11$ ;  $n' = 1$ ;  $p = 0,745$ ). Среди инвалидов II группы этот показатель составил 7,5%, а среди инвалидов III группы достиг только 49,1%. Примечательно, что в любом варианте представления выборочных данных — общих, при разделении выборки по полу или по группам инвалидности — распределение удельного веса позиций качественной характеристики настоящей рабочей специальности и названных выше применительно к последней рабочей специальности неработающих инвалидов в значительной степени совпадают. На содержательном уровне это означает, что уровень образования и основная специальность не являются фактором, объективно ограничивающим возможности трудовой деятельности человека при установлении инвалидности.

В комплексной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста важнейшей составляющей является трудоустройство с учетом состояния их здоровья. Вместе с тем только 40,9% инвалидов отметили, что пытались найти место работы. Для муж-

Динамика уровня смертности населения РФ Северо-Западного федерального округа и Архангельской области по основным классам болезней в 2006—2007 гг. (на 100 000)

Причина смертности	РФ		Северо-Западный федеральный округ		Архангельская область	
	2006 г.	2007 г.	2006 г.	2007 г.	2006 г.	2007 г.
В целом	1520,6	1463,9	1659,9	1561,9	1576,4	1475,0
В том числе:						
болезни системы кровообращения	864,8	834,0	948,3	892,0	902,6	845,4
несчастные случаи, отравления и травмы	198,5	182,5	214,7	193,3	238,5	212,5
новообразования	200,9	203,0	227,5	226,2	196,9	198,6
болезни органов дыхания	58,1	54,8	54,1	49,7	48,2	40,8
болезни органов пищеварения	62,8	61,7	73,0	71,6	57,7	57,2
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	25,1	24,2	26,6	25,1	18,0	16,8

чин и женщин характерной является практически равная частота таких ответов — 41,5 и 40,1% ( $\chi^2 = 0,07$ ;  $n' = 1$ ;  $p = 0,787$ ). Действительными с точки зрения статистики являются различия в положительных ответах респондентов, имеющих разную степень тяжести инвалидности, на вопрос о поиске места работы: среди инвалидов I группы такой факт подтвердили 18,2% опрошенных, II группы — 32,7%, III группы — 47% ( $\chi^2 = 13,02$ ;  $n' = 2$ ;  $p = 0,001$ ).

Следует также отметить, что в числе трех основных факторов, определяющих привлекательность для инвалидов трудовой деятельности (исключая материальную заинтересованность), два первых имеют психологическое содержание — возможность взаимоотношений в рабочем коллективе (34,5% всех ответов, 25,9% ответов мужчин, 42,6% ответов женщин) и склонность к данному виду труда (27,7, 32,8, 23% соответственно), и только третье место (20,2, 29,3, 11,5%) респонденты отводят благоприятным условиям труда.

В последнее десятилетие в литературе неоднократно освещались вопросы негативной динамики показателей общественного здоровья как в РФ в целом, так и на северных территориях.

Особого внимания заслуживает тот факт, что темп прироста общей смертности мужчин, проживающих в высоких широтах, превышает в 10,5 раза, а женщин почти в 30 раз среднероссийский уровень [1, 4].

В связи с этим необходимо отметить высокий уровень показателей смертности от болезней системы кровообращения, несчастных случаев, отравлений и травм, новообразований населения страны. Следует указать на то, что уровень смертности от несчастных случаев, отравлений и травм в Северо-Западном федеральном округе, в том числе в Архангельской области, превышает общероссийский в среднем в 1,1 и 1,2 раза соответственно

(табл. 2). В Архангельской области в последние годы продолжает сохраняться на втором ранговом месте смертность от внешних причин, что тем самым определяет значимость проблемы (в РФ на третьем).

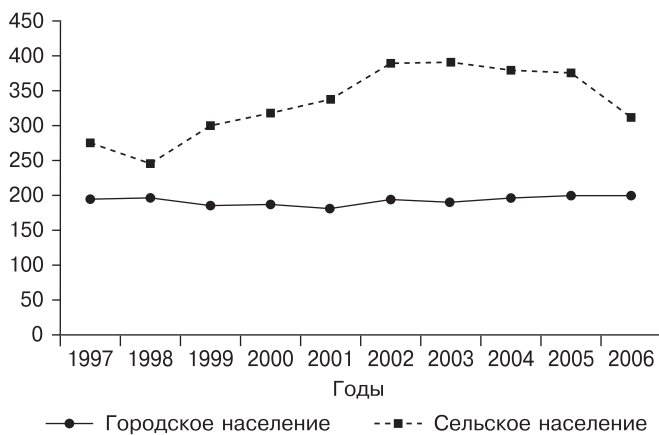
При анализе динамики смертности от несчастных случаев, отравлений и травм выявлены темповые изменения по ее причинам (табл. 3). Несмотря на то что в Архангельской области по сравнению с РФ отмечаются более высокие темпы снижения смертности от вышеуказанных причин, ее уровень еще высок. Важно обратить внимание на значительно более медленные темпы снижения смертности населения региона от такой причины, как самоубийство (в 2,6 раза), что вносит существенный вклад в снижение жизненного потенциала. В Архангельской области в 1989—1999 гг. было проведено социально-гигиеническое исследование суицидальных попыток и завершенных актов самоубийства (3877 наблюдений). Сведения были выкопированы методом сплошного наблюдения из официально установленных отказных дел прокуратур по факту самоубийств и попыток совершения самоубийства (Архангельск, Онежский и Приморский, районы), а также из архивных материалов Архангельского областного бюро судебно-медицинской экспертизы. Результаты исследования показали четкое преобладание мужских случаев суицидальной смерти над женскими — в 5,5—6,3 раза. При углубленном социально-гигиеническом исследовании суицидальных попыток определили, что практически по всем возрастным группам преобладают женщины, только в двух возрастных группах (25—29, 70 лет и старше) мужские суицидальные попытки превышают женские в 1,25 раза. Максимальное количество попыток самоубийств за все анализируемые годы приходится на подростковый (от 15 до 19 лет (20,2%)) и наиболее трудоспособный (от 30 до 39 лет (20,4%)) возраст. Вы-

Таблица 3

Уровень смертности населения РФ и Архангельской области от несчастных случаев, отравлений и травм с 2003 по 2007 г. (на 100 000)

Причина смертности	РФ			Архангельская область		
	2003 г.	2007 г.	темп %	2003 г.	2007 г.	темп %
Несчастные случаи, отравления и травмы	233,6	182,5	-21,9	311,3	212,5	-32,3
В том числе:						
случайные отравления алкоголем	31,4	17,7	-43,6	59,4	26,8	-54,9
все виды транспортных травм	30,3	27,5	-9,2	27,1	25,1	-7,4
самоубийство	36,1	29,1	-19,4	54,6	50,5	-7,5
убийство	29,1	17,9	-38,5	37,9	23,4	-38,3





Динамика смертности городского и сельского населения Архангельской области от несчастных случаев, отравлений и травм с 1997 по 2006 г. (на 100 000).

явлен комплекс системообразующих факторов, формирующих суицидальное поведение: космогеофизический, демографический, общественного здоровья, аутоагрессивный, социально-экономический и криминогенный.

При превышении смертности от всех причин в 1,4 раза среди сельского населения особого внимания заслуживает высокий уровень потерь от несчастных случаев, отравлений и травм — в 1,7 раза (см. рисунок).

Существенное влияние на динамику количественных характеристик трудового потенциала в Архангельской области и в целом на ситуацию со смертностью в регионе оказал ее уровень среди трудоспособного населения, значительно превышающий среднероссийский. Отмечаются высокие темпы роста смертности населения трудоспособного возраста Архангельской области у мужчин, что превышает соответствующий уровень РФ в 1,3 раза. Двумя пиковыми годами по данному показателю у мужчин являются 1994 (1476,2 на 100 000) и 2004 (1704,4 на 100 000), у женщин — 1994 (345,7 на 100 000) и 2003 (444,6 на 100 000). Если сравнить темп роста смертности населения трудоспособного возраста Архангельской области в 2005 г. по отношению к 1992 г., то у мужчин он выше в 1,7 раза, у женщин — в 1,9 раза.

Таким образом, результаты исследования показали, что исследуемые параметры общественного здоровья Архангельской области значительно отличаются от общероссийских. Проблемы трудоустройства инвалидов, помимо социально-гигиенических параметров (профессия, образование, стаж, привлекательность трудовой деятельности и т. д.), зависят от пола, группы и причины инвалидности. Климатогеографическими и социальными особенностями Европейского Севера России обусловлены специфические уровень и структура смертности населения. Особого внимания заслуживают высокий уровень смертности мужчин трудоспособного возраста, а также неблагоприятная динамика смертности от самоубийств и убийств по сравнению с таковой в РФ. Данное исследование является пилотным, требует более углубленного продолжения и в перспективе станет основанием для разработки стратегии медико-демографического развития региона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Головина С. М., Роговина А. Г. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2008. — № 4. — С. 3—5.
2. Гришина Л. П., Дымочка М. А., Василенко О. Ю., Люберицкая Л. П. // Мед.-соц. эксперт. и реабил. — 2008. — № 1. — С. 4—6.
3. Жилинский Е. В. // Главврач. — 2008. — № 11. — С. 104—112.
4. Кладов С. Ю. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2008. — 5. — С. 21—23.
5. Инвалидность и смертность — доминанты, снижающие жизненный потенциал и безопасность общества / Ситкин М. Н., Заросликова Л. А. и др.; под ред. А. Л. Санникова. — Архангельск, 2007.
6. Шенин О. П., Тишук Е. А. // Экономика здравоохран. — 2005. — № 3. — С. 5—8.

Поступила 7.09.09

© С. КАМРУЗЗАМАН, 2010  
УДК 614.2:312.2(470.331) «1996—2008»

С. Камруззаман

## АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ЛЕТАЛЬНОСТИ В БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ТВЕРИ

Тверская государственная медицинская академия

Камруззаман С. — канд. мед. наук, доц. каф. ([washim@mail.ru](mailto:washim@mail.ru)).

*В статье представлен анализ смертности населения Тверской области — типичной области Центрального федерального округа — за 1996—2008 гг., результаты которого, в частности, свидетельствуют о росте смертности по всем основным причинам, более высоком показателе на селе и росте потерь от преждевременной смертности населения. Представлены результаты экспертной оценки летальности в больничных учреждениях Твери, определены факторы, влияющие на формирование уровня госпитальной летальности от конкретных причин смерти. В частности, с помощью экспертного метода оценивали тактику проводимого лечения, причины, повлекшие смерть, и возможность предотвращения летального исхода. Полученные результаты могут найти широкое применение в органах и учреждениях здравоохранения при разработке целевых программ снижения госпитальной летальности, в том числе от конкретных причин смерти, в различных субъектах Российской Федерации с учетом территориальных особенностей ресурсного обеспечения и деятельности системы здравоохранения конкретного региона.*

Ключевые слова: смертность, летальность, экспертная оценка

## THE ANALYSIS OF POPULATION MORTALITY IN TVERSKAYA OBLAST AND THE RESULTS OF THE EXPERTISE OF HOSPITAL LETHALITY IN TVER HOSPITALS

*The article deals with the analysis of population mortality in Tverskaya oblast, a typical region of the Central Federal Okrug. The presented data reveals the increase of mortality related to all major causes in rural areas and the growth of losses due to population premature mortality. The results of the expertise of lethality in hospitals of Tver are presented. The factors impacting the level of hospital lethality conditioned by particular causes of death are determined. Particularly, the expertise technique was applied to assess the management of applied treatment, the causes led to death, the possibility to prevent the lethal outcome. The findings can be largely applied by the public health control boards and health institutions in various Russian Federation subjects in developing target programs to decrease hospital lethality (lethality induced by particular causes of death included) and taking into account territorial characteristics of resources supply and functioning of health care system of particular region.*

Key words: mortality, lethality, expertise

Здоровье населения является одним из важнейших показателей благополучия страны, а его охрана и укрепление — приоритетным направлением развития любого цивилизованного государства. Изменения, происходившие в стране в конце XX века в условиях политического и социально-экономического кризиса, способствовали социальному расслоению общества, ухудшению качества жизни и жизненного уровня значительной части населения страны, нарастанию социальной напряженности и другим негативным последствиям, что не могло не сказаться на показателях смертности населения.

Сложившаяся ситуация обуславливает необходимость поиска оптимальных управленческих и организационных решений со стороны государства и его социальных институтов в плане принятия экстренных мер по проведению эффективной демографической политики, в том числе по снижению смертности населения [1, 2].

Учитывая дифференциацию коэффициентов смертности в различных субъектах Российской Федерации, что во многом определяется возрастно-половым составом населения, различиями в качестве оказания медицинской помощи, организации системы оказания медицинской помощи населению на конкретной территории, внедрения в деятельность ЛПУ высоких технологий и др., представляется целесообразным основное внимание сконцентрировать на решении проблем каждого региона.

В Тверской области, типичной области Центрального федерального округа (ЦФО), на протяжении уже нескольких десятков лет наблюдается сложная демографическая ситуация, являющаяся следствием низкой рождаемости и сверхсмертности населения.

В 2008 г. общий коэффициент смертности в области составил 20,5 на 1000 населения, что на 43% выше, чем в среднем по России, и на 31% больше, чем в среднем по ЦФО.

Стандартизованный коэффициент смертности в области, т. е. "очищенный" от влияния возрастной структуры населения, составил в 2008 г. 17,1 на 1000 населения и вырос по сравнению с аналогичным показателем 1996 г. на 8%.

Следует отметить, что показатель смертности сельских жителей в Тверской области в 2008 г. был на 47% выше показателя смертности горожан. В то же время в городских поселениях за 10 лет рост смертности населения происходил более быстрыми темпами, чем на селе, составив 17 и 13% соответственно.

Проведенный нами анализ структуры причин смерти населения области показал, что основными из них являются болезни системы кровообращения (63%), несчастные случаи, отравления и травмы (14%), новообразования (11%).

Среди регионов ЦФО Тверская область занимает первое место по показателям смертности населения от болезней системы кровообращения и от несчастных случаев, отравлений и травм. Показатели смертности от этих двух причин превышают аналогичные показатели по России на 58 и 51%, по ЦФО — на 37 и 68% соответственно.

По показателям смертности от болезней органов пищеварения Тверская область занимает в ЦФО второе место, от инфекционных и паразитарных заболеваний — третье, от новообразований — шестое.

По сравнению с 1996 г. рост смертности в области зафиксирован почти по всем основным классам причин смерти (см. рисунок). Особенно выросли показатели смертности от болезней органов пищеварения — в 2,3 раза, инфекционных и паразитарных болезней — в 1,8 раза, болезней, связанных с употреблением алкоголя (алкогольная болезнь печени, хронический алкоголизм, алкогольные психозы, случайные отравления алкоголем) — в 0,7 раза.

Выявленные тенденции, в частности рост показателя смертности от болезней органов пищеварения, требуют проведения специальных научных исследований по выявлению факторов, способствующих такому росту, и разработке специальных мероприятий, направленных на снижение предотвратимых причин смерти от данной патологии.

Стабильно более неблагоприятная ситуация со смертностью складывается на селе. Более трети (34%) всех умерших в 2008 г. составили жители сельской местности области. На протяжении длительного периода времени коэффициент смертности на селе был более чем на 42% выше, чем в городе (в 2008 г. на 47%), что можно объяснить не только разницей в возрастной структуре сельского населения по сравнению с городским (преобладание лиц старших возрастов на селе), но и более низким уровнем материального достатка и качества жизни, доступности медицинской помощи, менее развитой инфраструктурой в сельской местности (торговля, коммунальное хозяйство и др.).

В ходе исследования было выявлено, что в течение последнего 10-летия изменилась возрастная структура умерших. При сокращении доли умерших в детском, подростковом и преклонном возрасте увеличился удельный вес умерших в осталь-

ных возрастах. С 1996 по 2008 г. смертность населения в возрасте 20—29 лет выросла на 37%, 30—39 лет на 35%, 40—49 лет на 23%, 50—59 на 12%, 70—79 на 11%, 60—69 на 8%. Вместе с тем произошло снижение смертности на 16% в возрасте 1—14 и 15—19 лет, на 11% в возрасте 80 лет и старше.

Следует отметить, что во многом высокий уровень смертности определялся избыточной смертностью населения в трудоспособном возрасте. Население, прежде всего его трудоспособная часть, является важнейшим компонентом производительных сил, создающих национальное богатство. На территории Тверской области наблюдалось особенно значительное снижение численности лиц в возрасте наивысшей трудовой активности — 30—39 лет. Так, на начало 2008 г. эта возрастная группа уменьшилась на 85 тыс. человек (32%) по сравнению с началом 1990 г., что явилось результатом спада рождаемости в конце 60-х — начале 70-х годов прошлого столетия.

Следует учитывать, что потери от преждевременной смертности населения относятся к числу наиболее существенных и имеют, помимо гуманитарного, и чисто экономический аспект [3].

В частности, установлено, что экономические потери от преждевременной смертности населения Тверской области от всех заболеваний в 2007 г. составили 34 409,9 млн руб., а от болезней органов пищеварения — 2010,0 млн руб.

Информация об экономическом ущербе в связи с потерями от преждевременной смертности населения может быть использована для расчетов объемов инвестиций в здравоохранение и планирования мероприятий, направленных на повышение уровня общественного здоровья.

Основными причинами смерти трудоспособного населения являются внешние причины, смертность от которых с 1996 по 2008 г. выросла на 7% (в городских поселениях сократилась на 4%, в сельской местности выросла на 31%).

На основании выявленных основных закономерностей и особенностей показателей смертности населения Тверской области за 10-летний период проведен анализ летальности в больничных учреждениях Твери в 2007 г.

Для этого в основе методических подходов по изучению предотвратимости причин смерти использовали метод экспертных оценок, с помощью которого, в частности при изучении факторов, влияющих на преждевременную смертность, оценивали тактику проводимого лечения, причины, повлекшие смерть, и возможность предотвращения летального исхода.

Для сбора информации о лечебно-диагностической помощи, сроках ее оказания, маршрутах движения пациентов и др. была разработана специальная "Карта экспертной оценки случая смерти".

Важную роль в решении вопроса определения приоритетности причин предотвратимости смерти в каждом конкретном случае отводили квалифицированным экспертам, имеющим специальную подготовку, знания и опыт по оказанию медицинской помощи при той или иной патологии.

На экспертизу были представлены 968 медицинских карт стационарных больных (МКСБ), умерших в больничных учреждениях Твери в 2007 г.

Выбранные в качестве базы исследования ЛПУ являются типичными многопрофильными стацио-

нарами и оказывают медицинскую помощь больным на территории Твери и Тверской области, выполняют скорпомощные функции по целому ряду видов медицинской деятельности, активно сотрудничают с кафедрами Тверской государственной медицинской академии.

При экспертной работе с медицинской документацией в ЛПУ выявлено, что самым распространенным дефектом было нарушение требований по ведению медицинской документации: невозможно выявить фамилию лечащего врача и заведующего отделением; записи врачей нечитабельны, анамнез и протокол первичного осмотра неполные, отсутствует описание симптомов заболевания и их интерпретация. До сих пор в больницах не уделяют должного внимания оформлению информированного согласия больного на медицинское вмешательство. Все указанные недостатки значительно затрудняли работу с историями болезни.

Анализ медицинской документации показал, что в значительной мере госпитальная летальность формировалась за счет болезней системы кровообращения, на долю которых приходилось 31,6% причин смерти. Второе ранговое место среди причин смерти в ЛПУ занимали болезни органов пищеварения. Необходимо отметить высокий удельный вес несчастных случаев, травм и отравлений в структуре причин смерти (пятая часть от всех случаев).

Следует обратить внимание, что для болезней системы кровообращения, органов дыхания и органов пищеварения характерна высокая степень сочетанности патологических состояний, приходящихся на один случай смерти.

Возникшие в связи с этим проблемы были выявлены экспертами при работе с медицинской документацией в стационарах: формулировки диагноза не соответствовали современной классификации, в заключительный диагноз не включали сопутствующие заболевания. В ряде случаев при заполнении МКСБ, врачебных свидетельств о смерти имела место недопустимая путаница в формулировке основной причины смерти, сопутствующих заболеваний, осложнений, клинического диагноза.

Результаты экспертизы показали расхождение диагнозов осложнений, установленных клиническим и патолого-анатомическим путем — 12,1%, удельный вес расхождения диагнозов сопутствующих заболеваний составил 4,7%.

Кроме того, в 3,1% случаев в ЛПУ имело место полное расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов. Можно сказать, что смерть данных больных была обусловлена врачебной диагностической ошибкой.

Бесспорно, большое значение в обследовании больных имеет тщательно собранный анамнез, жалобы, их оценка. Не менее важны объективный осмотр, физикальное обследование больного. Скучно изложенные жалобы больных, неинформативный анамнез, кратко изложенные данные объективного исследования влекут за собой дефекты диагностики и, как следствие, летальный исход.

Так, по заключению экспертов, среди причин необоснованности постановки диагноза выделялся неполный объем исследований (31,9 на 100 проэкспертированных карт). Нередко кратковременность наблюдения больного (15,9 на 100 проэкспертиро-

ванных карт) являлась причиной необоснованности диагноза. Поздняя обращаемость за медицинской помощью, когда больных доставляли в стационар спустя 2—14 сут от начала заболевания в крайне тяжелом и агональном состоянии, стала еще одной причиной неправильной постановки диагноза (9,1 па 100 проэкспертированных карт).

У 38,1% пациентов, чье лечение закончилось летальным исходом, имело место оперативное вмешательство. Несмотря на то что в подавляющем большинстве (73,3%) случаев оперативная тактика была своевременной и адекватной, экспертиза позволила выявить некоторые технические и тактические ошибки, возникшие при выполнении хирургических вмешательств. Несвоевременная, хотя и адекватная оперативная тактика, отмечена в около 1/5 случаев.

В то же время в группе больных с острой хирургической патологией, поступивших в стационары в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, вследствие несвоевременной диагностики произошла задержка с оперативным вмешательством. При развившейся ургентной хирургической патологии своевременное и полное обследование является обязательным условием правильной диагностики и врачебной тактики. Особенно это актуально в случае смерти от несчастных случаев, травм и отравлений, которые, как было указано выше, занимали значительную долю в госпитальной летальности.

Важным обстоятельством, влияющим на установление причины смерти, является наличие наркотического и алкогольного опьянения. Результаты проведенной экспертной оценки медицинской документации показали, что в крови у 9,3% умерших больных обнаружена та или иная степень концентрации этанола. Нередко алкоголь в качестве сопутствующего состояния в силу чрезмерно высокой его концентрации в крови может стать определяющим фактором в патогенезе смертельного исхода как первоначальная и непосредственная причина смерти. Однако отравление алкоголем в качестве основной причины смерти фигурировало в 4,4% случаев. Можно предположить, что в отдельных случаях имела место маскировка истинной причины смерти.

В базовых стационарах проводили патолого-анатомическое вскрытие большинства (70,2%) трупов умерших. При этом в ряде случаев трупы умерших выдавали родственникам по настойчивой просьбе, т. е. по заявлению с разрешения главного врача или заместителя главного врача. Однако нередко в МКСБ не было данных о вскрытии и заявлении от родственников. Как правило, это касалось возрастной группы 60 лет и старше.

Из проверенных МКСБ, по заключению экспертов, смерть пациентов можно было предотвратить в 6,1% случаев. В большинстве случаев смерть была непредотвратима в связи с тяжестью основного процесса и быстротой нарастания полиорганной недостаточности, особенно среди пациентов старше 60 лет (более половины в возрастной структуре умерших). Кроме того, в выбранных для исследования стационарах большую долю (20,5%) составили пациенты с травмами и отравлениями, несовместимыми с жизнью.

Экспертами были детально проанализированы причины, повлекшие предотвратимый случай смерти. Ведущее ранговое место среди них занима-

ла ошибочность постановки диагноза — 60 случаев на 100 проэкспертированных карт. В случае предотвратимой смерти важную роль играют своевременность постановки диагноза при угрожающих жизни состояниях и дефекты лечебной тактики (в основном несвоевременность). Данные причины составили более половины случаев на 100 проэкспертированных карт в стационарах. Безответственное отношение пациентов к собственному здоровью, а именно невыполнение врачебных назначений, также явилось причиной летального исхода — 25,6 случая на 100 проэкспертированных карт.

Таким образом, при оценке МКСБ стационаров Твери выявлены:

— дефекты по ведению медицинской документации: неполно отражается анамнез, отсутствуют ежедневные записи в медицинских картах тяжелых больных;

— дефекты в обследовании и диагностике: не проводятся в полном объеме обследования больных с использованием инструментальных методов диагностики (УЗИ, рентгенография, эндоскопические методы), формулировка диагноза не всегда соответствует современной классификации;

— дефекты лечения: назначается неадекватная терапия, в том числе лекарственные средства без показаний и противопоказанные больным;

— дефекты в тактике и технике оперативного вмешательства: несвоевременность, неадекватность;

— дефекты в организации лечебно-диагностического процесса: не всегда прослеживается участие заведующих отделениями и заместителей главного врача по лечебной части в курации тяжелых больных, отсутствует систематическая организация и проведение консилиумов и других форм консультативной работы в отделениях, а также клинко-анатомических конференций с обсуждением случаев летальных исходов.

На основании результатов проведенной экспертизы в целях повышения качества оказания медицинской помощи больным и, как следствие, снижения госпитальной летальности был разработан ряд предложений, среди которых особое место занимают проведение контроля за ведением медицинской документации, своевременностью и полнотой обследования больных, поступивших в отделения в неотложном порядке; организация консилиумов и других форм консультативной работы в отделениях; проведение клинко-анатомических конференций с обсуждением случаев летальных исходов, врачебных, диагностических и тактических ошибок и анализом случаев расхождения клинических и патолого-анатомических диагнозов и др.

По нашему мнению, опираясь на результаты экспертной оценки, особое внимание следует уделить смертности от болезней органов пищеварения, так как, во-первых, смертность пациентов от болезней органов пищеварения является в большинстве случаев предотвратимой при условии своевременности и адекватности оказания медицинской помощи. Во-вторых, данный класс заболеваний занимает второе ранговое место среди причин смерти (в стационаре) и четвертое место в общей структуре смертности населения Тверской области. В-третьих, болезни органов пищеварения характеризуются высокой степенью сочетанности

патологических состояний, приходящихся на один случай смерти. В связи с этим представляется ценным детальным анализ возникающих дефектов в оказании медицинской помощи на различных этапах ведения таких больных и степени их влияния на вероятность развития летального исхода.

Полученные в ходе экспертной оценки результаты могут послужить основой при разработке концептуальных подходов к формированию целевых программ снижения смертности населения, в том числе от конкретных причин смерти в различных субъектах Российской Федерации с учетом территориальных особенностей состояния системы здравоохранения конкретного региона.

Наши расчеты свидетельствуют о том, что прогностическая оценка возможного экономического эффекта от реализации целевой программы по снижению смертности населения позволяет говорить о возможном экономическом эффекте, составляющем 5161,5 млн руб., в том числе о предотвращении ущерба от преждевременной смертности

от болезней органов пищеварения на сумму около 301,5 млн руб.

В целом полученные результаты могут найти широкое применение в органах и учреждениях здравоохранения для целенаправленного и дифференцированного планирования и проведения работы по снижению предотвратимой смертности населения на конкретной территории.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Красенков В. Л. Динамика и прогнозы медико-демографических процессов в Центральном Нечерноземье (на модели Тверской области): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1993.
2. Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения / Под науч. ред. Ю. В. Михайловой, А. Е. Ивановой. — М., 2006.
3. Хальфин Р. А. Медико-демографический анализ смертности населения и его использование для определения приоритетов развития здравоохранения региона: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1995.

Поступила 08.06.09

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2010

УДК 614.2:618.17-008.8-06-07

Л. В. Ткаченко, О. В. Курушина, М. С. Атагаджиева

### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Волгоградский государственный медицинский университет

**Ткаченко Л. В.** — д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии (8442-38-53-25),  
**Курушина О. В.** — канд. мед. наук, ассистент каф. нервных болезней (8442-40-81-40),  
**Атагаджиева М. С.** — аспирант каф. философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины (nns@volgograd.ru)

*Предменструальный синдром (ПМС) ведет к повышению напряженности и тревожности, конфликтности, снижению трудоспособности и в итоге социальной дезадаптации женщин, что говорит о необходимости его медикализации, но только в зависимости от индивидуальных показателей качества жизни. Асоциальной данная дезадаптация не является.*

Ключевые слова: предменструальный синдром, качество жизни, медикализация

*Tkachenko L.V., Kurushina O.V., Atagadjieva M.S.,*

#### THE QUALITY OF LIFE IN WOMEN SUFFERING FROM PREMENSTRUAL SYNDROME

*The premenstrual syndrome in women increases tension, anxiety and proneness to conflict, decreases working capacity and ultimately leads to social maladjustment. The study results revealed the necessity of syndrome medicalization primarily depending on personal indicators quality of life. This kind of social maladjustment is not asocial one.*

Key words: premenstrual syndrome, quality of life, medicalization

Хорошо известно о том, что многие в целом здоровые женщины считают себя больными из-за неприятных ощущений во время менструального цикла. Можно утверждать, что эти ощущения действительно неприятные; другой вопрос, являются ли они аномальными и преобладающими [4]. Медицинское вмешательство — назначение гормональной или какой-либо другой медикаментозной терапии — требуется, если необходимо усилить работу по психологической поддержке, полноценному питанию, социальной поддержке и получить меньшее количество побочных эффектов.

Печально известна связь между предменструальным синдромом (ПМС) и преступлениями, самоубийствами и другими деструктивными действиями, эта связь может быть обусловлена эмоциональным напряжением, которое вызывает измене-

ния и в менструальном цикле, и в патологии поведения. Т. Buckley и А. Gottlieb обнаружили, что женщины, сдающие важные экзамены, подобно предменструальным или менструирующим, также совершают преступления [1].

В связи с вопросом, мог ли бы ПМС использоваться как смягчающее обстоятельство в суде при разборе убийств, на этот синдром обратили внимание в 1981 г. [3]. Такая же дискуссия, делать ли ПМС официальным диагнозом в пересмотренном третьем издании американского диагностического и статистического руководства умственных нарушений, проходила в конце 1980-х, что задержало его публикацию на 2 года [4]. Комитет феминисток-женщин американской психиатрической ассоциации привлекал профессиональные и непрофессиональные женские группы, для того чтобы



Распределение жалоб у женщин с предменструальным циклом по группам симптомов.

предотвратить легитимность диагноза, который относился к ним и клеймил всех менструирующих женщин как потенциально "сумасшедших". Они настаивали на том, что даже осторожное определение, которое подчеркнуло серьезность и взаимодействие психологических реакций на сугубо физиологическое явление, может быть неверно интерпретировано как регулярное непостоянство и алогичность поведения [5]. Однако без официального диагноза третье лицо — страховые общества не станут оплачивать лечение ПМС как первичное психиатрическое нарушение.

Является ли ПМС опасным в социальном плане, и насколько он нуждается в медикализации? Полагаем, что эти вопросы могут быть решены при изучении показателей качества жизни у женщин с ПМС.

Проявления ПМС, распространенность жалоб среди пациенток с ПМС и здоровых женщин изучали с помощью модифицированной нами шкалы Куппермана. Исследование, проведенное в январе—феврале 2009 г. у пациенток (104 вошли в основную группу и 128 в контрольную) женских консультаций Волгограда, было разрешено региональным независимым этическим комитетом.

При анализе жалоб пациенток с ПМС выявили преобладание болевых синдромов и психовегетативных нарушений. Анализ проводили в динамике менструального цикла как в первую фазу, так и во вторую. Как следует из полученных данных, у женщин, страдающих ПМС, ведущее место среди жалоб занимают симптомы, относящиеся к нарушениям вегетативного обеспечения деятельности, алгические проявления и эмоциональная лабильность (см. рисунок).

У женщин контрольной группы жалобы присутствуют в минимальных количествах, причем они не изменяются в динамике менструального цикла. Характерным для женщин основной группы является присутствие болевых и психовегетативных жалоб и в первой половине менструального цикла. Однако они резко нарастают по выраженности во вторую половину цикла. Таким образом, симптомы, беспокоящие женщин основной группы во вторую половину менструального цикла, присутствовали у них и в начале цикла, но в меньшем объеме и с меньшей интенсивностью.

Степень тяжести ПМС определяли также на основании модифицированной шкалы Куппермана. У 68 (70,8%) женщин диагностировали легкую форму ПМС, у 28 (29,2%) — тяжелую. У 3 пациен-

ток с ПМС выявили кризовую форму ПМС.

Из 96 больных основной группы нормостенический тип конституции отметили у 65,6%, гиперстенический — у 10,4%, астенический — у 24%. Эти показатели достоверно не отличались от таковых в контрольной группе (67,9, 9, 23,1% соответственно).

У 27 (28,12%) женщин с ПМС определили черты дизрафического статуса (прирост мочек ушей, высокое небо, короткая шея, низкий рост волос, шейные ребра, spina bifida и т. д.). В среднем у 1 пациентки насчитывалось  $3,3 \pm 1,2$  стигмы. Среди здоровых женщин стигматизация отмечалась у 4 (5,1%). Причем среднее количество стигм составило  $2,2 \pm 0,8$ . Таким образом, пациентки основной группы достоверно отличались от здоровых женщин по количеству дизрафических проявлений.

При исследовании неврологического статуса не выявили значительных различий между женщинами основной и контрольной групп. Признаки повышенной нервно-мышечной возбудимости (тремор век, положительный симптом Хвостека I—II степени, крампи) наблюдались у 33 (34,38%) пациенток. В группе контроля эти симптомы отметили только у 2 (2,56%). Таким образом, у больных с ПМС уровень нервно-мышечной возбудимости с высокой степенью достоверности отличался от такового у здоровых женщин. При пальпаторном исследовании мышечной системы выявили напряжение I—II степени в мышцах шеи и плечевого пояса у 49 (51,04%) пациенток с ПМС и 12 (15,38%) здоровых женщин.

При рентгенологическом исследовании умеренно-выраженные признаки внутричерепной гипертензии обнаружили у 22 (22,9%) пациенток в основной группе и 17 (21,8%) в контрольной. Костно-травматических изменений у женщин обеих групп не зафиксировали.

При изучении электрической активности мозга у 59 (61,45%) пациенток основной группы на ЭЭГ выявили изменения, свидетельствующие о дисфункции диэнцефальных структур. Это выражалось в уплощении или отсутствии  $\alpha$ -ритма, нарушении его пространственного распределения. Амплитуда  $\alpha$ -ритма в среднем составила 21,4 мкВ, причем во второй фазе менструального цикла у женщин с ПМС возрастала амплитуда  $\alpha$ -ритма на 10—15%, что свидетельствовало об изменении продолжительности ингибиторных потенциалов в гипоталамо-таламо-кортикальных замкнутых кругах. Диапазон реакции на ритмическую фотостимуляцию, являющейся непрямым индикатором адренергической активности, суживается и сдвигается в сторону более низких частот, ее индекс не превышает 37%. В контрольной группе уплощение  $\alpha$ -ритма и измененная реакция на фотостимуляцию встречались лишь у 11 (14%) женщин.

Таким образом, выявленные изменения ЭЭГ у пациенток основной группы показывают, что интенсивные нейроэндокринные сдвиги в репродуктивной системе при данной патологии вызывают функциональное напряжение различных систем организма и сокращают диапазон адаптивных реакций.

Базисные черты личности исследовали с помощью опросника PEN (Айзенк Г., Айзенк С.). Результаты представлены в табл. 1. Результаты иссле-

Исследование профиля личности у женщин основной и контрольной групп

Шкала	Основная группа		Контроль	
	абс.	%	абс.	%
Экстраверсия — интроверсия:				
высокие оценки	6	6,25	51	65,38
средние оценки	49	51,04	22	28,20
низкие оценки	41	42,70	5	6,42
Психотизм:				
высокие оценки	19	19,79	—	—
средние оценки	25	26,04	3	3,85
низкие оценки	52	54,17	75	96,15
Нейротизм:				
высокие оценки	53	55,21	—	—
средние оценки	43	44,79	22	28,20
низкие оценки	—	—	56	71,80
Искренность:				
высокие оценки	12	12,50	2	2,56
низкие оценки	84	87,50	76	97,44

дования позволили сделать вывод о том, что личностный профиль женщин, страдающих ПМС, отличается от такового у здоровых. Так, в основной группе интровертированные личности составили 42,7%, а в контрольной — только 6,42%. Высокий уровень психотизма, т. е. конфликтность, социальная дезадаптация, характерен для 19,79% пациенток с ПМС, в то время как у здоровых женщин этого не отмечено. Высокие оценки по шкале нейротизма, т. е. напряженность, тревожность, недовольство собой, зафиксированы более чем у половины (55,21%) женщин основной группы. В контрольной группе преобладал низкий уровень нейротизма (71,8%). Также обращает внимание тот факт, что большее количество женщин основной группы имели высокие оценки по шкале искренности (12,5%). Это позволяет предположить, что пациентки старались продемонстрировать себя в более благоприятном ракурсе. Возможно, что такая ситуация отражает дисбаланс между истинным складом личности и ее проявлениями, внутренний конфликт желаемого и действительного, подчеркивает высокую тревожность женщин и их недовольство собой.

Некоторые исследователи утверждают, что нарушение секреции серотонина, наблюдающееся при ПМС, вызывает такие аффективные изменения, как депрессия, тревога, раздражительность и агрессивность. Поэтому можно говорить о существовании взаимозависимости нейроэндокринных нарушений и психоэмоционального состояния пациенток при возникновении дисфункции гипоталамо-гипофизарной системы. Результаты исследо-

Таблица 2

Распределение женщин в основной и контрольной группах в зависимости от уровня депрессии

Уровень депрессии	Основная группа		Контроль	
	абс.	%	абс.	%
Норма	—	—	60	76,92
Мягкий	8	8,33	13	16,67
Умеренный	28	29,17	5	6,41
Сильный	49	51,04	—	—
Максимальный	11	11,46	—	—

Уровень реактивной личностной тревожности у женщин в основной и контрольной группах

Тревожность	Основная группа	Контроль
Личностная	39,8 ± 2,1	35,8 ± 1,2
Реактивная	49 ± 1,5	39,6 ± 2,1

вания уровня депрессии и тревоги у женщин с ПМС подтверждают данное положение. Выраженность депрессии по шкале Бека у здоровых женщин и пациенток с ПМС отражена в табл. 2.

Как следует из полученных данных, в основной группе отсутствовали пациентки с нормальным уровнем депрессии. Преобладающее большинство составили женщины с клинически выраженным уровнем депрессивных расстройств: умеренной и сильной степени выраженности (80,2%). С учетом того, что при показателе выше 20 баллов рекомендовано назначение антидепрессантов, число пациенток, нуждающихся в медикаментозном лечении депрессии, было велико. В контрольной группе у 76,9% женщин уровень депрессии не выходил за пределы нормы, а у 23,1% он находился в пределах мягких и умеренных проявлений и не требовал медикаментозной коррекции. Уровень реактивной тревожности у пациенток, страдающих ПМС, существенно отличался от такового у здоровых женщин, в то время как личностная тревожность в обеих группах соответствовала умеренному уровню. Результаты исследования этого показателя по тесту Спилбергера отражены в табл. 3.

Следовательно, у женщин основной группы уровень реактивной тревожности был достоверно выше, чем у здоровых. В то же время показатели личностной тревожности в обеих группах соответствовали среднему уровню и достоверно не различались. Таким образом, личностные особенности пациенток с ПМС и здоровых женщин были сходными, отличия проявлялись в их реакциях на текущую актуальную ситуацию.

Среди пациенток основной группы невротические нарушения выявлены у 87,12%. Подавляющее большинство (71 женщина) страдали неврозами, а у 3 был поставлен диагноз невротического развития личности. При постановке диагноза учитывали не только длительность невротических нарушений (более двух лет), но и прогрессивность их течения. При этом прогрессирование невротических расстройств проявлялось постепенным углублением и усугублением симптоматики невроза, ослаблением психологически понятных связей психогенных нарушений с травмирующей ситуацией, возникновением стойких расстройств настроения и патохарактерологических сдвигов. Для больных с указанной патологией характерны не-

Таблица 4

Характер ведущих невротических синдромов у женщин, страдающих ПМС

Ведущий синдром	Основная группа	
	абс.	%
Астенический	16	19,0
Обсессивно-фобический	3	3,6
Депрессивный	59	70,2
Истерический	6	7,2

Таблица 5

## Качество жизни женщин, страдающих ПМС

Исследованный параметр	Показатель
Физическая активность	50,2 ± 1,3
Оценка текущей жизненной ситуации	45,3 ± 2,5
Самооценка	55,5 ± 1,8
Тревога, связанная с болевыми проблемами	75,3 ± 3,3
Оценка будущего	46,8 ± 3,1
Настроение	61,8 ± 4,5
Отношение с супругом	38,3 ± 1,6
Социальные контакты	63,1 ± 2,8
Среднее количество часов за ночь	6,9 ± 1,3
Трудности засыпания (% больных)	70,8
Сон со сновторными (% больных)	15,6
Пробуждение из-за боли (% больных)	32,3
Ограничение активности из-за боли (% больных)	53,1
Суммарная оценка, %	48,4 ± 2,7

способность формировать межличностные отношения, пассивность, ограничение интересов, пониженное или неустойчивое настроение. Результаты анализа структуры невротических нарушений в зависимости от ведущих синдромов представлены в табл. 4. В контрольной группе только у 2 (2,6%) женщин диагностировали астенический невроз.

Таким образом, у женщин, страдающих ПМС, достоверно чаще выявляются невротические нарушения разной степени выраженности. Независимо от преобладающего синдрома эти пациентки отличались сниженным фоном настроения, пессимистической оценкой текущей жизненной ситуации, изменениями прежних интересов к работе, учебе, семье.

Исследование с помощью теста качества жизни проводили только у больных, так как вопросы в нем специфичны и направлены на выявление негативного влияния заболевания. Результаты тестирования представлены в табл. 5.

Полученные данные позволяют сделать вывод о

том, что болевые проявления при ПМС снижают качество жизни больных, негативно влияя не только на физическую активность, способность к деятельности, настроение, самооценку, оценку будущего, но и на всю систему социальных взаимоотношений (контакты с супругом, родственниками, друзьями, коллегами). Следовательно, наличие этой патологии ведет к повышению напряженности и тревожности, конфликтности, снижению трудоспособности и в итоге к социальной дезадаптации женщин, что говорит о необходимости медикализации ПМС, но только в зависимости от индивидуальных показателей качества жизни. Ассоциальной такой дезадаптация не является.

В то время как лечение предменструальных физиологических и психологических синдромов приносит облегчение женщинам, страдающим от них, они сопровождают женщину на протяжении всей жизни. Снижая качество жизни, эти синдромы снижают и социальный статус женщины, но ставит под сомнение в связи с этим ее профессионализм, способность занимать руководящие позиции, мягко говоря, некорректно. Поэтому мы считаем справедливой критику биомедицинской модели менструации, которая сосредоточена на отрицательном отношении к зависимому статусу женщин, а также критику рисков и побочных эффектов длительной терапии антидепрессантами, когда отсутствие социальных средств помощи провоцирует расширение медикализации ПМС.

## ЛИТЕРАТУРА

4. Laws S., Hey V., Egan A. Seeing Red: The Politics of Premenstrual Tension. — London, 1985.
1. Buckley T., Gottlieb A. // Blood Magic: The Anthropology of Menstruation / Eds T. Buckley, A. Gottlieb. — Berkeley, 1988. — P. 18—23.
3. Harrison M. A Woman in Residence. — New York, 1983.
2. Figert A. E. // Soc. Probl. — 1995. — Vol. 42. — P. 8—11.
5. Ruzek S. B. The Women's Health Movement Feminist Alternatives to Medical Control. — New York, 1998.

Поступила 15.09.09

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2010

УДК 614.2:618-06:616.155.194.8]-02

П. Е. Чесноков<sup>1</sup>, Г. Я. Клименко<sup>1</sup>, В. П. Косолапов<sup>1</sup>, С. А. Пятаева<sup>2</sup>

### МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

<sup>1</sup>Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко; <sup>2</sup>Воронежская областная клиническая больница № 1

**Чесноков П. Е.** — д-р мед. наук, проф., зав. каф. (37-15-13); **Клименко Г. Я.** — д-р мед. наук, проф. каф. (59-89-91); **Косолапов В. П.** — канд. мед. наук, ассистент каф. (37-15-13); **Пятаева С. А.** — канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог (8-910-248-66-04)

*Представлены результаты исследования медико-социальных факторов риска развития железодефицитной анемии у беременных, учитывающего данные анамнеза, особенности течения беременности, родов и послеродового периода, показатели лабораторных и инструментальных методов исследования в динамике. Проведен анализ значимости факторов риска с использованием результатов сравнения характеристик основной и контрольной групп по t-критерию Стьюдента. Выявлены наиболее значимые факторы риска, которые должны учитываться при прогнозировании анемии и выборе соответствующих превентивных лечебно-профилактических мероприятий при первом обращении беременной в женскую консультацию.*

Ключевые слова: железодефицитная анемия, медико-социальное исследование, фактор риска



## THE MEDICAL SOCIAL RISK FACTORS OF DEVELOPING THE IRON-DEFICIENCY ANEMIA IN PREGNANT WOMEN

*The results of study of medical social risk factors of developing the iron-deficiency anemia in pregnant women are presented. The medical case history data, the characteristics of pregnancy, delivery and puerperal period course, the indicators of laboratory and instrumental findings are discussed in their dynamics. The analysis of significance of risk factors is carried out, the results of comparing of parameters of basic and control groups according Student's test were used. The most significant risk factors were revealed. They are to be taking into account in forecasting anemia and in choosing the corresponding preventive and curative measures at the first visit of pregnant woman to the maternity clinic.*

**Key words:** iron-deficiency anemia, medical social study, risk factor

Среди заболеваний, осложняющих течение беременности, железодефицитная анемия (ЖДА) занимает лидирующее место. Согласно данным ВОЗ, частота ЖДА беременных составляет 80% (если за критерий ЖДА принимать уровень гемоглобина в крови) или 90% (если судить по уровню железа в сыворотке крови). В РФ ЖДА беременных диагностируется в среднем у 42% беременных, составляя от 20% в Москве до 80% в регионах с низким уровнем жизни. В развивающихся странах ЖДА встречается в 35—75% случаев, а в развитых — составляет 18—20%. Она сопровождается многочисленными осложнениями течения беременности, родов и послеродового периода, а также неблагоприятно отражается на состоянии здоровья новорожденного [3].

Целью настоящего исследования являлось выявление наиболее значимых прогностических критериев развития ЖДА у беременных на основе анализа медико-социальных факторов риска.

Исследование проводилось на базе ГУЗ ВОКБ № 1 Воронежа в послеродовых отделениях: акушерском физиологическом и акушерском наблюдательном в течение 2005—2007 гг.

Для исследования медико-социальных факторов риска развития ЖДА у беременных была разработана индивидуальная карта обследования беременных, охватившая 123 медико-социальные характеристики, позволившие учитывать данные анамнеза, особенности течения беременности, родов и послеродового периода, показатели лабораторных и инструментальных методов исследования в динамике [2].

Социально-гигиеническая характеристика рожениц, отраженная в индивидуальной карте, включает: место жительства, возраст, семейное положение, длительность и очередность брака, характер внутрисемейных отношений (изменение его во время беременности), образование, общественно-профессиональную группу (режим рабочего времени, продолжительность рабочего дня), а также наличие, тип и периодичность влияния профессиональных вредностей, жилищные условия (в том числе проживание вблизи вредных промышленных объектов), уровень материальной обеспеченности, полноценность питания, соблюдение диеты, вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания).

Медико-биологическая характеристика рожениц включает рост, массу тела (в том числе при рождении), начало половой жизни, порядковый номер беременности и родов, число аборт, выкидышей, характеристики менструального цикла, использование средств контрацепции (различные ви-

ды, характер изменения менструального цикла на этом фоне), гинекологические заболевания, а также состояние здоровья в разные периоды жизни, наличие хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы, болезней крови, заболеваний почек, легких, желудочно-кишечного тракта, эндокринных, инфекционных заболеваний, оперативных вмешательств (кровопотери, переливание компонентов крови при этом). Кроме того, регистрируются особенности течения предыдущих беременностей (указания на наличие, тяжесть ЖДА), родов, длительность лактации, интергенеративного периода.

Заключение акушера-гинеколога формировалось на основе анализа обменных карт и истории родов и записывалось в карту обследования.

Критериями диагноза ЖДА у беременных (согласно рекомендации ВОЗ, 1989) являлись: снижение гемоглобина менее 110 г/л, цветового показателя ниже 0,85, количества эритроцитов менее  $3,5 \cdot 10^{12}/л$ , гематокрита ниже 0,33.

На основании классификации М. М. Шехтмана (1997) заключение о степени тяжести ЖДА делали по уровню гемоглобина: легкая — 91—110 г/л, средняя — 71—90 г/л, тяжелая — менее 70 г/л.

Выделение основных контингентов для углубленного медико-социального исследования осуществлялось методом сплошной выборки, согласно необходимому количеству наблюдений для получения статистически достоверных результатов [1].

Необходимый объем выборки рассчитывался по следующей формуле:

$$N = t^2 \sigma^2 / \Delta^2,$$

где  $n$  — объем выборки;  $t$  — критерий достоверности;  $\Delta$  — доверительный интервал;  $\sigma$  — среднее квадратичное отклонение.

В результате проведенного исследования сформирована информационная база данных, включающая информацию о 407 беременных с ЖДА (основная группа) и 386 беременных, не имеющих данного заболевания (контрольная группа).

Для статистической обработки и моделирования все данные были преобразованы в численный вид, для чего использовался метод априорного ранжирования, балльной оценки, вычисления нормированных показателей.

В качестве факторов риска развития ЖДА из общего множества показателей, включенных в исследование, были отобраны 78 социально-гигиенических и медико-биологических характеристик беременных, известных на момент их первичного обращения в женскую консультацию.

**Результаты оценки значимости медико-социальных факторов риска развития ЖДА**

Медико-социальная характеристика	t-критерий	Ранг
Общее недомогание при менструациях	14,317*	1
Материальное обеспечение	-13,721*	2
Уровень гемоглобина при первой явке	-11,190*	3
Число прокладок в сутки	10,913*	4
Заболевания органов мочеполовой системы	10,566*	5
Длительность ночного сна	-10,536*	6
Использование контрацептивов	10,468*	7
Близость вредных производств	10,272*	8
Снижение уровня гемоглобина в предыдущую беременность	9,403*	9
Сохранились ли вредные привычки при беременности?	9,350*	10
Жилищно-бытовые условия	-9,152*	11
Образование	-8,959*	12
Вредные условия труда	8,655*	13
Оценка питания	-8,546*	14
Заболевания желудочно-кишечного тракта	8,341*	15
Кровопотери при операциях	8,239*	16
Курение	8,026*	17
Операции в течение жизни	7,972*	18
Переливания крови при операциях	7,887*	19
Минимальное содержание гемоглобина в предыдущую беременность	7,747*	20
Тяжесть работы по дому	7,602*	21
Режим рабочего дня	7,573*	22
Осложнения предыдущих родов	7,355*	23
Семейное положение	-6,885*	24
Утомление после работы	6,687*	25
Осложнения предыдущих беременностей	6,389*	26
Номер беременности	6,141*	27
Продолжительность рабочего дня	6,119*	28
Переливание крови в предыдущих родах	6,073*	29
Длительность проживания вблизи вредных производств	6,015*	30
Число беременностей	6,004*	31
Менструации установились сразу	-5,833*	32
Длительность кормления грудью	5,771*	33
Число родов	5,719*	34
Место жительства	-5,634*	35
Длительность менструаций	5,566*	36
Нарушения менструального цикла	5,540*	37
Кровотечения ювенильные	4,952*	38
Хронический тиреозит	-4,892*	39
Интерес супруга к беременности	-4,545*	40
Рост женщины при рождении	-4,392*	41
Внутрисемейные отношения до беременности	-4,388*	42
Изменение характера менструаций на фоне внутриматочных контрацептивов (ВМК)	4,337*	43
Срок предыдущих родов	4,208*	44
Возраст начала менструаций	4,201*	45
Число аборт	4,135*	46
Масса тела женщины при рождении	-4,068*	47
Сфера труда	-4,022*	48
Регулярность менструаций	-3,762*	49
Первая беременность закончилась	-3,708*	50
Кисты яичников	3,567*	51
Число лет после последней беременности	-3,422*	52
Черепно-мозговая травма в детском и подростковом возрасте	3,419*	53
Длительность воздействия вредных условий	3,376*	54
Рост	-2,950*	55
Воспалительные процессы половых органов	2,875*	56
Общественно-профессиональная группа	-2,842*	57
Детские инфекционные заболевания	2,755*	58
Число выкидышей	2,606*	59
Респираторные вирусные инфекции в анамнезе	2,480*	60
Употребление алкоголя	2,400*	61
Заболевания крови	2,400*	62
Возраст	-2,314*	63
Объем кровопотери в предыдущих родах	-2,063*	64
Эндометриоз	2,039*	65
Фибромиома матки	2,017*	66
Оперативные вмешательства в детском возрасте	-1,532	67
Соблюдение диеты	1,526	68
Гормональная контрацепция	1,485	69

Медико-социальная характеристика	t-критерий	Ранг
Сроки снижения уровня гемоглобина в предыдущую беременность	-1,370	70
Длительность менструального цикла	1,186	71
Способ родоразрешения в предыдущих родах	1,151	72
Длительность использования ВМК	-0,915	73
Использование ВМК	-0,815	74
Возраст начала половой жизни	0,714	75
Масса тела	0,453	76
Ревматоидный полиартрит	-0,449	77
Изменение отношений во время беременности	-0,029	78

Примечание. Звездочкой выделены значения *t*-критерия, характеризующие достоверные различия между группами сравнения при  $p < 0,05$ .

Для анализа значимости факторов риска развития ЖДА использовались результаты сравнения основной и контрольной группы по *t*-критерию Стьюдента. Так как *t*-критерий пропорционален значимости различия показателей в сравниваемых группах, данная величина была принята в качестве оценки значимости соответствующих факторов риска.

Результаты ранжирования социально-гигиенических и медико-биологических факторов риска по их значимости представлены в таблице, из которой видно, что из 78 показателей, по 66 у больных с анемией имеются достоверные различия по сравнению с контрольной группой.

Среди социально-гигиенических факторов риска наиболее значимыми являются материальное обеспечение (2-е место); длительность ночного сна (6-е место); использование контрацептивов (7-е место); близость вредных производств (8-е место); сохранение вредных привычек при беременности (10-е место); жилищно-бытовые условия (11-е место); образование (12-е место); вредные условия труда (13-е место); оценка питания (14-е место); курение (17-е место); тяжесть работы по дому (21-е место); режим рабочего дня (22-е место); семейное положение (24-е место); утомление после работы (25-е место); продолжительность рабочего дня (28-е место); длительность проживания вблизи вредных производств (30-е место); место жительства (35-е место).

Среди медико-биологических факторов риска наиболее значимы общее недомогание при менструациях (1-е место); уровень гемоглобина при первой явке в женскую консультацию (3-е место); число прокладок в сутки (4-е место); заболевания органов мочеполовой системы (5-е место); снижение гемоглобина в предыдущую беременность (9-е ме-

сто); заболевания желудочно-кишечного тракта (15-е место); кровопотери при операциях (16-е место); операции в течение жизни (18-е место); переливания крови при операциях (19-е место); минимальное содержание гемоглобина в предыдущую беременность (20-е место); наличие осложнений предыдущих родов и беременностей (23-е и 26-е места); порядковый номер беременности (27-е место); переливание крови в предыдущих родах (29-е место); длительность становления менструаций (32-е место); длительность кормления грудью (33-е место); длительность менструаций (36-е место); нарушения менструального цикла (37-е место); ювенильные кровотечения (38-е место); хронический тиреоидит (39-е место).

Таким образом, проведенный анализ позволил выявить основные социально-гигиенические и медико-биологические факторы риска развития анемии у беременных. Наиболее значимые факторы риска должны быть учтены при прогнозировании анемии и при выборе соответствующих превентивных лечебно-профилактических мероприятий при первом обращении беременной в женскую консультацию.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Медик В. А., Токмачев М. С. Математическая статистика в медицине: Учеб. пособие. — М., 2007.
2. Пятаева С. А. Медико-социальная характеристика беременных с железодефицитной анемией / С. А. Пятаева, Г. А. Клименко // Информационные технологии и компьютерные системы для медицины: всероссийская заочная электронная научная конференция при РАЕ. <http://econf.rae.ru/article/4712>.
3. Серов В. Н., Сергеев В. Н. // Материалы 3-го Российского форума "Мать и дитя", 22—26 окт. 2001. — М., 2001. — С. 297.

Поступила 27.01.10

© Н. В. ЖУКОВА, 2010

УДК 616.72-002.77-039-06:616.1/8]:614.2

Н. В. Жукова

## ОСОБЕННОСТИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Российский государственный медицинский университет

Жукова Н. В. — аспирант ([ves.k@mail.ru](mailto:ves.k@mail.ru))

*Изложены результаты специального исследования частоты, кратности и характера сопутствующих заболеваний среди больных, госпитализированных по поводу различных клинико-анатомических форм ревматоидного артрита.*

Ключевые слова: ревматоидный артрит, госпитализированные больные, сопутствующие заболевания

## THE PREVALENCE OF CONCOMITANT DISEASES AMONG IN-PATIENTS ON THE SUBJECT OF RHEUMATIC GOUT

The article contains the results of the study of rate, ratio and characteristics of concomitant diseases among in-patients with various clinical anatomic forms of rheumatic gout.

Key words: rheumatic gout, in-patient, concomitant disease

Сопутствующие заболевания, их частота, кратность и характер среди госпитализированных по поводу той или иной патологии влияют на фактический объем и характер лабораторно-диагностических исследований и консультативной помощи [1–6]. Существующие федеральные и региональные стандарты оказания стационарной медицинской помощи больным ревматоидным артритом (РА) регламентируют объемы разных лабораторных, диагностических и аппаратно-инструментальных исследований, а также консультативной помощи только по основному заболеванию без учета сопутствующих заболеваний. Для оценки полноты и качества оказанной медицинской помощи госпитализированным по поводу РА необходимо учитывать частоту, кратность и характер сопутствующей патологии у больных.

Исследовали частоту, кратность и характер сопутствующих заболеваний у пациентов, госпитализированных по поводу различных клинко-анатомических форм РА.

Выборочным методом (механическая выборка) были изучены 703 истории болезни пациентов, госпитализированных в ревматологическое отделение 4-й городской клинической больницы Москвы по поводу различных клинко-анатомических форм РА. Для статистической обработки первичных материалов исследования и расчета относительных (интенсивных и средних) показателей использовались ПЭВМ типа IBM PC/AT-586 и сертифицированная программа Statistica.

Объем репрезентативной выборки был определен по таблице, предложенной Ю. П. Лисицыным и Н. В. Полуниной [4]. При заданном коэффициенте точности ( $K = \Delta/\sigma$ ), равном 0,1, и коэффициенте достоверности  $t$ , равном 2,5 (98,6%), объем выборки составил 625 случаев наблюдений. Однако, учитывая редкую частоту некоторых клинко-анатомических форм РА, объем наблюдений был увеличен на 13% и составил 706 больных РА. При данных коэффициентах точности и достоверности

работа относится к исследованиям повышенной точности.

В работе была использована "Рабочая классификация ревматоидного артрита", изложенная в клинических рекомендациях по ревматологии [5], подготовленных Ассоциацией ревматологов России.

По данным настоящего исследования, 96,6% госпитализированных по поводу РА имеют сопутствующие заболевания, а 3,4% — не имеют (табл. 1). Установлено, что 15,87% обследованных контингентов имеют 1 сопутствующее заболевание, 28,61% — 2, 28,61% — 3, 23,51% — 4 и более различных сопутствующих заболеваний.

Распространенность сопутствующей патологии среди госпитализированных по поводу различных клинко-анатомических форм РА различна.

Выявлено, что наибольшая доля больных, имеющих сопутствующие заболевания, была среди пациентов, страдающих РА с системными проявлениями — 97,37%.

В среднем на 1 госпитализированного по поводу РА приходилось  $2,52 \pm 0,01$  сопутствующего заболевания, в том числе на 1 пациента, страдающего РА с системными проявлениями, приходилось  $2,58 \pm 0,01$ , а на 1 больного ревматоидным полиартритом —  $2,41 \pm 0,01$  сопутствующего заболевания.

При анализе характера сопутствующей патологии установлено, что больные, госпитализированные по поводу РА, чаще всего имели следующие сопутствующие заболевания (на 100 больных РА):

- болезни системы кровообращения (75,21 заболевания; 1-й ранг);
- болезни мочеполовой системы (37,68 заболевания; 2-й ранг);
- болезни органов пищеварения (36,97 заболевания; 3-й ранг);
- другие болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (32,29 заболевания; 4-й ранг);
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (27,90 забо-

Таблица 1

Кратность сопутствующих заболеваний среди госпитализированных по поводу РА

Клинко-анатомическая форма	Число наблюдений	Доля госпитализированных, имеющих разную кратность сопутствующих заболеваний (в % от числа госпитализированных по поводу различных клинко-анатомических форм РА)						
		Число сопутствующих заболеваний:				Всего имеют сопутствующие заболевания	Не имеют сопутствующих заболеваний	Среднее число сопутствующих заболеваний
		1	2	3	4			
РА всего	703	15,87	28,61	28,61	23,51	96,60	3,40	$2,52 \pm 0,01$
в том числе:								
ревматоидный полиартрит	203	20,69	27,09	24,63	23,15	95,56	4,44	$2,41 \pm 0,01$
РА с системными проявлениями	495	14,14	29,70	29,49	24,04	97,37	2,63	$2,58 \pm 0,01$
болезнь Стилла	5	0	0	5*	0	5*	0	$3,00 \pm 0,00$

Примечание. Здесь и в табл. 2\* — дано в абсолютных числах.

Частота сопутствующих заболеваний среди госпитализированных по поводу различных клинко-анатомических форм РА

Клинко-анатомическая форма РА	Число наблюдений	Число разных сопутствующих заболеваний (на 100 госпитализированных по поводу соответствующих клинко-анатомических форм РА)										
		инфекционные и паразитарные болезни	болезни крови и кроветворных органов	болезни эндокринной системы	болезни нервной системы	болезни системы кровообращения	болезни органов дыхания	болезни органов пищеварения	болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	болезни мочеполовой системы	болезни других классов	итого
РА всего	703	4,67	2*	27,90	17,14	75,21	15,16	36,97	32,29	37,68	5,67	252,97
в том числе:												
ревматоидный полиартрит	203	4,93	1*	25,12	18,23	83,74	13,79	22,66	34,98	32,02	5,42	241,38
РА с системными проявлениями	495	4,65	1*	28,69	16,97	72,32	15,56	42,83	31,31	40,40	5,25	258,18
болезнь Стилла	5	0	0	4*	0	2*	1*	3*	2*	0	3*	15*

левания; 5-й ранг);

— болезни нервной системы (17,14 заболевания; 6-й ранг);

— болезни органов дыхания (15,16 заболевания; 7-й ранг) и т. д.

Выявлены различия в частоте различных сопутствующих заболеваний среди пациентов, госпитализированных по поводу разных клинко-анатомических форм РА (табл. 2).

Так, среди больных РА с системными проявлениями чаще по сравнению с пациентами, страдающими ревматоидным полиартритом, встречались такие сопутствующие заболевания, как болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (28,69 и 25,12 заболевания соответственно), болезни органов дыхания (15,56 и 13,79 заболевания соответственно), болезни мочеполовой системы (42,83 и 22,66 заболевания соответственно на 100 госпитализированных по поводу соответствующей клинко-анатомической формы РА). Среди пациентов, страдающих ревматоидным полиартритом, чаще, чем среди больных РА с системными проявлениями, встречались болезни нервной системы (18,23 и 16,97 заболевания соответственно), болезни системы кровообращения (83,74 и 72,32 заболевания соответственно), другие болезни костно-мышечной системы и соединительной

тканей (34,98 и 31,31 заболевания на 100 больных соответствующей клинко-анатомической формой РА соответственно).

Таким образом, полученные в результате исследования данные о частоте, кратности и характере сопутствующих заболеваний среди госпитализированных по поводу различных клинко-анатомических форм РА могут быть использованы для планирования и организации дополнительных лабораторных, аппаратно-инструментальных исследований, консультаций врачей-специалистов и комплексного лечения больных РА.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абакарова Г. Г. // Бюл. Нац. НИИ обществ. здоровья. — 2008. — Вып. 1. — С. 14—17.
2. Гуламов А. А., Голубцева О. П., Старков О. П. // Перм. мед. журн. — 2006. — Т. 23, № 1. — С. 7—9.
3. Карпов О. Э., Игнатенко И. В. // Вестн. Санкт-Петербург. гос. мед. акад. им. И. И. Мечникова. — 2006. — № 3 (7). — С. 181—183.
4. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение. — М., 2002.
5. Ревматология: Клинические рекомендации / Под ред. Е. Л. Насонова. — М., 2006.
6. Савельева Ж. В. // Материалы II Всероссийской конф. с международным участием "Клинко-морфологические аспекты эндокринной патологии" (10—11 окт. 2006 г., г. Белгород). — Белгород, 2006. — С. 113—117.

Поступила 03.11.09

© В. Ю. Альбицкий, Н. И. Макеев, 2010  
УДК 614.2:616-053.6-084

В. Ю. Альбицкий, Н. И. Макеев

### ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Альбицкий В. Ю. — д-р мед. наук, проф., зав. отд. социальной педиатрии (965-232-37-30);  
Макеев Н. И. — аспирант отд. социальной педиатрии (reso1@yandex.ru)

В статье приведены результаты изучения здоровьесберегающего поведения 310 учащихся старших классов общеобразовательных школ г. Жуковского Московской области. Выявлен высокий уровень распространенности вредных привычек среди подростков. Следует подчеркнуть, что среди девочек распространенность вредных привычек в целом не ниже, чем среди мальчиков. Низкий уровень медицинской активности испытуемых объясняется недоверием врачам лечебно-профилактических учреждений, боязнью очередей, уверенностью в собственных знаниях, что отражает еще и низкий уровень медицинской информированности. Снижается авторитет физической культуры и спорта в жизни подростков. Происходит переориентация тенденций современной моды на стереотипы поведения с ограничением двигательной активности. Создание условий для формирования устойчивого здоровьесберегающего поведения может стать важнейшим резервом сохранения и укрепления здоровья подростков.

Ключевые слова: здоровьесберегающее поведение, подростки

## THE HEALTH PRESERVING BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

*The article deals with the results of study of health preserving behavior of 310 students of senior classes of high schools of town of Jukovsky of Moskovskaya oblast. The higher level of prevalence of harmful habits among adolescents is revealed. It is emphasized that among girls the prevalence of harmful habits is not at large lower than among boys. The lower level of medical activities of respondents is explained by mistrusting physicians of curative preventive establishments, fear of queues, self-confidence in one's own knowledge and low level of medical awareness. The priority of physical culture and sport in the life of adolescents is reducing. The reorientation of trends in modern fashion to the behavior stereotypes with motional activities restriction occurs. The making of conditions to develop consistent health preserving behavior can become the most important reserve of preservation and enhancement of adolescents' health.*

**Key words:** health preserving behavior, adolescent

Под здоровьесберегающим (самосохранительным) поведением понимается система действий, направленных на формирование и сохранение здоровья, снижение заболеваемости и увеличение продолжительности жизни. Традиционные параметры здоровьесберегающего поведения включают отношение к собственному здоровью, медицинскую активность, отношение к физической культуре и спорту, отношение к употреблению психоактивных веществ, репродуктивные установки и сексуальное поведение [1, 4].

Изучение здоровьесберегающего поведения подростков невозможно без учета возрастной специфики. По мере взросления подросток: а) проявляет обостренный интерес к изменениям, происходящим с его телом в связи с процессом полового созревания; б) приобретает новые познавательные возможности; в) выстраивает иерархию мотивов, определяющих сферу его предпочтений; г) вырабатывает новые способы регуляции своего поведения (учится управлять собой); д) формирует собственные взгляды на происходящие события; е) делает первые жизненные выборы (профессия, любимый человек, направление саморазвития и т. п.); ж) устанавливает новые отношения с родителями с учетом собственных возросших самостоятельности и независимости; з) вступает в избирательные межличностные отношения дружбы и любви со сверстниками [7].

В статье приведены результаты изучения здоровьесберегающего поведения 310 учащихся старших классов общеобразовательных школ г. Жуковского Московской области. Исследование проводилось методом анкетирования с помощью комбинированного опросника, в состав которого включено определение параметров здоровьесберегающего поведения, склонности к реализации различных форм девиантного поведения и фактора "социальной желательности" (предрасположенности давать о себе недостоверную информацию).

### Отношение подростков к собственному здоровью

Создание условий для формирования и совершенствования культуры здоровьесберегающего поведения требует изучения специфики отношения к здоровью и заботы о нем [5]. Большинство подростков обоего пола (61,4%) считают свое здоровье хорошим. В качестве обоснования такой оценки они отмечали, что редко болеют и/или легко переносят заболевания. Те же, кто считает свое здоровье "не очень хорошим" или "плохим", как правило, объясняют это частыми простудными заболеваниями и/или наличием хронических заболеваний.

Для определения значения здоровья как ценностной категории респондентам было предложено пронумеровать различные жизненные ценности в порядке увеличения их значимости. Здоровье оказалось на лидирующем месте в системе ценностей у большинства испытуемых, причем у девочек чаще. Однако при интерпретации полученных результатов необходимо отметить: подростки были информированы о том, что исследование проводится Научным центром здоровья детей РАМН. Это могло способствовать искажению результатов у лиц с предрасположенностью давать о себе социально-одобряемую информацию. Сопоставление системы ценностей подростков с данными по шкале "социальной желательности" показало, что девочки с высокими показателями в большинстве случаев отводят здоровью первое место. У мальчиков такой зависимости не выявлено.

Невозможность в достаточной мере уделять внимание своему здоровью подростки мужского пола в большинстве случаев связывают с ленью. Девочки в качестве доминирующей причины отмечают нехватку времени (36,7% ответов против 21,9% ответов мальчиков;  $p < 0,01$ ).

### Репродуктивное поведение

Репродуктивное поведение предполагает систему действий и отношений, опосредующих рождение или отказ от рождения ребенка в браке или вне брака. Ведущие составные репродуктивного поведения — сексуальное поведение, репродуктивная установка, регулирование рождаемости [2].

Большинство подростков (53,7% мальчиков и 77,5% девочек) считают, что добрачные сексуальные отношения допустимы только с любимым человеком. При этом девочки чаще считают сексуальные отношения "вообще недопустимыми", а мальчики достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) отмечают возможность таких отношений "с любым понравившимся человеком". Были установлены положительные корреляционные связи с результатами по шкале склонности к реализации аддиктивного (зависимого, обычно связываемого с употреблением психоактивных веществ) поведения. Данная шкала отражает предрасположенность испытуемого к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния, склонность к иллюзорно-компенсаторному способу решения личностных проблем. Кроме того, высокие показатели по данной шкале свидетельствуют об ориентации на чувственную сторону жизни, о наличии "сенсорной жажды" и пр.

Между отношением к добрачным сексуальным контактам и уровнем склонности к реализации ад-

диктивного поведения была также обнаружена прямая сильная взаимосвязь ( $r = 0,94$  для мальчиков;  $r = 0,83$  для девочек). Чем свободнее подростки относятся к сексуальным отношениям до брака, тем выше уровень их предрасположенности к реализации аддиктивного поведения. Необходимо отметить, что количество мальчиков с высоким уровнем аддикции приблизительно в 4 раза превысило количество девочек, что непосредственно коррелирует со значительно более низким уровнем сексуальной культуры.

Большинство подростков информацию о сексуальных отношениях получают из средств массовой информации (29,7%), несколько менее популярны "подруги и друзья" (25,2%), а родители и медицинские работники авторитетом в данном вопросе практически не пользуются, причем социальная реклама, культурные и познавательные телепрограммы подростками в большинстве случаев игнорируются. Предпочтение отдается развлекательным (38,1%) и музыкальным (33,6%) передачам.

Следствием такого информационного воздействия является навязывание не только модных форм сексуального поведения, но и специфического отношения к проблеме аборта. По результатам исследования более 18% девочек убеждены, что не нужно сохранять нежелательную беременность, и чуть более 40% считают, что беременность нужно сохранять "в любом случае".

#### **Отношение к употреблению психоактивных веществ**

Высокая степень распространенности употребления психоактивных веществ свидетельствует о неэффективности существующих методов борьбы с данными вредными привычками и о необходимости поиска новых комплексных подходов к профилактической работе с учетом возрастн-психологических особенностей подростков [3].

Опыт знакомства с алкоголем подтвердили более 66% мальчиков и 80% девочек ( $p < 0,05$ ). Необходимо отметить значительное превышение доли девочек, подтвердивших свое знакомство с алкоголем. Тем не менее мальчики чаще употребляют алкоголь более 1 раза в неделю. Большинство подростков (30,1%) в алкоголе привлекает возможность расслабиться, отвлечься от проблем. Девочкам он чаще помогает освободиться от неуверенности в себе (11,8% девочек, 7,7% мальчиков), а мальчикам дает легкость при общении со сверстниками (20% мальчиков и 11% девочек;  $p < 0,05$ ).

Изучение предпочтений к различным видам алкогольных напитков выявило высокую распространенность частого употребления слабоалкогольного пива мальчиками (14,7%), сухих и полусладких вин девочками (8,1%).

Привычка курения представляет собой не менее опасное явление в подростковой среде, так как имеет еще большую, чем употребление алкоголя, распространенность [3]. Пробовали курить более 50% опрошенных подростков. Большинство девочек впервые пробовали курить в возрасте 14—15 лет, а для большинства мальчиков знакомство с курением произошло до 12 лет. Почти каждый десятый юноша признавал, что курит регулярно. Процент регулярно курящих девушек составил 5,8. При этом значительно большее количество девушек ответили, что курят "от случая к случаю".

Среди опрошенных нами подростков более 15% мальчиков и 12% девочек пробовали курить наркотические вещества, причем более 2% респондентов делали это много раз. Почти 5% мальчиков и 0,6% девочек ( $p < 0,05$ ) пробовали вдыхать наркотические вещества через нос. Таблетки, содержащие наркотические вещества, пробовали употреблять 1,5% подростков. Ни один из опрошенных не подтвердил употребления внутривенных наркотических веществ.

#### **Медицинская активность подростков**

Под медицинской активностью понимается отношение к своему здоровью и здоровью других людей, выполнение медицинских предписаний и назначений, гигиенических рекомендаций, соблюдение норм, посещение лечебно-профилактических учреждений и других видов деятельности человека или группы населения, связанных со здоровьем [8].

Большинство мальчиков и девочек (47 и 52,5% соответственно) обращаются за медицинской помощью 1—2 раза в год. По результатам нашего исследования не было выявлено достоверных различий между возрастом испытуемых и частотой обращений за медицинской помощью.

Более половины родителей в случае заболевания их ребенка обращаются за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства. Остальные предпочитают иные способы ее получения.

Одним из важнейших атрибутов медицинской активности является своевременность обращения за медицинской помощью. Большинство мальчиков и девочек обращаются за медицинской помощью при значительном ухудшении состояния здоровья (46,6% мальчиков, 57,1% девочек). Доля подростков, которые обращаются за медицинской помощью в 1-е сутки заболевания, не превышает 13%.

Независимо от пола основными причинами низкой обращаемости за медицинской помощью являются редкость заболеваний (43,8% мальчиков, 33,8% девочек), уверенность, что испытуемые сами знают, как нужно лечиться (24,7% мальчиков, 22,5% девочек) и боязнь очередей (13% мальчиков и 17,8% девочек).

#### **Отношение подростков к физической культуре и спорту и особенности их двигательной активности**

Физическая культура и спорт являются социально значимым видом деятельности, отвечают потребности формирующейся личности и обеспечивают ее успешную социализацию [6].

Независимо от пола большинство опрошенных респондентов занимаются спортом несколько раз в неделю (41,6% мальчиков, 51,7% девочек). Среди мальчиков достоверно больше ( $p < 0,05$ ) по сравнению с девочками доля тех, кто занимается спортом ежедневно, и меньше тех, кто занимается спортом очень редко.

Как правило, более половины (59,9%) респондентов обою пола вообще не делают утреннюю гимнастику и менее 5% делают ее ежедневно. В целом мальчики делают утреннюю гимнастику чаще, чем девочки.

Большое влияние на ограничение двигательной активности оказывают работа за компьютером и просмотр телевизионных передач. В основном под-

ростки смотрят телевизор менее 1 ч в день, в то же время не менее 12% уделяет этому занятию больше 4 ч ежедневно. Мальчики чаще предпочитают развлекательные телепрограммы, а девочки — музыкальные.

Большинство подростков (39,1% мальчиков, 32,8% девочек) проводят за компьютером от 2 до 4 ч ежедневно и около 1/4 тратят на это более 4 ч. При сравнении этих результатов с данными по шкале "склонность к реализации аддиктивного поведения" было выявлено, что мальчики, которые проводят за компьютером более 2 ч в день, превышают средний уровень по данной шкале в 20% случаев, а те, кто проводит за компьютером до 2 ч в день, — всего в 5,2% ( $p < 0,001$ ). У девочек подобных взаимосвязей выявлено не было.

При занятиях с компьютером мальчики отдают предпочтение Интернету и компьютерным играм, а девочки — Интернету и работе над домашним заданием.

Результаты проведенного исследования, наряду с опытом личного общения, позволяют предположить: здоровье в сознании большинства подростков выступает не как качество ценностной категории, залог благополучия всей их жизни, а в качестве неисчерпаемой природной данности, не требующей к себе определенного отношения и внимания. Создание условий для формирования ценностного отношения к собственному здоровью на базе образовательных и лечебно-профилактических учреждений может стать важнейшим резервом для сохранения и укрепления здоровья.

Проблема состояния молодежной сексуальной культуры продолжает оставаться очень острой, что оказывает непосредственное влияние на здоровье подростков и является угрозой репродуктивному потенциалу.

Выявлен высокий уровень распространенности вредных привычек среди подростков. Следует подчеркнуть, что среди девочек распространенность вредных привычек в целом не ниже, чем у мальчиков.

Низкий уровень медицинской активности испытуемых объясняется недоверием к врачам лечебно-профилактических учреждений, боязнью очередей, уверенностью в собственных знаниях, что отражает еще и низкий уровень медицинской информированности.

Снижается авторитет физической культуры и спорта в жизни подростков. Происходит переориентация тенденций современной моды на стереотипы поведения с ограничением двигательной активности. Малоподвижный образ жизни становится приоритетным направлением развития молодого поколения.

Поведение подростков в большей степени направлено не на достижение жизненных ценностей, а на удовлетворение текущих возрастных потребностей (желание понравиться сверстникам, подражание модным авторитетам, получение удовольствия, любопытство и т. д.). Успех здоровьесберегающих программ будет зависеть от того, насколько их проведение будет удовлетворять не социально-детерминированным ценностным воззрениям подростков, а их истинным внутренним потребностям и желаниям.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абрисимова М. Ю., Альбицкий В. Ю., Галлямова Ю. А., Созинов А. С. Здоровье молодежи. — Казань, 2007.
2. Альбицкий В. Ю., Юсупова А. Н., Шарапова Е. И., Волков И. М. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России. — Казань, 2001.
3. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки. — М., 2003. — С. 192—206.
4. Журавлева И. В. // Здоровье человека в условиях НТР. Методологические аспекты. — Новосибирск, 1989. — С. 72.
5. Иванова Л. Ю. Самосохранительное поведение и его гендерные особенности. — М., 2006. — С. 110—133.
6. Кабачков В. А., Тюленьков С. Ю., Куренцов В. А. // Социол. молодежи. — 2003. — № 1. — С. 31.
7. Карбанова О. А. Возрастная психология. — М., 2005. — С. 216—218.
8. Лисицын Ю. П. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учеб. руководство. — М., 1998.

Поступила 16.06.09

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2010  
УДК 616-002.5-08-036.62-02:614.2

Ю. Н. Филиппов, О. П. Абаева, С. Ф. Барболина

### ПРИЧИНЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ПРЕКРАЩЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава

**Филиппов Ю. Н.** — д-р мед. наук, проф., проректор по последипломному образованию (8314-39-03-14);  
**Абаева О. П.** — канд. мед. наук, доц. каф. (abaevaor@inbox.ru); **Барболина С. Ф.** — ассист. каф. (svetlanabarbolina@yandex.ru)

*Статья посвящена проблеме самовольного прекращения химиотерапии больными туберкулезом. В работе освещены некоторые особенности современной законодательной базы в аспекте социальной поддержки больных туберкулезом, приведены результаты анкетирования пациентов противотуберкулезных диспансеров Нижегородской области по вопросам информированности о туберкулезе как социально значимом и социально опасном заболевании и о тактике его лечения. На основании полученных данных авторами определены одна из возможных причин прекращения больными туберкулезом специфического лечения и направления работы по улучшению эпидемиологической ситуации по туберкулезу.*

**Ключевые слова:** туберкулез, противотуберкулезная терапия, эпидемиологическая ситуация, законодательная база



## THE CAUSES OF UNAUTHORIZED TERMINATION OF SPECIFIC TREATMENT BY PATIENTS WITH TUBERCULOSIS

*The article deals with the issue of unauthorized termination of chemotherapy by patients with tuberculosis. Some characteristics of present legal base in the aspects of social support of tuberculosis patients are discussed. The results of sociologic survey of patients in the TB dispensaries of Nijegorodskaya oblast related to the issues of TB awareness as a social important and social dangerous disease and its treatment as well. The authors derive from the received data the causes of unauthorized termination of specific treatment by patients and propose new directions of activities related to the amelioration of epidemiologic situation with TB.*

**Key words:** tuberculosis, TB treatment, epidemiologic situation, legal base

Противотуберкулезные мероприятия, которые в XX веке планомерно проводились советской системой здравоохранения, дали весьма ощутимые результаты в борьбе с этим социально значимым заболеванием. Разработанные эффективные меры профилактики и лечения позволили при условии своевременной диагностики и полноценного лечения перевести туберкулез из заболевания с крайне пессимистичным прогнозом в безусловно излечимую болезнь. Обратной стороной медали явилось то, что настороженность населения к туберкулезу как к болезни, приводящей к самым тяжелым последствиям, резко снизилась. В начале последнего десятилетия прошлого века российское общество вновь было вынуждено обратиться к проблеме роста первичной заболеваемости туберкулезом. Среди причин катастрофического ухудшения ситуации отечественные ученые в первую очередь выделяют те из них, которые имели социально-экономический характер: ухудшение качества жизни, увеличение уровня миграционных процессов населения, сокращение расходов на здравоохранение, износ материально-технической базы и снижение кадрового потенциала противотуберкулезной службы [5]. Кроме того, отмечаются изменение патоморфоза туберкулезной инфекции, развитие множественной лекарственной устойчивости, а также трудности диагностики и лечения, вызванные частым сочетанием туберкулеза с онкологическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией [1, 3, 7].

Современное законодательство, признавая туберкулез социально значимым и представляющим опасность для окружающих заболеванием, регламентирует определенные меры медико-социальной поддержки больных. Так, лица, страдающие туберкулезом, в рамках федеральных законов имеют право на:

диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях;

меры социальной поддержки в лекарственном обеспечении;

санаторно-курортное лечение в соответствии с медицинскими показаниями;

временную нетрудоспособность и сохранение места работы на период лечения [6].

Кроме того, субъекты РФ вправе самостоятельно расширять перечень мер социальной поддержки, утвердив, например, право на бесплатный проезд на транспорте общего пользования городского и пригородного сообщения при вызове или направлении больного на консультации в медицинские противотуберкулезные организации.

Однако, как подчеркивают практически все авторы, положительный результат лечения, помимо

мер медико-социальной поддержки, его своевременности и адекватности, в огромной степени определяется его завершенностью. В связи с этим досрочное самовольное прекращение курса лечения пациентами в настоящее время можно расценивать как отдельную многогранную проблему, имеющую социально-экономические, эпидемиологические, медицинские и прочие аспекты. Именно эта причина зачастую лежит в основе многих из вышеперечисленных факторов, которые обуславливают ухудшение ситуации по туберкулезу. К сожалению, число лиц, самостоятельно прекращающих противотуберкулезную химиотерапию, в настоящее время продолжает увеличиваться. По данным Минздравсоцразвития РФ, в 2006 г. в 77 субъектах РФ досрочно прекратили лечение или выбыли в неизвестном направлении 14 786 больных туберкулезом [2]. К числу таких регионов относятся и Нижегородская область, где прервали курс химиотерапии 16,3% больных с впервые выявленным туберкулезом [9].

Целью нашего исследования было выявление причин, приводящих к досрочному прекращению больными медикаментозного лечения туберкулеза, и определение мер по их профилактике.

Исследование проводилось на базах ГУЗ Нижегородской области: Нижегородский противотуберкулезный диспансер и Дзержинский противотуберкулезный диспансер.

Материалом исследования послужили результаты анкетирования 152 больных туберкулезом, находящихся на стационарном лечении (108 больных с впервые выявленным заболеванием и 44 повторно госпитализированных с обострением и рецидивами туберкулеза).

Как показали результаты исследования, при информировании пациентов о диагнозе туберкулеза, установленном у них впервые в жизни, более 1/3 анкетированных (36,8%) осознали необходимость скорейшего начала лечебно-диагностических мероприятий, 1/3 пациентов (34,2%) не поверили в поставленный диагноз, 19,7% больных испытали чувство страха возможной огласки и изоляции в обществе (1,2% — до суицидальных мыслей). Часть респондентов (11,3%) затруднились ответить.

Находясь на стационарном лечении, 65,1% анкетированных не считали необходимым скрывать свой диагноз от окружающих, 34,9% предпочитали скрыть свое заболевание: от соседей по месту жительства 14,5%, в основном от коллег по работе 7,2%, от всех без исключения 13,2%.

Согласно данным анкетирования, подавляющее большинство респондентов (83,5%) заявили о приоритетном получении информации о заболевании из беседы с лечащим врачом. Только 13,2% анке-

тированных использовали для получения дополнительной информации иные источники: медицинскую литературу, буклеты, распространяемые в противотуберкулезных учреждениях, данные Интернет-сайтов, общение с соседями по палате (около 3,3% на каждый источник). Затруднились ответить 3,3% анкетированных пациентов. В результате только около 1/4 анкетированных (27,6%) оказались правильно осведомлены о сроках и необходимом объеме лечения, 1/5 пациентов (21,1%) имели сведения о длительности фазы основного лечения, но не владели информацией о необходимости противорецидивных курсов. Более половины анкетированных (51,3%) затруднились сформулировать основные положения о тактике своего лечения.

Тем не менее 60,5% респондентов считали, что преждевременное прекращение лечения вызовет возврат болезни в более тяжелой форме, 23,7% имели понятие о лекарственной устойчивости и лишь небольшая часть больных (3,9%) думали, что могут начать лечение в любой момент и это не принесет им вреда. 11,9% пациентов затруднились ответить.

Подавляющее большинство (76,3%) респондентов заявили о предпочтении стационарного лечения, причем 80,9% больных считают в ряде случаев возможным лечение пациента и без его согласия. Только 13,8% анкетированных рассматривают принудительное лечение опасных в эпидемиологическом плане пациентов, уклоняющихся от противотуберкулезной терапии, как нарушение прав человека. 13,2% анкетированных высказали предпочтение амбулаторному лечению, 7,9% — санаторно-курортному, 2,6% затруднились с ответом.

Таким образом, повышение возможностей противотуберкулезной терапии, длительный период улучшения эпидемиологической ситуации изменили настороженность населения по отношению к столь опасному, в том числе в эпидемиологическом плане, заболеванию, что согласуется с результатами нашего исследования. Убедительным свидетельством этого является то, что 1/3 анкетированных пациентов даже не допускали возможности существования у себя этой болезни.

Низкий уровень настороженности населения к туберкулезу проявился и в недостаточной заинтересованности пациентов в информации. При большом перечне возможных источников подавляющее большинство респондентов сочли возможным ограничиться данными, предоставленными врачом-фтизиатром, который, вероятно, не всегда имеет возможность исчерпывающе и доступно разъяснить пациенту, насколько сложным и в то же время необходимым является полноценное лечение болезни. Лишь небольшая часть анкетированных активно дополняли полученную от врача информацию данными литературы или Интернет-сайтов. Как следствие недостаточная информированность пациентов о необходимости длительного и сложного лечения, по нашему мнению, является одним из важных факторов, способствующих увеличению числа лиц, самостоятельно прекративших химиотерапию.

Подавляющее большинство анкетированных высказались за необходимость стационарного лечения, что, по нашему мнению, можно объяснить несколькими причинами, включая обеспечение пациента в стационаре бесплатными лекарственными препаратами и отсутствие организационных трудностей, возникающих при амбулаторном лечении, особенно в условиях дефицита врачей-фтизиатров в районных центрах. При этом подавляющее большинство респондентов-пациентов противотуберкулезных диспансеров не рассматривали возможность принудительного лечения как нарушение правового статуса личности.

В сложившихся условиях не существует ни законодательной обязанности, ни общественной установки для больного туберкулезом по обязательному проведению полного курса химиотерапии. В настоящее время решение этой задачи целиком возложено на противотуберкулезную службу, которая, испытывая многочисленные трудности материально-технического и кадрового обеспечения, решить ее в одиночку не в состоянии.

Таким образом, одной из возможных причин, лежащих в основе самостоятельного прекращения лечения туберкулеза больными, является их недостаточная информированность о тяжести заболевания и категорической необходимости полного курса химиотерапии.

Систематическая превентивная разъяснительная работа по широкому информированию населения об опасности заражения туберкулезом и его последствиях могла бы стать не только мерой профилактики этого тяжелого заболевания, но и базой для формирования устойчивой мотивации на полноценное лечение туберкулеза в случае заражения.

Одним из основных факторов, способствующих улучшению эпидемической обстановки по туберкулезу, по нашему мнению, могут выступить закрепленные на законодательном уровне механизмы принудительной госпитализации больных туберкулезом, опасных в эпидемиологическом плане и уклоняющихся от обследования и лечения [4].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аналитический обзор ситуации по туберкулезу в Российской Федерации 2004 г.: характеристика эпидемического процесса и фтизиатрической службы. — М., 2004.
2. Богородская Е. М. // Сборник Всероссийского совещания главных врачей и руководителей организационно-методических отделов противотуберкулезных учреждений РФ 12—13 дек. 2007 г. — М., 2007. — С. 7—17.
3. Богородская Е. М., Данилова И. Д., Ломакина О. Б. // Пробл. туб. — 2007. — № 3. — С. 46—64.
4. Богородская Е. М., Ольховатский С. Ю., Борисов С. Е. // Пробл. туб. — 2009. — № 3. — С. 8—14.
5. Овсянкина Е. С. // Пробл. туб. — 2009. — № 1. — С. 3—4.
6. Постановление Правительства РФ от 1 дек. 2004 г. № 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих". — М., 2004.
7. Приказ Минздрава РФ от 21 марта 2003 г. № 109 "О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации". — М., 2003.
8. Пунга В. В. и др. // Пробл. туб. — 2009. — № 3. — С. 6—13.

Поступила 19.10.09

Л. Ю. Жигулева

## ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОЙ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Российский НИИ гематологии и трансфузиологии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи, Санкт-Петербург

**Жигулева Л. Ю.** — канд. мед. наук, вед. науч. сотр. (RNIHT@mail.ru)

*Анализ мнения пациентов о качестве стационарной гематологической помощи показал, что пациенты достаточно высоко оценивают качество лечения в гематологических стационарах. В то же время выявлен ряд организационных проблем: длительность ожидания в приемном покое, недостаточная информированность пациентов об особенностях заболевания и побочных эффектах лечения, неудовлетворительные условия пребывания в стационаре, недостаточный уровень лекарственного обеспечения, проблемы деонтологического характера. Вышеизложенное доказывает необходимость дальнейшего развития сети гематологических коек, дневных стационаров, а также такой формы, как стационары на дому; введения в штат персонала должности психотерапевта. Совершенствование менеджмента в стационарах гематологического профиля обеспечит большую удовлетворенность пациентов и более высокое качество помощи.*

Ключевые слова: пациент, стационар, гематологическая помощь, менеджмент

Jigulieva L. U.

### THE PATIENT EVALUATION OF QUALITY OF IN-PATIENT HEMATOLOGICAL CARE

*The analysis of opinions of patients about the quality of hospital hematological care indicated that patients rather appreciate the quality of treatment in hematologic in-patient departments. At the same time, several problematic issues have been revealed: duration of waiting time in admission room, inadequate awareness of patients about characteristics of disease and side effects of treatment, unsatisfactory conditions of hospital stay, inadequate level of pharmaceutical provision, deontological issues. The above-mentioned proves the need in further development of hematologic beds and day in-patient stay departments? network, including home in-patient departments and inclusion into medical staff the position of psychotherapist. The improvement of management in the in-patient departments of hematological profile will provide better satisfaction of patients and higher quality of medical care.*

Key words: patient, in-patient department, hematological care, management

Целью реформ в здравоохранении России является повышение качества медицинской помощи, обеспечение доступности и справедливости в ее распределении [3]. Здравоохранение как никакая другая отрасль сочетает в себе общественные отношения с индивидуальными и психологическими факторами, играющими весьма существенную роль в обеспечении качества медицинской помощи [1]. Являясь одним из участников системы обеспечения качества медицинской помощи, притом наиболее заинтересованным, пациент оказывается и наименее защищенным в силу как своей некомпетентности, так и несовершенства законодательства в области защиты его прав [4]. Именно поэтому при характеристике медицинской услуги надлежащего уровня качества ВОЗ уделяет особое внимание удовлетворенности пациента [2]. Удовлетворенность пациента оказанной медицинской помощью можно рассматривать как универсальный критерий, в котором отражаются результаты всех усилий по обеспечению ее доступности и качества. Анализ уровня удовлетворенности и факторов, на него влияющих, может выявить еще не использованные ресурсы той или иной службы, реализация которых без дополнительных затрат позволит повысить доступность и качество медицинской помощи. Особенно актуально это для таких высокотратных отраслей здравоохранения, конечный эффект деятельности которых (выздоровле-

ние пациента) не всегда достижим. Именно к таким отраслям здравоохранения относится гематологическая помощь. В связи с особенностями лечения — необходимостью многократных госпитализаций для проведения программной полихимиотерапии, применением высокотехнологичных методов лечения, таких как высокодозная химиотерапия, трансплантация гемопоэтических стволовых клеток костного мозга и периферической крови — больные в общей сложности достаточно много времени проводят в условиях стационара. Учитывая это, нами было проведено исследование, целью которого являлось изучение мнения пациентов о качестве стационарной гематологической помощи.

Исследование проводили в двух гематологических стационарах Санкт-Петербурга — гематологической клинике Российского научно-исследовательского института гематологии и трансфузиологии и гематологическом отделении городской больницы № 15.

Для реализации цели исследования была разработана специальная анкета, состоящая из нескольких блоков, позволяющих оценить доступность данного вида помощи, степень удовлетворенности ею, выявить имеющиеся, по мнению пациентов, проблемы организации, изучить их предложения, направленные на совершенствование качества оказания гематологической помощи.

В исследовании приняли участие 150 человек,

из которых 37,5% составили мужчины, 62,5% — женщины. Более половины респондентов были в возрасте 60 лет и старше.

В начале опроса пациентам было предложено оценить состояние своего здоровья по 100-балльной шкале. Средняя оценка составила  $56,2 \pm 2,7$  балла и практически не отличалась у мужчин ( $55,4 \pm 1,86$  балла) и женщин ( $56,1 \pm 1,46$  балла). В разных возрастных группах средний балл колебался от  $50,2 \pm 1,5$  (в возрасте старше 70 лет) до  $69,59 \pm 2,9$  (в возрасте 40—49 лет).

Для большинства (77,8%) пациентов данная госпитализация была повторной (для 85,2% мужчин и 72,3% женщин). Данный показатель колебался от 72% в возрасте старше 70 лет до 85% в возрасте 60—69 лет.

Важно отметить также, что большинство (80,3%) госпитализированных состояло на диспансерном учете у врача-гематолога. Наибольшим (95%) этот показатель был в возрастной группе 60—69 лет.

О тяжести данного контингента пациентов свидетельствует тот факт, что более половины (58,6%) из них госпитализировались в течение одного года неоднократно, а 31,5% больных в течение последнего года лечились в стационаре 6 раз и более. Среди мужчин показатель был достоверно выше (70%), чем среди женщин (52,7%). Максимальным (84,7%) он оказался среди пациентов 60—69 лет.

Больных госпитализировали преимущественно (в 83,3% случаев) в плановом порядке. Доля плановых госпитализаций была ниже в возрастных группах 30—49 лет (72,5%), 70 лет и старше (72%); выше (92,5%) — в возрасте 50—59 лет и достигала 100% в возрастной группе 60—69 лет.

В случае плановой госпитализации ожидали ее не более 1 сут 40,1% пациентов, 2—3 сут — 28,8%, от 4 сут до 1 нед — 15,5%, в течение 2 нед — 10,2%, более длительное время — 5,1%.

На факт отказа в госпитализации со стороны врача межрайонного гематологического кабинета и/или заведующего отделением указали лишь 1,4% респондентов.

Общее впечатление пациентов о работе стационара во многом формируется и определяется работой приемного покоя. Результаты проведенного опроса показали, что в половине (52,8%) случаев длительность ожидания в приемном покое не превышала получаса, в 12,5% составила от получаса до 1 ч, в 7,7% — 1—2 ч, в 11,1% — 2—3 ч, а в 13,5% — более 3 ч.

При плановой госпитализации ожидали в приемном покое минимальное время (до получаса) более половины пациентов, при экстренной — только треть (33,3%). При этом осмотр врача в приемном покое проводился в 54,2% случаев. Планово госпитализированных больных врач осматривал в половине случаев, экстренно госпитализированных — в 75%. Менее чем половине (48,6%) пациентов проводили какие-либо обследования. При плановых госпитализациях такие обследования проводили в 45,6% случаев, при экстренной — в 66,7%.

В целом работой приемного покоя удовлетворены 63,9% опрошенных, удовлетворены не полностью 23,6%, не удовлетворены 12,5%. Неудовлетворенных работой приемного покоя мужчин оказалось вдвое больше, чем женщин (18,5 и 8,9% соответственно). Наименьшую удовлетворенность высказали пациенты 30—39 лет.

В процессе обследования и лечения в гематологических отделениях во всех (100%) случаях проводился ежедневный осмотр пациентов лечащим врачом. При этом подавляющее большинство (95,8%) респондентов отмечало внимательность врача; 4,2% посчитали, что врач внимателен не всегда, среди этих пациентов были только пациенты 60 лет и старше.

Для сознательного содействия пациента проводимому лечению и в соответствии с установленными нормами врач обязан информировать больного о характере его заболевания, назначенном обследовании и лечении, возможных осложнениях заболевания и их профилактике, о режиме, диете, физической активности, побочных действиях назначенных лекарственных препаратов и их профилактике. На вопрос о том, всегда ли это происходит, 87,5% респондентов ответили положительно, 1,4% — отрицательно, 11,1% считали, что это происходит не всегда. Менее информированными чувствовали себя пациенты 30—39 лет, а также женщины по сравнению с мужчинами (доля положительных ответов среди женщин составляла 82%, среди мужчин — 96,3%;  $p < 0,05$ ).

На случаи бестактного или грубого отношения со стороны врача указали 2,8% респондентов, а с бестактностью и грубостью среднего медицинского персонала в гематологических отделениях сталкивались 8,3% пациентов.

Сравнительно высокой (12,7%) оказалась доля пациентов, считавших несвоевременной оказанную им помощь. Так полагали 17,8% женщин и 3,9% мужчин. Среди лиц 30—39 лет не было пациентов, считающих оказанную им специализированную медицинскую помощь несвоевременной, а в возрасте 40—49 и 60—69 лет такого мнения придерживался каждый десятый респондент; максимальным (20%) этот показатель был в возрасте старше 70 лет.

Считали высокой квалификацию лечащего врача 86,1% респондентов, остальные затруднились ее оценить (14,8% мужчин и 13,3% женщин). Однозначны в своем мнении были только пациенты 30—39 лет. Затруднившись с ответом больше всего (20%) было в возрасте 40—49 и 70 лет и старше.

В связи с вышеизложенным интересно было получить ответ на вопрос о том, хотели ли пациенты лечиться у другого врача. Такое желание высказали лишь 4,7% опрошенных (3,7% мужчин и 4,4% женщин); 16,7% не смогли определенно высказаться по данному поводу. Основная же масса респондентов (79,2%) такого желания не выразила.

Работой персонала в ночное время и выходные дни было удовлетворено подавляющее большинство (94,4%) опрошенных.

Почти половина (47,2%) респондентов (33,3% мужчин и 55,6% женщин) указали на необходимость самостоятельной покупки каких-либо лекарственных препаратов во время лечения в стационаре. Особенно высок данный показатель среди пациентов 30—39 лет. В 7% случаев пациенты сами приобретали компоненты крови, искали донора.

Как положительный следует оценить тот факт, что никто из опрошенных не отметил отказов в проведении каких-либо диагностических или лечебных мероприятий.

Уровень лечебно-диагностических возможностей стационара считали высоким 48,6% респон-

дентов. Противоположной точки зрения придерживались 5,6% опрошенных (3,7% мужчин и 6,7% женщин), 45,8% не смогли ответить на данный вопрос.

Организацией работы лаборатории (оценивали отсутствие очереди при заборе крови, вежливость лаборантов, их пояснения о предстоящих манипуляциях и др.) были удовлетворены 91,7% опрошенных, не удовлетворены — 2,8%, а 5,6% респондентов затруднились дать какую-либо оценку.

В целом удовлетворенность организацией лечебно-диагностического процесса высказали 88,9% респондентов, не удовлетворены ею были 1,4% (только мужчины), затруднились с оценкой — 9,7%.

Ряд вопросов анкеты был посвящен оценкам условий пребывания в стационаре. Состоянием помещений были удовлетворены менее половины (48,6%) опрошенных, не удовлетворены 27,8%, не определились с ответом 23,6% пациентов.

Хотя чуть более половины (52,8%) респондентов были удовлетворены количеством коек в палатах, значительная часть (38,9%) опрошенных считала его чрезмерным, а 8,3% не высказались по данному поводу. Доля неудовлетворенных указанным обстоятельством практически не отличалась среди мужчин и женщин, а также среди лиц разного возраста.

Большую часть (61,1%) опрошенных не устраивало отсутствие удобств в палате. Наиболее высоким (73,5%) был показатель в возрасте от 40 до 59 лет. В то же время 26,4% опрошенных были удовлетворены существующим положением дел, а 12,5% никак его не оценили. Мужчины и женщины отвечали на данный вопрос одинаково.

Наличие в отделении специальных мест для отдыха, бесед с родственниками как положительный факт отметили 63,9% пациентов.

Санитарно-гигиеническим состоянием отделения были довольны 68,1% респондентов, высказали неудовлетворенность им 22,2% (наибольшим (30,4%) показатель был в возрасте от 40 до 59 лет), 9,7% воздержались от ответа.

Качеством питания были довольны чуть более половины (51,4%) респондентов (44,4% мужчин и 55,6% женщин), не довольны — 36,1% (40,7% мужчин и 33,3% женщин) опрошенных, не определились с ответом — 12,5% (14,8% мужчин и 11,1% женщин) респондентов. Доля неудовлетворенных качеством питания пациентов была максимальной в возрастной группе 40—49 и 60—69 лет — 50%.

Важной составляющей качества медицинской помощи является ее безопасность. Большинство (58,3%) пациентов считали примененные лечебно-диагностические процедуры безопасными, однако 6,9% придерживались другой точки зрения (пациенты 30—39 лет, 60 лет и старше, только женщины), а более трети (34,7%) не смогли однозначно ответить на данный вопрос. Данный факт свидетельствует о необходимости усиления разъяснительной работы с пациентами о характере проводимого лечения, что соответствует требованиям информированного согласия.

На общий микроклимат в отделении влияет и характер взаимоотношений врачей и среднего медперсонала. На факты некорректности этих взаимоотношений указали 5,6% опрошенных (3,7% мужчин и 6,7% женщин). Наибольшим (10%) данный показатель был среди респондентов 40—49 лет.

Интегральным показателем, позволяющим оценить мнение пациентов о том или ином лечебном учреждении, является их ответ на вопрос, хотели бы они при необходимости лечиться в том или ином ЛПУ. Среди обследованных пациентов желание лечиться в другом стационаре высказали 4,2% опрошенных (3,9% мужчин и 4,2% женщин), а 15,3% затруднились с ответом. Таким образом, большинство (80,9%) пациентов не хотели бы менять лечебное учреждение.

В целом полную удовлетворенность медицинским обслуживанием высказали 83,3% опрошенных, частичную — 13,9%, неудовлетворенность — 2,8% (пациенты 50—59 и 60—69 лет — 7,7 и 5% соответственно). Все опрошенные в возрасте 30—39 и 70 лет и старше были в полной мере удовлетворены медицинским обслуживанием. Уровень удовлетворенности практически не отличался среди мужчин и женщин (полную удовлетворенность высказали 85,2 и 82,2% из них соответственно). При расчете показателя соотношения доли удовлетворенности и неудовлетворенности медицинским обслуживанием в зависимости от удовлетворенности или неудовлетворенности пациента различными его составляющими оказалось, что наиболее значимым фактором является деонтологический (некорректное или грубое отношение врача).

Реальностью настоящего времени стало оказание платных медицинских услуг. В связи с этим мы включили анкету вопросы о том, улучшились ли с их введением доступность и качество гематологической помощи. Такую точку зрения разделяли немногие: 6,9% считали, что увеличилась доступность, 5,6% полагали, что улучшилось качество медицинской помощи. Примерно половина придерживались противоположной позиции (51,4% — относительно доступности и 48,6% — относительно качества медицинской помощи) и около половины (41,7%) не смогли сказать ничего определенного по данному вопросу. Позитивные изменения видели только пациенты 40—49 лет (25%), 60—69 лет (10%) и 70 лет и старше (4,8%); в большей степени женщины (доля отметивших увеличение доступности и улучшение качества среди женщин составляла 8,9 и 6,7% соответственно, а среди мужчин — 3,7 и 3,3%).

Заключительный блок вопросов анкеты касался мнения пациентов о том, что необходимо сделать для улучшения качества гематологической помощи. Респонденты были достаточно активны в высказывании своих предложений и, как правило, делали их в комплексе. В среднем каждый из них сделал около 6 ( $5,8 \pm 0,3$ ) предложений (6,1  $\pm$  0,2 — мужчины; 5,7  $\pm$  0,3 — женщины). Распределение респондентов по числу предложений показало, что 1 предложение высказали лишь 6,9% опрошенных, 2 — 5,6%; 3—5 — 1,9%; 6 и более (до 14) — 55,6%.

Наиболее частым предложением, которое встречалось в 88,9% анкет, являлось предложение об улучшении условий пребывания в стационаре, включая уменьшение числа коек в палатах, создание лучших возможностей для выполнения гигиенических процедур, улучшение качества мебели, поддержание оптимального температурного режима в палатах и коридорах и т. п. Особенно волновала эта проблема пациентов 40—69 лет.

На втором месте по частоте высказывания — предложение о повышении заработной платы вра-

чей. На необходимость этого указали 79,2% опрошенных. С возрастом доля респондентов, высказавших такое предложение, уменьшается с 100% в 30—39 лет до 70,8% в 70 лет и старше.

Значительная часть (74,7%) респондентов считала необходимым улучшить лекарственное обеспечение стационаров, чтобы у пациентов не возникало необходимости самим приобретать лекарственные препараты. Среди мужчин этот показатель был достоверно выше (84,6%), чем среди женщин (68,9%), а в разных возрастных группах он колебался от 65% (60—69 лет) до 92,3% (50—59 лет).

Примерно половина опрошенных высказала предложение о необходимости модернизации оборудования и укреплении материально-технической базы стационара (52,8%), увеличения коечного фонда гематологического профиля (51,4%), уменьшения нагрузки врачей и среднего медперсонала (50%). Активность в высказывании этих предложений снижалась с увеличением возраста пациентов (выше она в возрасте до 50 лет, а минимальна — в старшей возрастной группе).

Около 40% респондентов высказали такие предложения, как дальнейшее развитие сети дневных стационаров (45,8%), введение в гематологических стационарах должности психотерапевта или психолога (40,5%), улучшение информированности пациентов о характере и особенностях течения имеющихся у них заболеваний, мерах профилактики осложнений, образе жизни, питания и т. п. (43,1%), создание стационаров на дому (46,2%).

Пятая часть (20,4%) респондентов считали необходимым повышение уровня квалификации персонала. Данная проблема особенно волновала пациентов 30—39 (48,4% считали это важным) и 50—59 (46,1%) лет.

Единичными были предложения по улучшению отношения персонала к пациентам (его высказали 4,1% опрошенных женщин 40—59 лет) и по развитию частных гематологических клиник (1,4% — женщины 60—69 лет).

Можно отметить, что позиции мужчин и женщин по многим рассматривавшимся вопросам достаточно близки, за исключением мнения о необходимости улучшения лекарственного обеспечения, увеличения сети гематологических отделений, уменьшения нагрузки персонала и создания стационаров на дому, которое значительно чаще высказывали мужчины, а проблемы развития частных клиник и улучшения отношения персонала волновала только женщин. Более активными в высказывании предложений были пациенты моложе 50 лет.

### З а к л ю ч е н и е

Таким образом, проведенный анализ показал, что пациенты, находящиеся на стационарном лечении в гематологических отделениях — это преимущественно лица старше 50 лет со значительным снижением ресурса здоровья, которые в основном неоднократно госпитализировались по поводу

имеющихся заболеваний и лечатся в плановом порядке.

При сравнительно высокой оценке пациентами качества лечения результаты опроса свидетельствуют о наличии ряда организационных проблем. Так, по нашему мнению, в ряде случаев неоправданно высокой является длительность ожидания в приемном покое (более 3 ч), хотя в основном это касается больных, госпитализированных в экстренном порядке. Не все пациенты информированы в должной мере о характере своей болезни и получали рекомендации по поводу своего образа жизни в связи с заболеванием. Почти каждый шестой пациент считает несвоевременной оказанную ему медицинскую помощь. Имеются проблемы деонтологического характера (в отношении врачей и среднего медперсонала), которые в значительной мере влияют на степень удовлетворенности пациентов качеством лечения. Оставляют желать лучшего условия пребывания в стационаре, а также уровень его лекарственного обеспечения.

Большинство высказанных респондентами предложений по улучшению качества гематологической помощи может быть реализовано лишь при существенном увеличении уровня ее финансирования. Кроме того, должна быть разработана стратегия развития службы, включая развитие сети гематологических коек, дневных стационаров, а также такой формы, как стационары на дому. К числу сравнительно легко решаемых задач можно отнести введение в штат персонала должности психотерапевта, что весьма актуально для данной совокупности больных. Несколькостораживает нередко высказываемое предложение о необходимости повышения квалификации персонала. Это, с одной стороны, требует более детального анализа и проверки данного вопроса, а с другой — видимо, свидетельствует о недостаточной удовлетворенности пациента от общения с врачом, о недостатках в разъяснительной работе по поводу проводимых лечебно-диагностических мероприятий. Практически не встречается поддержки среди пациентов идея частной медицины применительно к гематологии.

Все вышеизложенное доказывает необходимость совершенствования менеджмента в стационарах гематологического профиля, что обеспечит большую удовлетворенность пациентов и более высокое качество помощи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Калашников С. В. // Проблемы совершенствования законодательства Российской Федерации о здравоохранении: Материалы науч.-практ. конф., Москва, 20 нояб. 2006 г. — М., 2007. — С. 9.
2. Принципы обеспечения качества. Отчет о совещании ВОЗ. — Женева, 1994. — С. 12.
3. Управление качеством в здравоохранении: лицензирование, стандартизация, клинико-экономический анализ: Резолюция науч.-практ. конф. — М., 2004.
4. Филатов В. Б., Петрова И. А., Жилинская Е. В. // Проблемы совершенствования законодательства Российской Федерации о здравоохранении: Материалы науч.-практ. конф., Москва, 20 нояб. 2006 г. — М., 2007. — С. 66—67.

Поступила 10.06.09

А. Г. Гончарова

## КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ОСОБО ВРЕДНЫХ ХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

АНО Центр медико-биологических и экологических проблем РАЕН, Москва

Гончарова А. Г. — канд. мед. наук, ст. науч. сотр. (499-317-69-67).

*На основании комплексного анализа результатов динамического клинико-функционального обследования и медицинской документации контингента работающих (работавших) с особо вредными химическими веществами подтверждена эффективность системы медицинского освидетельствования военнослужащих и обязательных медицинских осмотров гражданского персонала, отбираемых для службы (работы), проходящих службу (работающих) с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию за счет оптимизации процедуры отбора и динамического наблюдения. Общая заболеваемость в группе военнослужащих с максимальным профессиональным риском на 20% ниже, чем в группе с минимальным риском, и на 64% ниже, чем в группе контроля. Разработан алгоритм применения диагностических методов на этапах медицинского освидетельствования военнослужащих и обязательных медицинских осмотров гражданского персонала Вооруженных сил РФ с применением системного дифференцированного подхода и учетом особенностей течения заболеваний и преемственностью в медицинском сопровождении этой группы обследуемых.*

*Оптимизирована система управления качеством медицинского освидетельствования военнослужащих и обязательных медицинских осмотров гражданского персонала, отбираемого для службы (работы), проходящих службу (работающих) с токсичными химикатами, относящимися к токсическому оружию, с учетом требований Федерального закона "О социальной защите граждан, занятых на работах с химическим оружием".*

Ключевые слова: управление качеством медицинского освидетельствования, военнослужащие, токсичные химикаты

Goncharova A. G.

### THE QUALITY OF MEDICAL EXAMINATION OF PERSONS WHO UNDERWENT THE IMPACT OF ESPECIALLY HARMFUL CHEMICAL FACTORS

*The comprehensive analysis of the results of dynamic clinical functional examination of the contingent working or worked with especially harmful chemical substances and the corresponding medical documentation was made. The research approved the effectiveness of the system of medical examination of servicemen and mandatory medical check-ups of civilian personnel selected to service or work with toxic chemicals relevant to chemical weapon at the expense of optimization of the procedure of selection and dynamic observation. General morbidity among servicemen with maximal professional risk was on 20% lower than in the group with minimal risk and on 64% lower than in the control group. The algorithm was developed to apply the diagnostic techniques during medical examination of servicemen and mandatory medical check-ups of the civilian personnel of Military Forces of Russian Federation. The system differentiating approach was implemented to take into account the specifics of disease course and the succession in medical maintenance of this group of the examined. The optimization was applied to the system of quality management in medical examination of servicemen and mandatory medical check-ups of the civilian personnel, selected to service or work with toxic chemicals relevant to chemical weapon in accordance with requirements of the Federal Law On the social support of citizen employed to work with chemical weapon.*

Key words: quality management, medical examination, serviceman, toxic chemicals

В постановлении Правительства Российской Федерации от 21.03.96 "Об утверждении Федеральной целевой программы "Уничтожение запасов химического оружия в Российской Федерации" в период ввода в эксплуатацию первых объектов по уничтожению химического оружия", постановлении Правительства Российской Федерации от 30.12.94 № 470 и от 22.03.95 № 289 и Федеральном законе "Об уничтожении химического оружия" от 02.05.97 № 76-ФЗ вопросы медико-гигиенического обеспечения безопасности работ по уничтожению химического оружия определяются как приоритетные.

Управление качеством медицинского освидетельствования спецконтингента, работающего в условиях потенциального риска воздействия особо вредных химических факторов, базируется на анализе структуры и динамики их заболеваемости [3, 9]. Изучение данных литературы показало, что при исследовании состояния здоровья лиц, работавших с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию (ТХ ХО), зафиксированы редкие случаи острых поражений, при этом не исключалась

возможность хронического их воздействия на организм человека [1, 4, 12, 17]. Анализ данных клинического материала специализированных учреждений при Федеральном медико-биологическом агентстве (на 2000 г. — Федеральном управлении медико-биологических и экстремальных проблем Минздрава РФ) в Санкт-Петербурге и Волгограде, а также собственных исследований выявил определенные трудности в объективной оценке связи заболеваний с воздействием низких уровней ТХ ХО в отдаленном периоде, поскольку клинические признаки воздействия их на организм человека спустя 10—15 лет после контакта с ними малоспецифичны, часто сочетаются с сенильной патологией. Поэтому актуальными являются оценка динамики основных клинических синдромов и поиск донозологических и нозологических критериев диагностики состояний, обусловленных комплексом производственных факторов [1, 3, 17].

Еще один важный аспект управления качеством медицинского освидетельствования состоит в том, что на специальных химических объектах одновременно работают и военнослужащие, и гражданские

лица, медицинское обеспечение которых осуществляется медицинскими учреждениями разных министерств (Минобороны РФ и Минздравсоцразвития РФ). Отбор персонала, лечебно-профилактические мероприятия, врачебная экспертиза состояния здоровья, диагностика профессиональных заболеваний и отдельных последствий регламентируются в соответствии с законодательством Российской Федерации различными нормативными правовыми документами, которые полностью коррелируют в части требований к состоянию здоровья лиц, работающих (проходящих службу) с ТХ ХО [6, 13–17].

Развертывание работ в соответствии с Федеральной целевой программой "Уничтожение запасов химического оружия в Российской Федерации" потребовало обособления и разработки системы управления качеством медицинского освидетельствования военнослужащих и гражданского персонала Вооруженных сил Российской Федерации (далее — ГП), работающих с ТХ ХО.

Система медицинского освидетельствования отражена в Инструкции о порядке проведения медицинского освидетельствования военнослужащих, обязательных медицинских осмотров гражданского персонала Вооруженных сил Российской Федерации, отбираемых для службы (работы), проходящих службу (работающих) с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию [6], граждан, проходивших военную службу с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию, и установления причинной связи их заболеваний с воздействием токсичных химикатов, относящихся к химическому оружию.

В настоящее время отбор военнослужащих для службы с ТХ ХО проводится на основании расписания болезней и таблицы дополнительных требований (приложения к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации 2003 г. № 123) и Инструкцией о порядке проведения военно-врачебной экспертизы (ВВЭ) и медицинского освидетельствования в Вооруженных силах РФ, утвержденной приказом Минобра обороны РФ 2003 г. № 200, а также упомянутой выше Инструкцией. Требования к состоянию здоровья военнослужащих, проходящих службу с ТХ ХО, полностью соответствуют аналогичным нормативным документам Минздравсоцразвития России [6–11].

Кроме того, нормативные документы по вопросам ВВЭ дают право Центральной военно-врачебной комиссии (Минобороны РФ) Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова устанавливать у военнослужащих и граждан, проходивших военную службу, при обязательном участии главного клинического токсиколога-радиолога Минобороны РФ причинную связь заболевания с несением военной службы при исполнении обязанностей военной службы с ТХ ХО в формулировке: "Военная травма". В этом случае они приобретают право на ряд льгот, предусмотренных законодательством Российской Федерации [6–11].

При настоящем исследовании проведен анализ медицинской документации, оценивалось состояние здоровья военнослужащих и лиц ГП, проходивших службу (работавших) или проходящих службу (работающих) с ТХ ХО. При изучении условий труда и ретроспективной заболеваемости ис-

пользовали результаты многолетних производственно-гигиенических исследований, санитарно-гигиенические характеристики, составленные ведомственными здравпунктами предприятий и научно-исследовательских институтов Федерального медико-биологического агентства: 2365 лиц (972 мужчин, 1393 женщин), проводивших работы на потенциально опасных объектах до 1993 г., не имевших зафиксированных острых интоксикаций (по данным архивной медицинской документации); 744 человек при определении годности к военной службе и ежегодных медицинских освидетельствованиях здоровья на потенциально опасных объектах 2001–2006 гг. Контрольную группу составили 290 человек, не контактировавших с ТХ ХО.

Обследуемый контингент был разделен на группы по категориям профессионального риска:

1-я группа — категория наибольшего риска — многолетняя работа с ТХ ХО различных классов и другими токсикантами (растворители, кислоты, щелочи и другие органические и неорганические соединения, не относящиеся к ТХ ХО) в лабораторных условиях или (и) в полевых условиях при выполнении работ с "открытым продуктом" ТХ ХО кожно-нарывного и нервно-паралитического действия. У лиц этой группы отмечена наибольшая вероятность развития профессиональной патологии;

2-я группа — лица, выполнявшие лишь кратковременные и непродолжительные работы с ТХ ХО (при отсутствии аварий и острых поражений);

3-я группа (контрольная) — лица, не участвующие в работах с ТХ ХО.

При обследовании каждого пациента проанализировано 796 клинико-инструментальных параметров.

Исследования показали высокую эффективность системы медицинского освидетельствования военнослужащих и обязательных медицинских осмотров ГП, отбираемых для службы (работы), проходящих службу (работающих) с ТХ ХО за счет оптимизации процедуры отбора и динамического наблюдения.

Так, общая заболеваемость в группе военнослужащих с максимальным профессиональным риском на 20% ниже, чем в группе с минимальным риском, и на 64% ниже, чем в группе контроля, что связано с высоким качеством медицинского освидетельствования и жесткими требованиями к их состоянию здоровья. Общая заболеваемость в группе военнослужащих с максимальным профессиональным риском через 1 год стала на 3% ниже, чем при первом освидетельствовании, что свидетельствует о своевременном выделении групп риска развития заболеваний и эффективности профилактических и лечебных мероприятий.

Оценка отдаленных результатов воздействия ТХ ХО на организм позволила разработать алгоритм применения диагностических методов на этапах медицинского освидетельствования с использованием системного дифференцированного подхода, учетом особенностей течения заболеваний (динамики развития симптомов и синдромов) и преемственности в медицинском сопровождении этой группы обследуемых.

Единая система диагностических признаков донологии и нозологии, обусловленной комплексом факторов при работе с ТХ ХО, основана на стандартизованных методических подходах.



Диагностические критерии с учетом профмаршрута позволяют определять показания к медицинскому освидетельствованию в стационарных условиях с целью определения категории годности военнослужащих к военной службе, годности к службе с ТХ ХО; у граждан, проходивших военную службу с ТХ ХО, — установления группы и причины инвалидности, а у ГП — экспертизы годности к работе с ТХ ХО, степени утраты трудоспособности, наличия профессионального заболевания, группы и причины инвалидности.

Определены наиболее рациональные схемы диагностических мероприятий, включая молекулярно-генетические и иммунологические методы, по установлению причинной связи заболеваний с воздействием ТХ ХО, позволяющие значительно повысить качество медицинского освидетельствования, что имеет важное социальное значение.

Большое практическое значение в управлении качеством медицинского освидетельствования имеет создание Единого регистра данных военнослужащих, исполняющих обязанности военной службы с ТХ ХО. Регистр данных унифицирует информацию о профмаршруте, основных результатах клинико-инструментальных и лабораторных исследований, позволяя проследить временную динамику состояния здоровья обследуемого, независимо от времени и места прохождения службы, тем самым повышая качество экспертизы на всех этапах медицинского освидетельствования.

Таким образом, по итогам работы можно сделать следующие выводы:

1. Структура, формирование и сроки развития основных клинических симптомов и синдромов в отдаленном периоде определяет тип ТХ, наличие острых однократных или повторных интоксикаций в анамнезе, стаж работ с ним и время, прошедшее от последнего контакта с ТХ.

2. Вопрос о влиянии пороговых доз экотоксикантов на организм дискутируется. При установленном факте воздействия малых доз подтверждение причинно-следственных связей заболевания от влияния ТХ ХО требует сопоставления времени развития симптомов с результатами дополнительных клинико-лабораторных исследований. Совокупность клинико-лабораторных признаков в сочетании с динамикой развития основных клинических симптомов и синдромов — эффективное основание для определения причинной связи имеющихся заболеваний с воздействием ТХ ХО. У разных профессиональных групп в отдаленном периоде после контакта с ХО отмечены коморбидность и неспецифичность заболеваний.

3. Повышение эффективности системы управления качеством медицинского освидетельствования лиц, работающих (проходящих службу) с ТХ ХО, обеспечивается этапностью, регулярным ежегодным проведением медицинского освидетельствования, преемственностью осуществляемых мероприятий. Общая заболеваемость в группе военнослужащих с максимальным профессиональным

риском на 20% ниже, чем в группе с минимальным риском, и на 64% ниже, чем в группе контроля.

4. Социальная защита военнослужащих и ГП, проходящих (проходивших) службу, работающих (работавших) с ТХ ХО, обеспечивается законодательством Российской Федерации и нормативно-правовой базой по вопросам ВВЭ и медико-социальной экспертизы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Ю. В. и др. // Сборник докладов науч. конф. ЦНИИ МО РФ по проблемам уничтожения химического оружия. — Шиханы, 1997. — С. 285—286.
2. Бочков Н. П., Катосова Л. Д. // Вестн. РАМН. — 1992. — № 1. — С. 10—14.
3. Буслев Н. Ю. и др. // Рос. хим. журн. — 1994. — № 2. — С. 85—88.
4. Военно-полевая терапия / Под ред. А. Е. Сосюкина. — СПб., 2006.
5. Военно-полевая терапия / Под ред. В. М. Ключева. — М., 2007.
6. Гончарова А. Г., Ковальский О. Н., Ядчук В. Н. и др.; Инструкция о порядке проведения медицинского освидетельствования военнослужащих, обязательных медицинских осмотров гражданского персонала Вооруженных Сил Российской Федерации, отбираемых для службы (работы), проходящих службу (работают) с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию, граждан, проходивших военную службу с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию, и установления причинной связи их заболеваний с воздействием токсичных химикатов, относящихся к химическому оружию / Под ред. И. Е. Зыковой и др. — М., 2006.
7. Зыкова И. Е., Куликов В. В., Ядчук В. Н. и др. // Воен.-мед. журн. — 2006. — № 3. — С. 19—22.
8. Куликов В. В., Люфтинг А. А., Пантелеев А. Я., Ковальский О. Н. // Воен.-мед. журн. — 1997. — № 12. — С. 9—13.
9. Куликов В. В., Ядчук В. Н., Квасовка В. В. и др. // Воен.-мед. журн. — 2005. — № 6. — С. 58—59.
10. Военно-врачебная экспертиза военнослужащих, отбираемых и проходящих военную службу в спецсооружениях, с РВ, ИИИ, КРТ, источниками ЭМП, военнослужащих, проходящих военную службу по контракту и членов их семей, направляемых для прохождения военной службы (проживания) в местности с неблагоприятными климатическими и экологическими условиями: Учеб.-метод. пособие для врачей / Куликов В. В., Ядчук В. Н., Квасовка В. В. и др. — М., 2007.
11. Куликов В. В., Ядчук В. Н., Ковальский О. Н. // Вопр. экперт. и качества мед. помощи. — 2007. — № 10 (22). — С. 39—47.
12. Куценко С. А., Козяков В. П., Мусийчук Ю. И. // Медицинские аспекты радиационной и химической безопасности: Материалы конф. — СПб., 2001. — С. 39—41.
13. Методические рекомендации по клинике, диагностике, лечению хронической интоксикации отравляющими веществами кожно-нарывного действия (временные). — М., 1999.
14. Методические рекомендации по проведению предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров работников, занятых на работах по уничтожению фосфорорганических отравляющих веществ. — М., 2000.
15. Сборник инструктивно-методических документов по проблеме уничтожения химического оружия. Ч. I: Отравляющие вещества кожно-нарывного действия. — М., 2001. — Т. 1.
16. Сборник инструктивно-методических документов по проблеме уничтожения химического оружия. Ч. II: Фосфорорганические отравляющие вещества. — М., 2001. — Т. 2.
17. Янно Л. В., Мусийчук Ю. И. // Медицина труда и пром. экол. — 1997. — № 6. — С. 5—7.

Поступила 24.12.09

О. В. Сагина<sup>1</sup>, Ч. А. Гасан-Заде<sup>2</sup>

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ

ГУ НИИ общественного здоровья РАМН, Москва<sup>1</sup>; стоматологическая поликлиника ЗАО "Стоматология",  
Владикавказ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Сагина О. В. — д-р мед. наук, ст. науч. сомп. (Sagina72@inbox.ru); <sup>2</sup>Гасан-Заде Ч. А. — гл. врач  
(Fatimati@inbox.ru)

*Экономический анализ деятельности стоматологических учреждений Владикавказа показал, что переход от административного управления к экономическому через развитие самоуправления и экономических методов управления выявляет немало резервов для улучшения качества оказываемой стоматологической помощи и заинтересованности медицинских работников в эффективности своей работы.*

**Ключевые слова:** стоматологическая помощь, смешанное финансирование, арендные отношения, профилактика стоматологических заболеваний

*Sagina O.V., Gasan-Zade Ch.A.*

## THE DEVELOPMENT OF DENTAL MEDICAL CARE IN THE REPUBLIC OF SEVERNAYA OSETIYA-ALANIYA

*The economical analysis of functioning of dental care institutions in the city of Vladikavkaz revealed that the transition from administrative to economical management through the development of self-government and economic managerial methods provide more reserves to enhance quality of dental care and interest of medical staff in effectiveness of their activities.*

**Key words:** dental care, mixed financing, dental pathology prevention

Проблема организации амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи населению всегда находилась в центре внимания организаторов здравоохранения [1, 4, 6]. Стоматологическая помощь — одна из самых распространенных разновидностей специализированной медицинской помощи населению. По обращаемости (16,9% всех посещений) она стоит на втором месте после терапевтической помощи [2].

На протяжении последних десятилетий стоматология претерпевала некоторые изменения, которые в основном были связаны с развитием новых медицинских технологий, однако требовали своего изменения и условия организации, экономико-правовые механизмы деятельности стоматологической службы [3, 5].

Становление рыночных отношений, многоукладность форм собственности являются в настоящее время важнейшими политико-экономическими факторами, от которых зависят пути развития стоматологических учреждений.

Производство стоматологических услуг становится все более техно- и наукоемким, а качество — зависящим от применяемых медицинских технологий, оснащенности рабочего места, уровня подготовленности специалистов, их профессиональной установки на эффективность оказываемой стоматологической помощи. Стоматология является специфическим разделом здравоохранения, имеющим собственную сеть учреждений, отдельную систему подготовки кадров и т. д.

В большинстве регионов страны государственные стоматологические учреждения перешли на смешанное финансирование: из средств бюджета и за счет хозрасчетной деятельности. На изделия для стоматологии установлены свободные цены.

Экономический анализ деятельности стоматологических учреждений Владикавказа показал, что переход от административного управления к экономи-

ческому через развитие самоуправления и экономических методов управления выявляет немало резервов для улучшения качества оказываемой стоматологической помощи и заинтересованности медицинских работников в эффективности своей работы.

В настоящее время для Республики Северная Осетия-Алания требуется создание действенных экономических, организационных и социально-психологических механизмов повышения творческой активности стоматологических работников, в связи с чем необходимо в корне изменить подход к оценке возможностей и путей использования экономических методов управления в стоматологических учреждениях. Вышеперечисленные обстоятельства обусловили возможность перехода госбюджетных стоматологических учреждений Владикавказа на работу в новых условиях хозяйствования в соответствии с настоящей ситуацией и сложившимися социально-экономическими условиями.

Таким образом, при определении путей развития стоматологической службы Владикавказа учитывались следующие факторы:

снижение роли централизованного управления;  
развитие различных форм многоукладности собственности;

снижение бюджетного финансирования;  
наличие собственной сети учреждений и специфичности стоматологической экономики;

появление альтернативной стоматологической сети;

необходимость подготовки стоматологической службы к системе медицинского страхования.

При выборе путей дальнейшего совершенствования стоматологической помощи необходимо было решить и пересмотреть все основные позиции организации и управления стоматологией:

- юридический и медицинский статус;
- ресурсное и кадровое обеспечение;

- финансирование;
- вопросы взаимоотношений с органами управления здравоохранения, системой медицинского страхования.

В 1990 г. в соответствии с приказом Минздрава Северо-Осетинской АССР было организовано лечебно-производственное объединение "Стоматология" на условиях аренды.

В состав объединения вошли Республиканская стоматологическая поликлиника, городские стоматологические поликлиники № 2, 3 и детская городская стоматологическая поликлиника.

Объединению для проведения организационно-методической работы в республике был определен статус республиканской. С Минздравом Северо-Осетинской АССР был заключен договор об оказании стоматологической помощи населению Владикавказа и районам республики, в котором определены условия оказания данного вида помощи.

Функционирующие стоматологические кабинеты на промышленных предприятиях республики, финансируемые за счет бюджета, были переведены на договора с промышленными предприятиями с целью снижения расходов бюджета. С этой же целью одна из стоматологических поликлиник преобразована в хозрасчетную. Необходимо также отметить, что проведена и кадровая реорганизация, в том числе осуществлена ревизия штатных должностей в стоматологических поликлиниках, сокращены должности, не влияющие на количественные и качественные показатели деятельности стоматологических учреждений.

В настоящее время лечебно-производственное объединение "Стоматология" является организационно-методическим и лечебно-консультативным центром по стоматологии в республике, а также базой для усовершенствования врачей стоматологического профиля и зубных техников стоматологических учреждений республики.

При переходе на арендные отношения отменена участковость, каждый пациент, согласно Основам законодательства об охране здоровья граждан, вправе выбрать стоматологическое учреждение и врача, при этом сохранена предварительная запись.

Основой стоматологической помощи населению является профилактика стоматологических заболеваний. С этой целью разработана и внедрена комплексная программа профилактики кариеса и заболеваний тканей пародонта среди населения республики. Для реализации комплексной программы в республике осуществлено эпидемиологическое обследование населения, открыты кабинеты гигиены в стоматологических поликлиниках и стационарных кабинетах школ.

Таким образом, совершенствование стоматологической помощи населению Республики Северная Осетия-Алания в современных экономических условиях является важным вопросом для здравоохранения республики в частности и России в целом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вагнер В. Д. Роль и место стоматологической поликлиники в механизме деятельности здравоохранения в рыночных условиях: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Омск, 2008.
2. Управление ортопедической стоматологической помощью / Галлиулин А. Н., Ахмядзянова Г. З., Романенко А. Г. и др. — Ростов н/Д, 2006.
3. Кицұл И. С. // Актуальные проблемы общественного здоровья и здравоохранения в современных условиях: Материалы межрегиональной науч.-практ. конф. — Иркутск, 2003. — С. 44—46.
4. Максимовский Ю. М., Аванесов А. М., Дойников А. И., Сатина О. В. Современные принципы организации стоматологических учреждений России. — М., 2004.
5. Максимовский Ю. М., Сагина О. В. Организация стоматологической службы России. — М., 2007.
6. Щепин О. П., Стародубов В. И., Линденратен А. Л., Галанова Г. И. Методологические основы обеспечения качества медицинской помощи. — М., 2002.

Поступила 25.05.09

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2010  
УДК 614.2:617.55-02:616.13-004.6]-07

А. Я. Сохач, В. Я. Горбунков, Н. В. Агранович

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ставропольская государственная медицинская академия

**Сохач А. Я.** — канд. мед. наук, доц., зав. каф. (sokhach@narod.ru); **Горбунков В. Я.** — д-р мед. наук, проф., зав. курсом (stigma@postmaster.ru); **Агранович Н. В.** — канд. мед. наук, зав. каф. (nagranovich@mail.ru)

*Проведенная систематизация и стратификация клинических, физических, лабораторных, инструментальных методов исследования позволила сформулировать алгоритм комплексной диагностики больного, определить роль и значение современных дополнительных методов при обследовании пациентов с атеросклеротической абдоминальной ишемической болезнью сердца врачами первичного звена.*

Ключевые слова: атеросклероз, абдоминальная ишемическая болезнь, методология, алгоритм обследования

Sokhach A.Y., Gorbunkov V.Y., Agranovitch N.V.

## THE DEVELOPMENT OF DIAGNOSTICS OF ABDOMINAL FORM OF ISCHEMIC HEART DISEASE IN PRIMARY HEALTH CARE

*The systematization and stratification of clinical, physical, laboratory and instrumental methods of testing was carried out. The research permitted to formulate the algorithm of comprehensive diagnostics of patient and to determine the role and significance of modern additional techniques in examination of patients with atherosclerotic abdominal ischemic heart disease on the level of primary health care.*

Ведение больных с атеросклеротическими поражениями включает в себя два основных направления: профилактику и симптоматическое лечение. Первое направление предполагает коррекцию всех имеющихся у больного модифицируемых факторов риска и является приоритетным. Однако во всем мире качество помощи в области немедикаментозной коррекции факторов риска заметно отстает от других аспектов ведения больных. К настоящему времени в отечественной медицине еще нет модели ведения больного с атеросклеротической абдоминальной ишемической болезнью (ААИБ).

Диагностика ААИБ является довольно сложным комплексным процессом, выполнение которого в наибольшей степени ложится на первичное звено здравоохранения. Но нередко ряд факторов, таких, как недостаточная профессиональная подготовка врача, низкий культурный уровень пациента, нежелание и нехватка у него времени для полного обследования, приводят к поздней диагностике и развитию тяжелых осложнений атеросклеротических заболеваний. В связи с этим создание четкой и эффективной программы профилактики атеросклероза в целом и ААИБ в частности, является неотъемлемой частью организации всей системы оказания медицинской помощи.

Для реализации медицинской профилактики используются дифференцированные методики, соответствующие следующим контингентам:

- 1) группа практически здоровых лиц с наличием поведенческих факторов риска;
- 2) группа лиц с выявленными факторами риска

атеросклеротических заболеваний;

- 3) группа больных с установленным диагнозом;
- 4) группа реконвалесцентов.

Медицинская профилактика практически здоровых лиц с наличием поведенческих факторов риска проводится с целью коррекции гигиенического поведения и формирования здорового образа жизни.

К основным факторам риска атеросклеротических заболеваний относятся: повышение артериального давления, избыточная масса тела, употребление алкоголя, курение, гиподинамия, нервно-психическое напряжение, гиперхолестеринемия. В возникновении заболевания не всегда "повинны" все 7 факторов риска одновременно, одни факторы играют большую роль, чем другие, но их сочетание повышает риск в несколько раз.

Эффективность проводимой профилактики, раннее выявление во многом определяют дальнейшее течение болезни, развитие осложнений и исход заболевания. В связи с этим вполне объяснимо, что системный подход в обследовании больного с ААИБ является следующей ступенью в ведении пациента. В этом аспекте нами выделены 4 этапа.

**I этап — клиническое обследование больного.** Оценка субъективного статуса: выявление основных жалоб, их детализация. Для более тщательной и полноценной детализации основных жалоб можно использовать анкету-опросник.

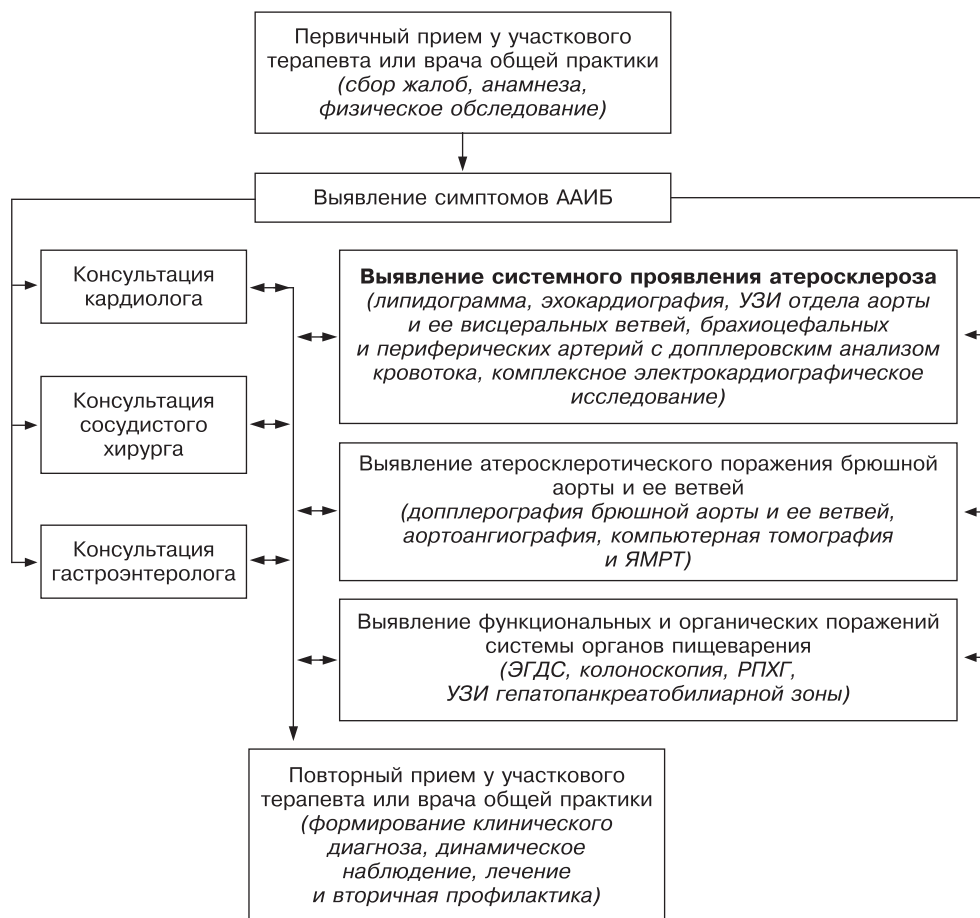
Правильно и в полном объеме собранная субъективная информация поможет практическому врачу определить правильное направление дальнейшего диагностического алгоритма.

**II этап — физическое обследование больного (общее состояние пациента).** Ведущее значение при объективном обследовании больных с подозрением на ААИБ имеет метод аускультации над аортой и ее висцеральных ветвей.

Выявление систолического шума можно отнести к патогномичным признакам при поражении брюшной аорты и(или) чревного ствола.

**III этап — лабораторные методы исследования больного.** Как самостоятельный метод они не имеют определяющего значения. Значение лабораторных методов исследования заключается в установлении возможности развития функциональных нарушений в органах пищеварения в условиях хронических циркуляторных расстройств.

**IV этап — инструментальные методы исследования.** Комплексное инструментальное обследование пациентов с ААИБ должно



Алгоритм комплексной системной диагностики ААИБ (клинический путь пациента).

включать в себя ультразвуковое, эходоплерокардиографическое, электрокардиографическое, эндоскопическое исследования, а также, по показаниям, аортографию, компьютерную томографию и ядерную магнитно-резонансную томографию брюшной полости.

На основании изложенного нами разработан и внедрен в практику ЛПУ Ставропольского края алгоритм комплексной системной диагностики ААИБ (см. рисунок).

Использование этого алгоритма позволило привлечь внимание врачей первичного звена к указанной патологии и существенно повысить

качество оказания медицинской помощи населению.

Таким образом, проведенные исследования и разработки направлены на укрепление первичного звена и совершенствование амбулаторной медицинской помощи. Выявление факторов риска и предоставление врачами рекомендаций по их устранению, системный подход к обследованию пациента и как следствие раннее выявление заболеваний приобретают особое значение в реализации задач, поставленных национальным проектом "Здоровье".

Поступила 21.03.08

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2010  
УДК 614.254.1

*Р. Т. Алиев, В. Б. Колядо, А. И. Неймарк, Т. В. Наседкина*

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО РАБОЧЕГО МЕСТА ВРАЧА В КРАЕВОМ АНДРОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

**Алиев Р. Т.** — канд. мед. наук, ассистент каф. (*Romanaliev@yandex.ru*); **Колядо В. Б.** — д-р мед. наук, зав. каф. (3852-24-64-82); **Неймарк А. И.** — д-р мед. наук, зав. каф. (3852-36-88-48); **Наседкина Т. В.** — студентка 3-го курса (*Tatnasedkina@rambler.ru*)

*Представлена разработка автоматизированного рабочего места (АРМ) врача андролога. АРМ помогает решить проблемы, с которыми врач и медицинская сестра ежедневно сталкиваются в процессе работы, повышает качество динамического наблюдения больных с андрологической патологией, значительно расширяет возможности профилактики, лечения, реабилитации андрологических больных, создает предпосылки к дальнейшему совершенствованию диспансерного метода наблюдения и представляет собой новый уровень сервиса в амбулаторно-поликлинической андрологии.*

**Ключевые слова:** систематизированная база данных, критерий эффективности, амбулаторно-поликлиническая андрология, совершенствование диспансерного метода наблюдения

*Aliiev R.T., Kolyado V.B., Neimark A.I., Nasedkin T.V.*

## THE PRACTICE OF INSTRUMENTATION OF AUTOMATED WORKING PLACE OF PHYSICIAN IN TERRITORIAL ANDROLOGY CENTER

*The article presents the design of automated working place of physician andrologist. This working place assists in resolving problems physician and nurse deals with in the everyday practice. This approach enhances the quality of case monitoring in patients with andrologic pathology, significantly expands the possibilities of prevention, treatment and rehabilitation of andrologic patients and develops the prerequisites in further development of dispensarization monitoring.*

**Key words:** data base, effectiveness, andrology, dispensarization

На сегодняшний день в России длительность приема врача, согласно стандартам, составляет 12 мин. Большую часть этого времени врач и медицинская сестра тратят на ведение медицинской документации, заполнение амбулаторных карт, журналов исследований и т. п. В последнее время много внимания уделяется вопросам более эффективного использования строго регламентированного времени врача и медицинской сестры на повседневном приеме. В связи с этим назрел вопрос оптимизации лечебного процесса и повышения качества оказания медицинской помощи на основе использования единого информационно-аналитического компьютерного комплекса.

Так, на сегодняшний день в литературе имеются указания на разработанные и эффективно действующие автоматизированные рабочие места (АРМ) врача-офтальмолога [3], детского врача-реаниматора [2, 3]. В Интернете огромное количество сайтов предлагают АРМ для работы медсестры разного профиля стационаров, поликлиник, АРМ регистратора, врача ультразвуковой диагностики, рентгенолога — для ввода, обработки и хранения рентге-

новских, томографических изображений; оториноларинголога и окулиста — для проведения аудиометрии и нистагмографии соответственно, врача скорой помощи [4, 5]. Однако упоминаний об АРМ врача-андролога нет.

Цель АРМ — повысить эффективность работы врача, увеличить время непосредственного общения с пациентом и при этом автоматизировать работу медицинской сестры с целью повышения скорости заполнения медицинской документации (статистических талонов, направлений на обследование, а также диспансерного учета).

В связи с этим на базе краевого андрологического центра Барнаула было решено оборудовать кабинет уролога-андролога АРМ — при помощи программных средств в диалоговом режиме с использованием ЭВМ.

### Характеристика информационно-аналитического комплекса и технология его применения

Для работы используется ЭВМ, совместимая с IBM PC x86, как в персональном режиме, так и в

сети (в нашем варианте Intel Celeron 466 в сети на несколько врачей). Программный комплекс был реализован в виде реляционной базы данных с системой управления базой данных MS Access 2003 для работы в средах MS Windows 2000 XP. Распечатка выходных данных осуществляется через печатающее устройство — любой принтер, соответствующий по размерам формату выходных данных. В нашем случае по экономическим соображениям был выбран матричный принтер Star 1500, использовались отдельные листы бумаги для прописи бланков рецептов, отчетов, заключений, направлений.

В основу программного комплекса положен принцип систематизированных баз данных из основных разделов работы врача-androлога. Базовым документом является амбулаторная — диспансерная карта больного, основные ее разделы систематизированы для машинной обработки. Оперативное управление данными осуществляется через определенные алгоритмы ЭВМ в диалоговом режиме. Заполнение и ведение всей медицинской документации осуществляются в программе, непосредственно с первичного поликлинического звена на приеме врача, при этом никакие промежуточные учетные документы на бумаге не заполняются.

### **Технологический процесс функционирования системы в автоматизированном режиме**

На прием к врачу приходит больной со страховым полисом и медицинской картой. Врач, ведущий прием, обследует пациента, выставляет предварительный диагноз, составляет план ведения, выписывает направления на необходимые дообследования. Затем формулирует окончательный диагноз, составляет план лечения; медицинская сестра вводит все необходимые сведения в базу данных, где осуществляется программный и визуальный контроль. При обнаружении ошибки производится корректировка введенных данных.

Все входные данные и результаты машинной обработки заносятся в базу данных андрологических больных. Всю выходную информацию медсестра получает на дисплей. Сформированные выходные данные используются для динамического наблюдения за больными, а отчеты по всем интересующим параметрам — для анализа состояния андрологической службы региона и для периодической отчетности.

Электронная карта амбулаторного — диспансерного больного состоит из следующих разделов: паспортная часть, общие данные, анамнез жизни, урологический статус, андрологический статус, копулятивная функция, результаты обследования, рекомендованное лечение и реабилитация, их результаты, диспансерное наблюдение, трудоспособность/нетрудоспособность, заключение, примечания.

Раздел "паспортная часть" заполняется при первом обращении больного полностью, с клавиатуры. Он включает: фамилию, имя, отчество; адрес больного; год, месяц, число рождения; дату приема; год взятия на диспансерный учет; год снятия с диспансерного учета; диагноз (основной, сопутствующий).

В разделе "общие данные" отражают жалобы больного на момент обращения, общий соматический статус, обращаемость (первичная или вторичная). При повторном обращении пациента указывается диагноз и результат лечения.

В разделе "анамнез жизни" регистрируют сведения о перенесенных ранее заболеваниях мочеполовой сферы (паховая грыжа; варикоцеле; инфекции, передаваемые половым путем — ИППП), детских инфекциях (корь, паротит), перенесенных операциях (грыжесечение, устранение варикоцеле), травмах (черепно-мозговые), профессиональных вредностях; вредных привычек (курение, алкоголизм, наркомания), аллергологическом статусе, сопутствующих заболеваниях (сахарный диабет, артериальная гипертензия, нервные и психические болезни), постоянно применяемых препаратах.

В разделе "урологический статус" описывают поясничную область (симметричная, асимметричная, наличие послеоперационных рубцов), выбухания области почек; результаты пальпации поясничной области и области мочевого пузыря (болезненная, безболезненная), перкуссии; характеристику мочеиспускания.

В разделе "андрологический статус" описывают оволосение (на лице, голове, туловище), половой член (размер, крайняя плоть, наличие уплотнений, искривлений, боль при эрекции), яички (правое, левое); придатки яичек (правое, левое, взаимоотношение с яичком), семенные канатики (доступны пальпации или недоступны), предстательную железу (плотность, контуры, размер, междолевая борозда, болезненность при пальпации), паховые лимфоузлы (пальпация, болезненность).

Раздел "копулятивная функция" включает сведения о половых контактах (регулярные, нерегулярные), половых партнерах (постоянные, непостоянные), нарушениях копулятивной функции (потенции, эрекции, эякуляции), продолжительности и начале (острое, постепенное) заболевания, возрасте начала половой жизни, ночной эрекции (да, нет); частоте половых актов; семейном положении, наличии детей в браке и вне брака, методе предохранения, состоянии здоровья жены; прежних обращениях по поводу бесплодия, проводимом лечении по поводу бесплодия.

В разделе "результаты исследования" отражают результаты лабораторных методов диагностики (общий анализ крови с формулой, полимеразная цепная реакция для диагностики ИППП, гормональный профиль), анализа секрета простаты; ультразвуковой диагностики (трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы, ультразвуковое исследование мошонки, полового члена), спермограммы, цистоскопии и дополнительных методов (уретрография, обзорная и экскреторная урография, цистография).

В разделе "лечение и реабилитация" описывают вид лечения, дозы, курс, течение заболевания на фоне проводимой терапии.

В разделе "диспансерное наблюдение" предусмотрено деление на 5 групп: 1-я — здоровые люди, 2-я — больные со стойкой компенсацией заболевания, 3-я — с нестойкой компенсацией заболевания, 4-я — с субкомпенсацией заболевания, 5-я — с декомпенсацией заболевания.

Для каждой нозологической формы болезни установлены свои критерии компенсации, в зависимости от степени компенсации для каждого заболевания установлена кратность посещения врача. Данные о перемещении больных по группам являются критерием эффективности диспансеризации и в дальнейшем используются при составлении отчетности.

В зависимости от группы диспансерного учета программа автоматически определяет дату следующей явки, контролирует визиты больных, выдает данные об эффективности диспансеризации.

Раздел "нетрудоспособность" предназначен для учета, контроля и анализа временной нетрудоспособности больных согласно выданным больничным листам. При открытии больничного листа ставится лишь количество дней, на которое он выдан, и программа автоматически высчитывает дату очередной явки. При повторном приеме медицинская сестра должна установить количество дней, на которое продлен больничный лист, либо зафиксировать его закрытие. Программа автоматически просчитывает количество дней нахождения пациента на больничном листе. На основании суммирования данных обо всех больных программа выдает сведения о заболеваемости с временной утратой трудоспособности: о количестве больничных листов, общем количестве дней на больничном листе, среднем количестве дней на 1 больничном листе. Эти данные можно получить за любой интересующий период, по любой нозологической группе.

В разделе "рекомендовано" указывают стандартные рекомендации данному больному: длительность курсов поддерживающей терапии, противорецидивного лечения, противовоспалительной терапии, курсов рассасывающего лечения, стационарного лечения; оперативное лечение (что проводилось, где и когда); необходимые консультации в диагностических центрах.

Раздел "заключение" определяет перечень данных, которые медсестра должна выдать больному на руки или занести в амбулаторную карту (например, при консультации).

В стандартное заключение входят: фамилия, имя и отчество больного; год рождения больного; год взятия на диспансерный учет; диагноз (полный, развернутый); андрологический статус при выписке, рекомендованное лечение; дата; фамилия, имя и отчество врача.

Все данные в заключение автоматически вносятся из различных разделов карты больного. При необходимости можно дополнительно ввести любые другие сведения. Заключение печатается через принтер на непрерывную ленту и отдельные листы бумаги.

### **Задачи, решаемые программой**

В информационно-аналитическом комплексе предлагается полностью перейти от традиционной формы ведения всей медицинской документации,

прибегнув к помощи программных средств в диалоговом режиме с использованием ЭВМ. Программные средства контролируют полноту и качество введения информации и методов ее обработки для получения оптимальных результатов, которые в дальнейшем используются для динамического наблюдения, анализа и составления отчетности.

Ведение всей медицинской документации в электронном виде с использованием прикладных программных средств имеет следующие преимущества:

- значительно ускоряет поиск необходимой карты больного;
- несоизмеримо повышает качество ведения всей медицинской документации;
- расширяет возможности быстрой оценки состояния больного в динамике;
- отпадает всякая необходимость в приобретении традиционных бумажных карт больных, бланков-вкладышей, статистических талонов, направлений, заключений и т. д.;
- прописи всех назначений и рекомендаций практически не занимают рабочего времени;
- заполненные в печатном варианте медицинские документы имеют современный вид, содержат всю необходимую информацию;
- ввиду того, что все данные имеются непосредственно в первичном документе — амбулаторной — диспансерной карте, программа всегда может их обработать и выдать необходимые сведения по любому разделу.

Таким образом, внедрение в практику информационно-аналитического комплекса, безусловно, повышает качество динамического наблюдения больных с андрологической патологией, упрощает работу врача и медицинской сестры, значительно расширяет возможности практического врача в профилактике, лечении, реабилитации андрологических больных, создает предпосылки к дальнейшему совершенствованию диспансерного метода наблюдения, и, наконец, это новый уровень сервиса в амбулаторно-поликлинической андрологии.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Варежкин Ю. П.* // Международный симпозиум INFO-89. — Минск, 1989. — Т. 2, ч. 2. — С. 588—591.
2. *Кобринский Б. А.* // Здравоохранение Рос. Федерации. — 1992. — № 8. — С. 22—24.
3. *Федотов Ф. Ф.* Оптимизация работы офтальмологической поликлинической службы республики Алтай: Дис. ... канд. мед. наук. — Красноярск, 2005. — С. 160.
4. [www.medprom.ru](http://www.medprom.ru), 2008
5. [www.lins.ru](http://www.lins.ru), 2008

Поступила 09.11.09

## СОЦИАЛЬНОЕ ПАРТНЕРСТВО ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва

Трущелев С. А. — канд. мед. наук, вед. науч. сотр. (sat-geo@mail.ru)

*Для преодоления стремительного нарастания бремени психических болезней многие органы управления здравоохранением и руководители лечебно-профилактических учреждений вынуждены обратиться к общественности с предложением социального партнерства. В сообщении представлен опыт успешной деятельности некоторых общественных объединений, действующих в области охраны психического здоровья. Отмечена заинтересованность структур государственного управления в эффективном развитии этого сектора социальной деятельности.*

Ключевые слова: психиатрия, социальное партнерство, общественные объединения

Truschelev S.A.

### THE SOCIAL PARTNERSHIP IN DELIVERING MENTAL CARE

*To overcome the rapid increase of mental diseases burden many health administrations and managers of curative preventive institutions have to turn to the community proposing social partnership. The article deals with the experience of successful activities of particular public organizations in the field of mental health care. The interest of public administration is noted to develop effectively this sector of social activities.*

Key words: psychiatry, social partnership, public organization

Во всем мире стремительно развиваются негативные социальные явления — алкоголизм, наркомания, быстрыми темпами увеличивается глобальное бремя психических болезней [9]. Если сердечно-сосудистые, онкологические заболевания и инсульты — основные причины смертности от неинфекционных заболеваний в мире, то психические расстройства (шизофрения, депрессия, эпилепсия) — причины длительной инвалидности. На психические расстройства приходится свыше 40% лет жизни, прожитых с инвалидностью в результате хронических болезней. Проблемы психического здоровья не только увеличивают финансовые потери населения и усиливают страдания людей, но и сокращают продолжительность жизни [5, 10, 15]. Установлено, что более половины случаев нетрудоспособности людей вызваны обстоятельствами, связанными со стрессом [4]. Специалисты считают, что это привело к сокращению ожидаемой продолжительности жизни россиян на 12 лет [3].

Отмечено нарастание депрессий, особенно в среде подростков. Суициды стали основной причиной смертности молодежи, их частота варьирует от 2 до 44 на 100 тыс. населения [4]. По данным ВОЗ, 47% людей, страдающих депрессией, и от 36 до 45% больных шизофренией никогда не лечились. Установлено, что 10% детей и подростков нуждаются в лечении, однако три четверти из них остаются без необходимой медицинской помощи. Среди бездомных — половина с психическими расстройствами. В то же время для некоторых стран Восточной Европы характерна избыточная госпитализация, причем 60% всех пациентов сосредоточено в крупных специализированных больницах. Интеграция психиатрии в первичную медико-санитарную помощь недостаточна, в некоторых странах отсутствуют национальные программы в области психического здоровья, не разработано соответствующее законодательство, во многих странах устойчивы стигматизация, дискриминация и социальная изоляция людей с психическими расстройствами [7, 16].

В Российской Федерации за последние 10 лет число больных, обращающихся за психиатрической помощью, возросло на 1/3, т. е. более чем на 700 тыс. К психиатрам обращаются уже более 7,5 млн человек (5,5% от населения страны). В 2006 г. число больных с впервые установленным диагнозом психического расстройства составило 37,7 на 10 тыс. населения. Этот показатель с 1990 г. увеличился на 40,7% [2]. Наблюдается рост числа больных наркоманией. Значительно увеличилось число суицидов, от которых ежегодно погибает до 60 тыс. человек [14]. Психические расстройства и болезни нервной системы лидируют в группе болезней, обусловивших развитие инвалидности у детей [8].

С 1990 г. в России фонд психиатрических коек сокращен на 36 тыс. единиц. Однако этот показатель остается одним из высоких в отрасли (11,4 койки на 10 тыс. населения, тогда как в ряде других стран — 2—3 койки на 10 тыс. населения). Сохраняется высокая централизация коечного фонда — свыше 40% приходится на специализированные больницы с мощностью более 1000 коек. Средняя длительность лечения в больнице составляет 75,7 койко-дня, повторно госпитализируются в том же году — 21,5% больных (при шизофрении — 29%). Доля находящихся в стационарах более года, т. е. "оседающих" больных, на протяжении целого ряда лет не меняется — 21,7% (каждая пятая койка занята этими больными). Растет доля больных, поступающих в стационары с непсихотическими формами психических расстройств (большую часть из них можно было бы лечить амбулаторно или в дневных стационарах): в 1990 г. — 28%, в 1999 г. — 33%, в 2002 г. — 36%, в 2006 г. — 49,5%. Длительность пребывания на стационарном лечении больных с этой патологией увеличивается (при сокращении этого показателя у больных шизофренией) [1, 2]. В то же время многие специалисты отмечают, что психические нарушения стали протекать мягче, часто незаметно для окружающих. На современном этапе развития психиатрии медицинские специалисты имеют средства для эффективного лечения многих болезней.



Результаты эпидемиологического исследования, проведенного в Москве Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины, свидетельствуют о значительном увеличении уровня психосоциального стресса среди мужчин и женщин среднего возраста. За период с 1988—1989 по 1994—1995 г. возросли частота напряженных отношений в семьях, неудовлетворенность работой; снизился уровень самооценки состояния здоровья населения, резко уменьшилось число людей, удовлетворенных жилищными условиями, семейным доходом. Результаты сопоставления смертности населения и приведенных выше показателей дают основание считать психосоциальные факторы одной из основных причин увеличения общей смертности и заболеваемости [11].

Даже эта весьма короткая характеристика состояния отечественного здравоохранения в области психического здоровья вызывает тревогу и беспокойство увеличивающимся вкладом в глобальное бремя болезней. Очевидно, что современная организация внебольничной психиатрической службы не только не способствует снижению уровня первичной и повторной госпитализации больных с психозами, но и все еще не может конкурировать со стационарным лечением, особенно при оказании специализированной медицинской помощи больным с непсихотической патологией [2].

Политических деятелей и общественных лидеров, а также многих простых людей волнует сильная деформация состояния психического здоровья населения. Люди не хотят мириться с неблагоприятной перспективой, объединяются для противостояния надвигающейся угрозе.

В разных странах общественные объединения выступают с инициативами по совершенствованию систем охраны психического здоровья и психиатрической помощи населению. Ущемление прав и свобод иногда объединяет граждан в совместном протестном порыве, а их целевые установки отличаются крайней радикальностью. Так, за рубежом в начале 60-х годов XX века широкое распространение социальное и культурное движение, выступавшее с критикой понятий и практик традиционной психиатрии, против использования психиатрии в интересах власти и за права психически больных людей. Это антипсихиатрическое движение возникло в США на фоне широкого общественного недовольства условиями содержания пациентов в психиатрических больницах в связи со злоупотреблениями специалистов. В ряде западных стран это привело к деинституционализации психиатрической службы.

В этом же направлении активизировала свою деятельность Гражданская комиссия по правам человека (часто используется аббревиатура ГКПЧ) — подразделение церкви саентологии. Она основана в 1969 г. с целью расследования и предания гласности нарушений в психиатрии. Организация насчитывает более 130 отделений более чем в 30 странах мира. Деятельность этой организации часто отличается неконструктивностью и эпатажем, усиливает в обществе психологический барьер и ограничивает доступ к психиатрической помощи.

Возникновение протестных общественных объединений свидетельствует о неудовлетворенности потребительского спроса, необходимости совершенствования психиатрической помощи населе-

нию. По инициативе Всемирной психиатрической ассоциации и при поддержке ВОЗ развернута работа по обеспечению свободного доступа к психиатрической услуге. Поставлена цель по изменению социальных стереотипов отношения к психиатрии, уменьшению дискриминации людей с психическими болезнями. Именно эти факторы препятствуют и мешают скорейшему и успешному лечению. В 27 странах реализуется проект "Откройте двери". Эта программа рассчитана на противодействие стигме, прежде всего устранения социального клейма больных шизофренией. С августа 1999 г. в кампанию вовлечены 7 центров Германии. Установлено, что государственные информационные программы и общественные просветительские меры, направленные на отдельные целевые группы, существенно улучшают понимание проблемы, формируют системы взаимоподдержки, повышают толерантность, содействуют социальной реинтеграции людей, страдающих психическими заболеваниями [13].

В Российской Федерации разработано и постоянно совершенствуется законодательство в области психиатрической помощи населению. В Законе о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании от 02.07.1992 № 3185-1 (в ред. от 22.08.2004 № 122-ФЗ) предусмотрено, что все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства, получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения. Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, факта нахождения под диспансерным наблюдением в психоневрологическом учреждении не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Согласно статье 46 этого же закона контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан по их просьбе или с их согласия при оказании им психиатрической помощи могут осуществлять общественные объединения.

В статье 5 Федерального закона от 19.05.95 № 82-ФЗ (ред. от 02.02.2006) "Об общественных объединениях" определено, что общественное объединение — это добровольное, самоуправляемое, некоммерческое формирование, созданное по инициативе граждан, объединившихся на основе общности интересов для реализации общих целей, указанных в уставе общественного объединения. Статья 30 Конституции РФ устанавливает право каждого на объединение, при этом свобода деятельности общественных объединений гарантируется. В этом же документе отмечено, что никто не может быть принужден вступить в какое-либо объединение или пребывать в нем. Общественное объединение — это объединение физических лиц (граждан), а объединение юридических лиц (организаций) — ассоциация.

Организационные формы этих объединений весьма разнообразны: общественная организация, общественное движение, общественный и благо-

творительный фонды, общественное учреждение, благотворительная организация, орган общественной самодеятельности, политическая партия и др. Это могут быть международные, общероссийские, межрегиональные, региональные и местные общественные объединения. Деятельность этих организаций порой затрагивает более масштабные области — права человека, гражданские свободы и др.

Общественные объединения могут создаваться либо по принципу профессиональной принадлежности, объединяя в своих рядах только специалистов, либо по многопрофильному принципу, приобщая к своей работе представителей разных сфер деятельности. В некоторых неправительственных организациях специалисты по психическому здоровью работают вместе с людьми, страдающими психическими расстройствами, членами их семей и другими заинтересованными лицами. Эти организации обладают такими достоинствами, как социальное творчество, близость к народу, свободное развитие частной инициативы, гуманизирующий аспект совместной деятельности.

В последние годы общественные объединения, действующие в области охраны психического здоровья, все шире развивают сети взаимопомощи и социальной поддержки, оказывают эмоциональную и методическую помощь членам своего сообщества, а также повышают информированность населения в области психического здоровья, оценивают значимость психических расстройств в жизни разных групп населения, формируют их потребности в преодолении болезней и стигматизации, участвуют в совершенствовании организации работы служб охраны психического здоровья, осуществляют мониторинг соблюдения прав больных людей и их гражданских свобод. Общественные объединения граждан все чаще представляют интересы потребителей медицинских услуг и членов их семей через участие своих представителей в регламентации психиатрической помощи, расширении доступа к услуге, повышении ее качества, мониторинге соблюдения прав больных, разработке мер по преодолению социального клейма болезни. Все чаще лидеры общественных организаций выступают с осуждением создавшихся социально-экономических и культурных условий, негативно влияющих на психическое здоровье населения.

Отличительной чертой вклада общественных объединений граждан в пропаганду ценностей психического здоровья является расширение возможностей потребителей услуг и членов их семей. Эти организации, опираясь на мнение медицинских специалистов, занимаются обучением своих членов и их родственников вопросам охраны психического здоровья и преодоления болезни, обеспечивают поддержку в кризисных ситуациях. Так, при Московской областной психиатрической больнице № 8 в феврале 2007 г. была создана Орехово-Зуевская районная общественная благотворительная организация "Дом добрых надежд" (главный врач Г. И. Шурыгин, председатель правления организации И. Г. Комкова). Эта организация объединила родителей, больных детей, их родственников, друзей, медицинских работников. Ее деятельность направлена на осуществление мер воспитательного характера, психолого-педагогическое сопровождение социальной реабилитации, содействие образовательной, оздоровительной, правовой,

социально-бытовой и медицинской помощи, психологической адаптации и формированию условий полноценной жизни больных. Члены сообщества активно участвуют в организации и проведении праздников, краеведческих и паломнических поездок, развивающих мероприятиях для пациентов и их родственников. Мероприятия финансируют за счет благотворительных средств и пожертвований.

В последние годы формированию общественно-го сектора в Российской Федерации придают все большее значение. Государственные и муниципальные власти все чаще прибегают к помощи общественных организаций, предоставляя им на компенсационной основе возможность реализации ряда услуг социального назначения. Этому направлению оказывается существенная финансовая поддержка. Так, согласно Распоряжению Президента РФ из государственного бюджета на поддержку общественного сектора в 2009 г. выделено 1 млрд 200 млн руб. [6], а на программу по формированию здорового образа жизни граждан Минздравсоцразвития России направлено 830 млн руб. [12].

Понимая значимость общественного сектора в формировании гражданского общества, власти координируют и активно содействуют развитию этого направления.

18 декабря 2008 г. на Общественном совете города Москвы состоялось расширенное заседание комиссии по улучшению качества жизни москвичей "Общественное психическое здоровье. Опыт и проблемы организаций, работающих с людьми, страдающими психическими расстройствами. Поиск решения проблем". В Москве создано государственное учреждение "Дом общественных организаций", регулярно работает школа актива некоммерческих организаций.

В Москве более 3000 общественных объединений, из них 216 (согласно уставу) нацелены на формирование и поддержку ценностей психического здоровья. Реально действуют менее одной трети. Некоторые организации приобрели значительный опыт эффективной деятельности. Среди них "Клуб психиатров", "Новые возможности", "Общественные инициативы в психиатрии", "Семья и психическое здоровье" и др.

20 апреля 2009 г. состоялось заседание Совета по делам инвалидов при председателе Совета Федерации на тему "Актуальные проблемы оказания медицинской и социальной помощи лицам с психическими расстройствами". В обсуждении актуальных вопросов, связанных с состоянием медико-социальной помощи больным, перспективами ее совершенствования и оптимизации государственной политики в этом направлении, приняли участие члены Совета Федерации, представители профильных министерств, научных, общественных и специализированных медицинских организаций.

С октября 2005 г. при главном психиатре Минздравсоцразвития России функционирует Общественный совет по вопросам психического здоровья. В его структуре 14 комиссий. В деятельности Общественного совета особенно большое внимание уделено подготовке и ежегодному проведению Всемирного дня психического здоровья. Члены Общественного совета активно взаимодействуют с региональными общественными организациями. Совместно с научными коллективами и психиатрическими учреждениями Москвы и Московской об-

ласти выполнен ряд научно-исследовательских и образовательных программ, посвященных вопросам оценки глобального бремени психических заболеваний, поддержке психически больных и членов их семей, повышению квалификации работников психиатрических служб и информированности населения в области психиатрии. Среди них междисциплинарная научно-исследовательская работа "Цена психического здоровья: оценка масштаба потерь и обоснование новых стратегий", в которой определен масштаб последствий психических расстройств, установлены показатели прямых и косвенных потерь, суммарные расходы.

Проект "Пациент и его семья: от просвещения к социальной интеграции" был выполнен региональной благотворительной организацией "Семья и психическое здоровье" совместно с Научным центром психического здоровья РАМП, психиатрическими учреждениями и общественными организациями Орехово-Зуевского района Московской области. Проект предусматривал проведение лекций, семинаров и тренингов, издание учебно-методических и научно-популярных материалов по вопросам психического здоровья (пособия, брошюры, видеофильм). Данные специального опроса показали, что проект получил большую поддержку со стороны пользователей психиатрической службы и специалистов, работающих с больными и членами их семей.

Проект "Образовательная программа для психиатров и пользователей психиатрической помощи Москвы: от правового информирования к психическому здоровью": цикл лекций и семинаров по правовым и этическим аспектам психиатрической помощи; организация консультативного юридического центра; тематическая научно-практическая конференция психиатров.

В октябре 2008 г. при содействии Общественного совета зарегистрирована и приступила к работе межрегиональная общественная организация "Общество — права человека и психическое здоровье".

25 марта 2009 г. на заседании Общественного совета обсуждали проблемы нравственности и милосердия в современном обществе и вопросы совершенствования правовой защиты психически больных.

Участвуя в обсуждении этих актуальных проблем, главный специалист-психиатр Минздравсоцразвития России Т. Б. Дмитриева отметила, что деятельность общественных организаций, имеющих в своих устремлениях заботу о здоровье, безусловно, связана с милосердием. Если граждане выступают с такими общественными инициативами, то государству делается определенный социальный посыл. Государство — это адресат, к которому может апеллировать население. Однако в современных условиях для многих общественных организаций их успешное функционирование является залогом тесного взаимодействия с государственными структурами, а для некоторых — вопросом выживания. В области медицины и здравоохранения милосердная деятельность общественных организаций существенна и значима. Прежде всего это сопряжено с неукомплектованностью медицинскими кадрами младшего звена. На работу в медицинские учреждения вынуждены принимать буквально любого обратившегося, без проверки на заботливость, человеколюбие, милосердие. В связи

с этим встречаются случаи бездушного отношения к больным.

Далее Т. Е. Дмитриева отметила, что милосердие — это то, что спасает душу. Забота о ближнем, сопереживание ему особенно важны в период кризисных явлений. Известно, что в неблагоприятных социальных условиях увеличивается количество суицидов. Главная причина — одиночество. Как раз в такие периоды жизни людям необходима помощь. В этом надо обратиться к опыту кавказских республик, население в которых объединено обширными родственными связями. Там не оставляют людей наедине с бедой. При такой поддержке и самоубийств меньше.

Т. Б. Дмитриева выразила надежду, что многие общественные инициативы и государственные меры в поддержку психического здоровья населения будут с успехом реализованы, а повседневное милосердие к ближним во многих общественных объединениях станет неотъемлемой частью их деятельности.

С мая 2009 г. Общественным советом начата подготовка к Всемирному дню психического здоровья. Объявлен Всероссийский конкурс "За подвижничество в области душевного здоровья" (<http://tb-dmitrieva.ru>). Цели конкурса — активизировать деятельность в области психиатрии общественных непрофессиональных и профессиональных организаций, представителей официальной психиатрии в повышении информированности населения, вовлечь лидеров государственных и общественных структур в решение актуальных проблем отечественной психиатрии, повысить толерантность населения к людям с психическими расстройствами, содействовать укреплению психического здоровья населения.

В заключение отметим, что в связи с усиливающимся бременем психических болезней развитие общественного сектора в области психиатрии оправдано и актуально. Социальное партнерство органов государственной власти и общественных объединений граждан может оказать в этом существенную поддержку здравоохранению. Органы государственной власти иногда не имеют возможности оказания некоторых социальных услуг населению, поэтому все чаще обращаются к общественным объединениям граждан. Их привлекают к организации досуга и занятости инвалидов, задействуют в информационно-разъяснительной работе, в экспертизе социальных проектов, формировании здорового образа жизни.

Проявляя заботу о людях, попавших в трудную ситуацию, часто обремененных болезнью, общественные организации на этапе медико-социальной реабилитации способствуют их всесторонней интеграции в сообщество, избавляют от ощущения одиночества и безысходности. К тому же в результате деятельности таких организаций формируются позитивные модели отношения к больным и медицинским специалистам; психиатрия постепенно избавляется от социально негативного клейма.

Однако общественный сектор, связанный с отечественной психиатрией, находится еще в начальной стадии формирования; организации малочисленны действуют нескоординировано. Для системной организации и методического обеспечения функции по развитию общественного сектора в психиатрии было бы рационально возложить на

одно из ведущих научных учреждений в этой области.

Руководителям лечебно-профилактических учреждений для совершенствования психиатрической помощи населению необходимо привлекать общественные объединения в качестве конструктивных оппонентов и экспертов медицинской услуги. В большинстве случаев это не требует каких-либо финансовых и материальных расходов, а мнение потребителей услуги может оказать позитивное влияние как на внешнюю форму ее предоставления, так и на ее содержание.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И. Я. // Материалы XIV Съезда психиатров России. — М., 2005. — С. 10.
2. Гурович И. Я. и др. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999—2006 гг.). — М., 2007.
3. Доклад Всемирного банка по проблемам преждевременной смертности в России // Всемирный банк [Электронный ресурс]. — 2009. — URL: <http://web.worldbank.org> (дата обращения: 20.05.2009).
4. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда / Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. — М.: Весь мир, 2001. — URL: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_ru.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ru.pdf) (дата обращения 07.01.2009).
5. Иванова А. Е. // Социол. исслед. — 1997. — № 7. — С. 81—92.
6. Конкурс НКО 2009 // Общественная палата Российской Федерации [Электронный ресурс]. — 2009. — URL: <http://www.oprf.ru> (дата обращения: 20.05.2009).
7. Контекст психического здоровья. — Женева, 2007.
8. Концепция развития здравоохранения до 2020 года [Электронный ресурс]. — 2009. — URL: <http://www.zdravo2020.ru/concept> (дата обращения 21.01.09).
9. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения: Отчет о Европейской конф. ВОЗ на уровне министров (Финляндия, 2005). — Копенгаген, 2006.
10. Охрана психического здоровья // Информ. бюл. Документац. центра ВОЗ. — 2007. — № 7. — С. 19.
11. Руководство по медицинской профилактике / Власов В. В., Горохова С. Г., Калинина А. М. и др.; под ред. Р. Г. Оганова, Р. А. Хальфина. — М., 2007.
12. Формирование здорового образа жизни // Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации [Электронный ресурс]. — 2009. — URL: <http://www.minzdravsoc.ru> (дата обращения: 20.05.2009).
13. Gaebel W., Baumann A. E. // Can. J. Psychiatry. — 2003. — Vol. 48, N 10. — P. 657—662.
14. Mental Health Atlas 2005. — Geneva, 2005.
15. Murray C. J. L. // The Global Burden of Disease / Eds C. J. L. Murray, A. D. Lopez. — Cambridge, 1996. — P. 1—98. (Vol. 1 of Global Burden of Disease and Injury Series).
16. Thornicroft G., Brohan E., Kassam A., Lewis-Holmes E. // Int. J. Ment. Hlth Syst. — 2008. — Vol. 2. — P. 3—10.

Поступила 02.06.09

© Н. Г. КУЛИКОВА, А. Б. ОВЕРЧЕНКО, 2010

УДК 614.2:616.31-053.2-082

Н. Т. Куликова, А. Б. Оверченко

## ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ставропольская государственная медицинская академия

Куликова Н. Г. — д-р мед. наук, проф. каф. (35-24-21); Оверченко А. Б. — врач, детский стоматолог-ортодонт, ассистент каф. (8-906-496-44-73)

*Статья посвящена актуальным вопросам медицины — первичной профилактике ортодонтических осложнений и зубочелюстных аномалий развития у детей и подростков до 10—14 лет. Изучены результаты диспансерного наблюдения детей и подростков с зубочелюстными аномалиями развития и стоматологической заболеваемостью. Проведен анализ результатов диспансерного наблюдения беременных женщин, дана оценка роли первичной профилактики стоматологических заболеваний в предупреждении развития зубочелюстных аномалий у детей. Представлен научный материал о диспансерной работе среди детей и подростков в организованных и неорганизованных коллективах, а также среди беременных женщин в динамике.*

Ключевые слова: лазерная терапия, дети, иммунограмма

Kulikova M.T., Overchenko A.V.

### THE DISPANSERIZATION MONITORING OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH STOMATOLOGIC DISEASES

*The article deals with actual issues of primary prevention of orthodontic complications and dental maxillary malformations in children and adolescents aged up to 10-14 years. The results of dispanserization monitoring of children and adolescents with dental maxillary malformations and stomatologic pathology are discussed. The analysis of the results of dispanserization monitoring of pregnant women is made. The assessment of the role of primary prevention of stomatologic diseases in preventing the development of dental maxillary malformations in children is proposed. The research data related to the dispanserization activities among children and adolescents in organized and non-organized communities and pregnant women is presented.*

Key words: laser therapy, children, immunogram

По данным эпидемиологического обследования населения, проведенного стоматологической службой Ставропольского края, 75—90% детского населения подвержено стоматологическим заболеваниям полости рта и нуждаются в высококвалифицированной стоматологической помощи [3, 5]. На фоне неблагоприятного положения со стоматологической заболеваемостью детей и подростков вы-

явлены недостатки, касающиеся обеспеченности врачами детской стоматологической службы: снижение кадрового состава среди стоматологов на 7%, среди ортодентов на 17%, что усиливает медико-социальную значимость обсуждаемой проблемы [1, 2, 4].

В исследовании были использованы социально-гигиенические методы — выкопировка данных из

первичной медицинской документации, отчетных документов ЛПУ, статистического управления по Ставропольскому краю, а также метод организационного эксперимента — анкетирование и интервьюирование пациентов.

В открытое исследование были включены дети в возрасте 7—10 лет и подростки 11—14 лет с верифицированным диагнозом аномалий зубочелюстной системы и прикуса. Всего для работы отобрано 180 человек (95 девочек и 85 мальчиков), общесоматическое здоровье которых было изучено в соответствии с параметрами сигмальных и центильных шкал, а стоматологическое здоровье — по нозологическим формам выявленной стоматологической и ортодонтической патологии. Изучены основные показатели динамики диспансерного наблюдения в детской стоматологической службе и особенности проведения диспансерного наблюдения детей и подростков с зубочелюстными аномалиями развития. Необходимость активизации диспансеризации потребовала реорганизации системы школьных стоматологических кабинетов (с количеством учащихся более 800 человек) с увеличением числа функционирующих стоматологических кабинетов на 44% (2000—2007 г.). В организованных детских коллективах осуществлена 1—2-кратная плановая санация полости рта, увеличен охват диспансерным наблюдением беременных женщин, что повысило показатель диспансеризации детей в неорганизованных коллективах.

Разработка и внедрение целевых программ, направленных на обеспечение стоматологического здоровья детей и подростков в Ставропольском крае, существенно изменили динамические показатели диспансеризации за 2003—2005 гг. (табл. 1).

Параллельное обследование педиатрами группы детей и подростков до 14 лет с зубочелюстными аномалиями и стоматологической заболеваемостью свидетельствует о выраженном ухудшении иммунологических показателей, что снижает качество профилактической работы в ортодонтии.

Реализация профилактических программ в детской стоматологии за последние 5 лет способствовала снижению нуждаемости школьников в санации и стоматологическом лечении на 6,7%, а нуждаемости дошкольников на 17,5%. После введения программ профилактики показатель нуждаемости в стоматологическом лечении и коррекции зубов среди детей и подростков снизился на 9%, среди дошкольников — на 8,6%. Выявлено снижение удельного веса осложненных форм кариеса с 20,8 до 11,2%. В то же время негативным моментом является уменьшение числа посещений на 13% и объемов лечебно-хирургической работы на 12,1% как среди детей и подростков, так и среди взрослого населения.

Таблица 1

**Показатели диспансеризации взрослого и детского населения Ставропольского края за 2003—2005 гг.**

Показатель	2003 г.	2004 г.	2007 г.
Состоят на учете на начало года	26 926	25 396	27 343
Взяты на учет в течение года	8 686	8 067	8 265
Сняты с учета в течение года	8 248	8 008	8 284
В том числе по выздоровлению	5 103	4 654	4 567
Состоят на учете на конец года	27 364	25 455	24 597

В связи с тем что устойчивость эмали к действию деминерализующих факторов риска определяется ее закладкой, усиление антенатальной профилактики в стоматологии существенно снизит уровень пораженности кариесом и зубочелюстными аномалиями. В этих условиях целесообразны активизация и научная модернизация таких звеньев первичной профилактики у беременных женщин, как этиопатогенетическая и этиологическая профилактика.

Выявлено, что сплошная диспансеризация беременных женщин и детей раннего возраста (от 1 года до 3 лет) и в организованных, и в неорганизованных коллективах значительно изменила основные структурные показатели диспансерного и профилактического наблюдения. Так, за последние 5 лет в стоматологии отмечен рост охвата диспансерным наблюдением беременных женщин в среднем на 2,3%, охвата профилактическими осмотрами на 16%, что снизило нуждаемость в стоматологическом лечении на 9,5%, в том числе с острейшими формами кариеса — на 5,6%. Динамика показателей профилактической, диспансерной работы в стоматологической практике с беременными женщинами отражена в табл. 2.

Выявлено, что на 5,7% увеличилась доля санированных беременных женщин от всех нуждающихся (2004 г. — 91,2%; 2005 г. — 97,2%). Однако сохраняется негативная тенденция в стоматологической практике — доля женщин с хроническим течением кариеса, нуждающихся в стоматологическом лечении, не только изменяется (55,9% беременных женщин нуждаются в стоматологической профилактике и лечебной коррекции), но и продолжает расти. Число случаев острого течения кариеса среди беременных снизилось на 5,6% и достигло уровня 24,4%; острейшее течение кариеса наблюдали у 2,5% беременных, что ниже, чем в предыдущие годы.

Таким образом, в условиях реструктуризации в системе здравоохранения диспансеризация является важнейшим механизмом государственного регулирования процессов улучшения и сохранения стоматологического здоровья детей и подростков. Реализация программы государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи населению, выполнение плановых заданий по укреплению государственного регулирования в стоматологии, активизация диспансерного и профилактического наблюдения детей, подростков, беременных женщин, в том числе в стоматологической практике, позволили добиться некоторых сдвигов, а именно — возродить и реорганизовать систему школьных кабинетов; регулярно проводить 1—2-кратную плановую санацию полости рта в организованных и неорганизованных детских коллективах; снизить нуждаемость в лечении беременных женщин на 5,4%; повысить число санированных беременных женщин на 9,7%; уменьшить в 3 раза долю нуждающихся в лечении беременных женщин с острейшими формами кариеса.

В заключение можно сделать следующие выводы.

1. Активизация целевых программ профилактического и диспансерного наблюдения способствовала выявлению не только острых, но и хронических форм заболеваний и факторов, провоцирующих развитие осложнений, существенно

Динамика показателей профилактической и диспансерной работы среди беременных женщин Ставропольского края (в %)

Показатель	2003 г.	2004 г.	2007 г.
Всего осмотренных	100	100	100
Доля лиц с интактными зубами (здоровые)	9,8	8,3	12,4
Доля ранее санированных (не нуждаются в лечении)	27,5	30,3	28,7
Доля нуждающихся в лечении среди осмотренных	62,5	62,7	55,9
Доля санированных среди нуждающихся	92,2	91,2	97,2
Доля сигнальных талонов от всех осмотренных	7,6	6,5	2,8
Число женщин с хроническим течением кариеса	55,3	60,5	65,5
Число женщин с острым течением кариеса	35,2	31,5	24,4
Число женщин с острейшим течением кариеса	9,5	8,0	2,5
Доля КПУ	3,8	4,2	4,0
Доля составляющих КПУ:			
К	33,7	33,1	34,3
П	51,2	53,1	50,6
У	15,1	13,8	11,5
Охвачено профилактическими мероприятиями:			
беременные с острыми формами стоматологических заболеваний	31,9	41,9	45,4
беременные с хроническими формами стоматологических заболеваний	63,2	63,5	58,2
Охвачено гигиеническим обучением, воспитанием:			
выбор гигиенического средства	50,1	64,1	61,2
обучение немедицинским средствам профилактики, беседы	50,1	86,4	82,0

Примечание. КПУ — кариозные, с пломбой, удаленные.

влияющих на показатели временной нетрудоспособности.

2. В структуру первичной профилактики в стоматологической практике для беременных женщин необходимо активно включать не только патогенетическую, но и этиопатогенетическую профилактику зубочелюстных нарушений и кариеса.

3. В целях антенатальной охраны плода целесообразно повысить уровень медицинской грамотности беременных женщин в отношении стоматологических заболеваний и зубочелюстных нарушений у детей и подростков.

4. Активизация комплексных профилактических осмотров среди детей и подростков в организованных и неорганизованных коллективах способствует повышению эффективности диспансер-

ного динамического наблюдения, улучшению показателей здоровья и физического развития.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Габуева Л. А., Щепин О. П., Шаймиева Н. И. // Бюл. НИИ обществ. здоровья РАМН. — 2006. — Вып. 2. — С. 40.
2. Шаймиева Н. И. // Экономика и медицина сегодня. — 2005. — № 2. — С. 93—94.
3. Шаймиева Н. И. // Стоматология плюс. Итоги и перспективы научных исследований и практических достижений. — Казань, 2006. — С. 154—157.
4. Щепин В. О., Габуева Л. А., Шаймиева Н. И. // Здоровоохранение (Москва). — 2005. — № 11. — С. 47—51.
5. Щепин В. О., Габуева Л. А., Шаймиева Н. И. // Бюл. НИИ обществ. здоровья РАМН. — 2006. — Вып. 3. — С. 43—46.

Поступила 04.09.08

© Т. Н. ПАНФИЛОВА, О. В. МЕДВЕДЕВА, 2010

УДК 614.2:314.33(470.313)

Т. Н. Панфилова<sup>1</sup>, О. В. Медведева<sup>2</sup>

### РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИТИКИ

Правительство Рязанской области<sup>1</sup>; Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. М. Павлова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию<sup>2</sup>

**Панфилова Т. Н.** — зам. председателя правительства Рязанской области (4912-763-451);  
**Медведева О. В.** — канд. мед. наук, доцент кафедры (medvedeva1104@mail.ru)

*Семейная политика формируется с учетом экономических, демографических и других объективных перемен, происходящих в жизни общества. Она представляет собой комплекс целенаправленных мер, осуществляемых федеральными, региональными, муниципальными органами исполнительной власти в интересах института семьи, которая признается в качестве одного из главных объектов всей социальной политики.*

Ключевые слова: семья, семейная политика, демографическая ситуация, направления семейной политики

Panfilova T.N., Medvedeva O.V.

#### THE REGIONAL ASPECTS OF IMPLEMENTATION OF FAMILY POLICY

*The family policy is developed on the basis of economic, demographic and other objective alterations occurring in the life of society. It is a set of target measures implementing by the federal, regional and municipal executive bodies for the benefit of institute of family which is recognize in the capacity of one of major objects of overall social policy.*

Key words: family, family policy, demographic situation

Кризис института семьи стал причиной негативных демографических тенденций, а демографическая проблема остается одной из самых важных в современной России. Продолжающееся снижение численности населения из-за низкого уровня рождаемости, высокая смертность, старение и сокращение трудоспособной части населения ставят под угрозу будущее развитие страны и региона в частности [4].

Несмотря на определенную схожесть семейной и демографической политики, следует отметить их принципиальное отличие: семейная политика (в отличие от демографической) не нацелена на прямое изменение показателей воспроизводства и достижение конкретных демографических результатов. Однако при поддержке семьи и улучшении условий ее жизнедеятельности семейная политика может способствовать достижению целей демографической политики [2].

23 мая 2007 г. была принята Концепция семейной политики Рязанской области на 2007—2015 гг. (№ 224-рг), разработанная в соответствии с Конституцией Российской Федерации, федеральными законами и другими нормативно-правовыми актами, которые закрепляют права и гарантии семьи. Концепция представляет собой комплекс целенаправленных мер, осуществляемых органами исполнительной власти всех уровней в интересах семьи, и является методической основой реализации социальной политики в области поддержки семьи, материнства и детства.

В центре внимания аналитической части концепции находятся демографические аспекты семьи, что вполне объяснимо, поскольку от успеха воздействия на тенденции рождаемости зависит эффективность борьбы с депопуляцией [3].

К основным факторам, влияющим на демографическую ситуацию и определяющим основные направления семейной политики в Рязанской области, следует отнести:

- высокий уровень разводимости — количество разводов составило более половины (58,3%) от заключенных в 2007 г. браков;

- влияние на брачно-семейное поведение населения распространения незарегистрированных браков, о чем косвенно свидетельствует доля внебрачных рождений — около четверти всех рождений в области (при этом около 40% детей регистрируются по совместному заявлению родителей);

- выраженную ориентацию семей на малодетность: показатель суммарной рождаемости в 2007 г. составил 1,318 ребенка (1,187 — для городских женщин, 1,763 — для сельских), что в 1,6 раза ниже уровня простого замещения поколений и ниже общероссийского показателя (1,406);

- обратную зависимость между количеством детей в семье и уровнем ее материального благополучия: чем выше уровень жизни, тем меньше детей в семье; в Рязанской области в 2006 г. пятая часть (19,6%) населения имели среднедушевые денежные доходы ниже прожиточного минимума или черты бедности; в крайней бедности, т. е. со среднедушевыми доходами в 2 раз и более ниже прожиточного минимума, находились 5,3%;

- высокий удельный вес семей с детьми, имеющих неудовлетворительные жилищные условия; для обеспечения комфортного проживания населения количество жилых комнат в помещении долж-

но превышать число членов семьи; в таких условиях в Рязанской области проживает около 112 тыс. семей (24,5%), немногим более 150 тыс. семей (33,4%) имеют квартиры с количеством комнат, равным числу членов семьи, а примерно у 190 тыс. семей (41,6%) число проживающих больше количества имеющихся в жилом помещении комнат;

- высокий уровень абортот, которые по-прежнему остаются наиболее распространенным методом в структуре исходов всех наступивших беременностей: количество официально зарегистрированных в учреждениях здравоохранения абортот в 1,2 раза превышает количество родов; чаще всего к абортот прибегают женщины наиболее плодотворного возраста — от 20 до 34 лет — на каждую 1000 женщин этой возрастной группы в 2007 г. было произведено 58,7 искусственного прерывания беременности.

Приоритетами программы в области стимулирования рождаемости и укрепления семьи определены профилактика семейного неблагополучия, повышение культуры брачно-семейных отношений, сохранение и повышение репродуктивного здоровья мужчин, женщин и подростков, охрана здоровья беременных женщин.

Система мер по охране здоровья детей и родителей, представленная в концепции, включает недостаточный, на наш взгляд, комплекс мер, которые сводятся:

- к усилению профилактической направленности и обеспечению доступности и повышению качества медицинской помощи населению;

- к укреплению здоровья детей и подростков прежде всего за счет совершенствования профилактических мероприятий по снижению детской смертности от управляемых причин;

- к созданию условий для организации семейного отдыха, оздоровлению детей и подростков;

- к совершенствованию медико-генетической помощи населению, внедрению современных технологий ранней диагностики врожденных пороков развития плода, наследственных и других заболеваний;

- к разработке и внедрению современных технологий, направленных на укрепление репродуктивного здоровья населения;

- к развитию центров реабилитации для детей с ограниченными возможностями.

Предполагается, что реализация указанных положений концепции должна гарантировать достаточный объем мер поддержки семьи на всех уровнях. Однако приходится констатировать, что между отдельными звеньями этой системы нет четкого взаимодействия — отсутствуют преемственность и координация действий всех ее составляющих.

К тому же, несмотря на усиленное внимание к проблемам семьи, региональная семейная политика ориентирована преимущественно на мать и ребенка и на практике, как правило, сводится к экономическим мерам, которые ограничиваются в основном денежными пособиями на детей [1]. В частности, на территории Рязанской области приняты следующие законы:

1) закон Рязанской области от 02.02.05 № 12-ОЗ "О ежемесячных пособиях гражданам, имеющим детей" предусматривает выплату пособий малообеспеченным гражданам, имеющим детей и проживающим на территории Рязанской области;

2) закон Рязанской области от 13.12.06 № 163-ОЗ "О дополнительной поддержке граждан в связи с рождением ребенка", действующий в целях оказания материальной поддержки семьям при рождении ребенка; размер единовременного пособия составляет при рождении третьего и последующих детей 5000 руб.; при рождении двух детей одновременно 10 000 руб.; при рождении трех детей и более одновременно 15 000 руб.;

3) закон Рязанской области от 12.01.07 № 11-ОЗ "О дополнительных мерах социальной поддержки беременных женщин", в соответствии с которым производится выплата ежемесячного пособия беременным женщинам в размере 1000 руб.

В отдельных муниципальных образованиях Рязанской области приняты дополнительные меры материальной поддержки семей с детьми: в Клепиковском районе при рождении в семье первого ребенка из средств муниципального бюджета выплачивается 2000 руб., при рождении второго — 20 000 руб., третьего — 30 000 руб., четвертого — 40 000 руб., пятого и последующего — 50 000 руб. В Шацком районе в 2008 г. по инициативе местных предпринимателей каждая родившая женщина получает единовременное пособие в размере 5000 руб. В Ермишинском, Кораблинском, Новодеревенском,

Сасовском, Путятинском, Ухоловском районах и городе Сасово при рождении ребенка семьям выплачиваются денежные единовременные пособия, сумма которых устанавливается по усмотрению администрации муниципального образования.

Однако семейная политика должна быть направлена не только на поддержку уровня жизни, но и на здоровье семей на разных этапах жизни и независимо от наличия у них детей, а для этого необходимо предоставлять семьям и медицинские услуги. Кроме того, в приоритетных направлениях региональной семейной политики необходим комплексный межведомственный подход к охране здоровья каждой семьи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Белобородов И. И. Социальные технологии формирования семейно-демографической политики в России в условиях демографического кризиса: Автореф. дис. ... канд. социол. наук. — М., 2008.
2. Голод С. И. // Социол. исслед. — 2008. — № 1. — С. 40—49.
3. Концепция семейной политики Рязанской области на 2007—2015 годы (№ 224-рг). — Рязань, 2007.
4. Медик В. А. // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории мед. — 2009. — № 2. — С. 3—7.

Поступила 02.12.09

© А. В. ЕСИПОВ, В. Н. ТРЕГУБОВ, 2010

УДК 614.2:061.3

А. В. Есипов, В. Н. Трегубов

### РОЛЬ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ИМИДЖА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

5-й Центральный военный клинический госпиталь Военно-воздушных сил Российской Федерации

**Есипов А. В.** — д-р мед. наук, начальник госпиталя (563-12-41); **Трегубов В. Н.** — д-р мед. наук, зам. начальника госпиталя (561-85-14)

*В современных условиях формирование имиджа лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) является важным направлением деятельности руководителей медицинских организаций. На фоне ограниченного централизованного финансирования приоритет в выборе данных подходов следует отдавать ресурсосберегающим технологиям, одной из которых является проведение научно-практических конференций. Их методически правильная организация и проведение обеспечивают информирование вышестоящего руководства и сотрудников других медицинских организаций о проводимом в ЛПУ научном мероприятии, демонстрируют стремление его коллектива осваивать инновационные методы и способствуют обмену опытом между коллегами.*

Ключевые слова: имидж, лечебно-профилактическое учреждение, конференция

*Esipov A.V., Tregubov V.N.*

#### THE ROLE OF THEORETICAL AND PRACTICAL CONFERENCES IN DEVELOPING THE IMAGE OF CURATIVE PREVENTIVE INSTITUTION

*In actual conditions, the development of the image of curative preventive institution is one of the major directions of activities of the administrators of medical organizations. Against the background of limited centralized financing the priority in choosing the needed approaches has to be given to the resource-saving technologies, one of which is the organization of theoretical and practical conferences in a proper methodic way. Such an approach provides the information to the superior administration and the staff of other medical institutions about organized scientific event and demonstrates the endeavor of its team to master the innovative techniques and promotes the experience sharing between colleagues.*

Key words: *image, curative preventive institution, conference*

Формирование имиджа учреждения любого профиля, по мнению большинства опытных управленцев, не только является сложным и длительным процессом, но и сопряжено со значительными финансовыми расходами. Несмотря на это игнорирование данной деятельности в современных услови-

ях нередко приводит к потере партнеров, падению репутации и статуса организации, снижению ее конкурентоспособности на рынке предоставляемых услуг и как следствие к ее ликвидации.

Учитывая данные обстоятельства, в 5-м Центральном военном клиническом госпитале Воен-



но-воздушных сил РФ (5-й ЦВКГ ВВС) при разработке перспективного плана развития учреждения были определены мероприятия по оптимизации его работы с целью формирования имиджа — клинического и научно-методического центра государственной авиации Российской Федерации. Необходимость проведения данных мероприятий на базе 5-го ЦВКГ ВВС была обоснована в газете "Красная звезда" от 1—7 июля 2009 г.

В начале перспективного планирования были проанализированы показатели работы 5-го ЦВКГ ВВС за последние годы и оценены его возможности и резервы. Установлено, что госпиталь по многим параметрам не отличается от других центральных военных клинических госпиталей не только Минобороны РФ, но и других силовых структур. В госпитале трудится 5 докторов мед. наук, 2 из них имеют ученое звание профессора, 30 кандидатов мед. наук, 1 из них доцент, 12 сотрудников удостоены почетного звания заслуженного врача Российской Федерации, 7 сотрудников — почетного звания заслуженного работника здравоохранения Российской Федерации; 52% врачей имеют высшую врачебную категорию, а 35% — первую. Ежегодно на развернутых в 5-м ЦВКГ ВВС 680 госпитальных койках получают стационарное лечение около 12 тыс. пациентов, принимается более 2,5 тыс. экспертных решений, сотрудниками поликлинического отделения выполняется до 35 тыс. консультаций. В госпитале активно разрабатываются два научных направления: проблемы качества жизни военнослужащих и организация работы стационарных военно-медицинских учреждений в мирное время. Сотрудниками 5-го ЦВКГ ВВС ежегодно представляются к защите 5 диссертаций, проводят 2—3 научно-практические конференции с изданием сборника тезисов, публикуется 5—7 монографий и методических рекомендаций, печатается более 10 научных статей в рецензируемых журналах, внедряется до 20 новых лечебно-диагностических методик. Среди выгодно отличающих его характеристик можно отметить дислокацию в Красногорске вблизи нескольких аэродромов, наличие успешно функционирующих основных узкоспециализированных отделений и центров, в том числе отделения врачебно-лётной экспертизы, многолетнюю работу института главных медицинских специалистов Военно-воздушных сил.

Учитывая данные обстоятельства, в перспективный план развития госпиталя на фоне ограниченного централизованного финансирования приоритетно были включены ресурсосберегающие направления. Одним из них является ежегодное проведение в госпитале научно-практических конференций. Методика их организации нами была освещена в "Военно-медицинском журнале" № 3 за 2007 г. В последующем, помимо научно-методической составляющей, проводимые конференции были дополнены мероприятиями, которые обеспечивают формирование ожидаемого имиджа любого лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). Среди них следующие:

1. Выбор темы научно-практической конференции. Самый сложный и наиболее творческий этап работы. Опыт показывает, что тема конференции должна быть новой и актуальной не только для данного ЛПУ, но и для здравоохранения в целом. Необходимо, чтобы она раскрывала специфику

деятельности этого учреждения и была интересной для специалистов разного профиля. С учетом предназначения 5-го ЦВКГ ВВС за последние годы в нем были проведены научно-практические конференции, на которых рассматривались актуальные вопросы медицинского обеспечения Военно-воздушных сил (2009), совершенствования врачебно-лётной экспертизы лётно-подъёмного состава различных силовых структур (2009), организации лечебного питания в госпиталях Военно-воздушных сил (2008), проблемы авиационной медицины (2007), пути автоматизации стационарных ЛПУ Военно-воздушных сил (2006) и др.

2. Определение даты проведения научно-практической конференции. Ее целесообразно приурочить к одному из знаменательных дней, который подчеркивает статус ЛПУ. Это может быть День Российской науки, День медицинского работника и др. Это способствует созданию во время заседания не только деловой, но и праздничной атмосферы. В 5-м ЦВКГ ВВС одна из конференций уже многие годы проводится 25 мая, в день формирования госпиталя.

3. Рассылка информационного письма. Данное письмо должно содержать всю необходимую для заинтересованных лиц информацию и рассылаться сотрудникам органов управления здравоохранения, врачам из других ЛПУ, профессорско-преподавательскому составу образовательных учреждений, специалистам научных организаций и подразделений, другим лицам, которые занимаются решением рассматриваемой проблемы за 3 мес до окончания срока приема тезисов. Расчет-рассылка информационного письма в 5-м ЦВКГ ВВС включает 65 организаций.

4. Издание сборника тезисов. Для авторов и участников конференции целесообразно осуществлять бесплатно. Сборник должен выходить с международным стандартным номером книги ISBN. В 5-м ЦВКГ ВВС мы целенаправленно подходим к оформлению тиражируемых книг, в том числе и сборников тезисов, консервативно. Около 10 лет на белом фоне титульного листа даются их название и знак госпиталя, который является уже хорошо узнаваемым нашим брендом. Тираж издаваемой печатной продукции составляет 200—350 экз.

5. Рассылка программы конференции и приглашений билетов. Данные документы должны приходиться адресатам за 1 мес до начала конференции. При этом в 5-м ЦВКГ ВВС в расчет-рассылку программы конференции, помимо адресов, определенных для информационных писем, включают учреждения, из которых пришли незапланированные тезисы. Приглашительные билеты могут направляться только членам президиума, докладчикам и руководителям органов управления здравоохранения.

6. Качественное проведение научно-практической конференции. Предусматривает подготовку докладчиков и оказание им помощи в отработке презентаций, выдачу каждому участнику конференции при регистрации сборника тезисов, организацию кофе-брейк в перерыве конференции, разработку проекта решения и обсуждение его в конце заседания. Важно, чтобы конференция начиналась в установленное время, докладчики придерживались регламента и освещали суть рассматриваемого вопроса. Их общее число в течение од-

ного дня заседания не должно превышать 12 человек.

7. Поощрение докладчиков и организаторов конференции. По итогам конференции в госпитале издается приказ и каждый докладчик от 5-го ЦВКГ ВВС награждается грамотой. На имя начальников, направивших выступающих из других организаций, желательно направлять благодарственные письма.

8. Рассылка оставшихся сборников тезисов по заинтересованным организациям. В данный расчет-рассылку включаются ЛПУ, сотрудники которых опубликовали в изданном сборнике свои научные работы, но не смогли приехать на конференцию, органы управления здравоохранения, 16 обязательных экземпляров направляются в Российскую книжную палату для списания международного стандартного номера книги ISBN.

9. Оформление и направление по команде отчета о проведенной в военно-медицинской организации научно-практической конференции. Осуществляется в течение 1 мес после проведения конференции в соответствии с требованиями приказа Минобороны РФ от 2000 г. № 140 "О научной работе в Вооруженных силах Российской Федерации". В данном отчете указываются дата, тема проведенной конференции, ее цели, состав участников, выступавшие докладчики и выводы, обоснованные на конференции. К отчету прилагаются план (программа) конференции и текст основного доклада (сборник тезисов).

10. Опубликование статей в журналах и газетах о проведенной конференции. Данную информацию целесообразно публиковать в изданиях, на которые оформляется подписка специалистами органов управления здравоохранения и потенциальными платными пациентами. Статьи о конференциях, проведенные на базе 5-го ЦВКГ ВВС, направляются в редакцию "Военно-медицинского журнала" и газеты "Красная звезда", "ВВС сегодня", "Красногорские вести".

Для оценки эффективности проводимых научно-практических конференций нами были определены индикаторные показатели, которые отражают положительную динамику имиджа ЛПУ:

— доля госпитализированных пациентов за плату и по договорам добровольного медицинского страхования с учетом установленных норм;

— распределение пациентов, лечившихся в ЛПУ в летний и зимний периоды;

— число пациентов, желающих при необходимости повторно лечиться в данном ЛПУ;

— число положительных публикаций в периодической печати о работе ЛПУ и его сотрудниках;

— число сотрудников, поощренных вышестоящим руководством в течение года;

— число взысканий, наложенных на сотрудников вышестоящими руководителями;

— число жалоб и исков в суды от сотрудников ЛПУ и пациентов.

Безусловно, что организация научно-практических конференций не может оказывать изолированного влияния на уровень названных показателей. Численность и структура проживающих в зоне обслуживания прикрепленных контингентов, показатели их здоровья и заболеваемости, доступность для данных контингентов в медицинской помощи, укомплектованность ЛПУ персоналом, их качественная характеристика, использование современных управленческих и медицинских технологий, соблюдение стандартов медицинской помощи, материально-техническая база ЛПУ и его медицинское снабжение, морально-психологическое состояние коллектива и другие факторы могут играть превалирующую роль в формировании имиджа. Однако именно научно-практические конференции в масштабе ЛПУ способствуют обмену информацией о разработанных и внедренных современных лечебно-диагностических методах, активизации научной деятельности его сотрудников, повышению их профессионального роста и сплочению коллектива, с одной стороны, а с другой — при методически правильной организации наглядно демонстрируют состояние и возможности учреждения в оказании медицинской помощи прикрепленным контингентам. Этого удастся достичь путем неоднократного информирования вышестоящего руководства и сотрудников медицинских организаций о проводимой в ЛПУ научно-практической конференции, в том числе при рассылке информационных писем, программ, приглашений билетов, сборников тезисов, опубликовании статей, а также при качественном проведении данного научного мероприятия.

В заключение необходимо подчеркнуть, что 5-й ЦВКГ ВВС ежегодно проводит по две научно-практические конференции на актуальные для военного здравоохранения темы с изданием сборников тезисов или докладов, на этом фоне представленные индикаторные показатели имеют устойчивую положительную динамику. Это обеспечивает достойный имидж госпиталю не только в масштабе Военно-воздушных сил и Вооруженных сил РФ в целом, но и в территориальной системе обязательного медицинского страхования Московского региона и среди других силовых структур в частности.

Поступила 14.10.09

М. Ш. Кнопов, В. Т. Тарануха

## УРОКИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (К 65-ЛЕТИЮ ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ)

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Кнопов М. Ш. — д-р мед. наук, проф. каф. (946-05-23); Тарануха В. К. — канд. мед. наук, доц. каф. (613-51-68)

*Прогрессивный характер системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск в годы Великой Отечественной войны был обусловлен следующими особенностями: наличием и соблюдением принципов единой военной полевой медицинской доктрины, научной обоснованностью положений указанной доктрины и применением новейших достижений медицины при определении принципов организации медицинской помощи и методов лечения раненых и больных; динамичным развитием содержания и организации лечебно-эвакуационных мероприятий и их непрерывным совершенствованием в ходе войны; систематическим и тесным взаимодействием гражданского и военного здравоохранения, обеспечившим максимально возможное использование ресурсов здравоохранения страны, научно-технического и производственного потенциала медицинской и смежных отраслей промышленности в интересах создания необходимой материально-технической базы лечебно-эвакуационной системы на всех этапах войны.*

Ключевые слова: медицинское обеспечение войск, Великая Отечественная война

*Knopov M.Sh., Taranuha V.K.*

### THE OUTCOMES AND THE LESSONS OF MEDICAL PROVISION OF THE MILITARY FORCES DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR

*The progressive type of the system of the military forces during the Great Patriotic War was ensured by the following features: the availability and maintenance of the principles of integrated field military medical doctrine, the theoretical validity of the propositions of the mentioned doctrine and the implementation of advanced achievements of medicine in developing the principles of organization of medical care and methods of treatment of wounded and ill patients; the dynamic development of content and organization of curative evacuative measures and their permanent development during the War; the systematic and close interrelationships of civil and military health care which ensured the ultimately possible implementation of national health care resources and scientific technical and industrial potentials of medical and closely-related industries in the interests of development of necessary material technical foundation of curative evacuative system during all stages of war.*

Key words: Great Patriotic War, curative evacuative provision of military forces.

В великом подвиге нашего народа в годы минувшей войны достойное место занимает беззаветный и благородный труд огромной армии медицинских работников. Медики по долгу своей профессии и по зову сердца приняли на свои плечи огромную тяжесть борьбы за спасение жизни раненых и больных, восстановление их боеспособности и трудоспособности. Военно-медицинская служба в составе десятков тысяч врачей, фельдшеров, медицинских сестер, санитаров и санитаров совместно с органами гражданского здравоохранения, опираясь на всенародную помощь, осуществляла медицинское обеспечение Вооруженных Сил в обстановке ожесточенных боевых действий на огромном фронте, протянувшемся от северных границ нашей страны до Черного моря. Размах войны, небывалая ожесточенность и кровопролитность боев и сражений с немецко-фашистскими захватчиками потребовали от медицинских работников напряжения всех сил, высокого мастерства и самоотверженной героической работы.

Несмотря на исключительные трудности начального периода войны, в сжатые сроки была развернута обширная глубоко эшелонированная коечная сеть, созданы многочисленные медицинские формирования, налажена планомерная эффектив-

ная работа по оказанию помощи и лечению раненых и больных.

С первых дней войны со всей остротой встала проблема организации оказания первой медицинской помощи, выноса и эвакуации раненых с поля боя. От своевременного и правильного проведения этих мероприятий зависели сохранение жизни и скорейшее возвращение раненых в строй. Сроки доставки раненых на полковые, дивизионные медицинские пункты и в хирургические полевые подвижные госпитали непосредственным образом сказывались на продолжительности и результатах лечения, а также на исходах. Особое значение для улучшения работы личного состава медицинской службы по оказанию первой медицинской помощи раненым и их выносу с поля боя имел приказ Наркома обороны СССР от 23 августа 1941 г. № 281 "О порядке представления к правительственной награде военных санитаров и носильщиков за хорошую боевую работу". Этот приказ, приравнивавший работу военных медиков по оказанию помощи раненым и их выносу с поля боя к воинскому подвигу, явился не только признанием огромного значения деятельности войсковой медицинской службы, но прежде всего ярким проявлением величайшей заботы о раненом воине — защитнике Родины. На протяжении всей войны медицинский состав

своевременно оказывал первую помощь раненым. Местом ее оказания в более чем 84% случаев было поле боя.

Успех лечения раненых и больных в медико-санитарных батальонах, лечебных учреждениях армейских и фронтовых госпитальных баз, а также в тылу страны обеспечивался реализацией системы этапного лечения с эвакуацией по назначению. Создание и применение в условиях минувшей войны этой принципиально новой, передовой системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск явилось приоритетным достижением отечественной военной медицины. В ходе войны система этапного лечения с эвакуацией по назначению получила окончательное теоретическое и организационное завершение. Впервые в истории военной медицины нашей страны была организована широкая специализация медицинской помощи, основывавшаяся на соответствующей материальной базе, оснащении, наличии высококвалифицированных медицинских кадров. Специализированная помощь была максимально приближена к войскам и оказывалась раненым и больным в полевых лечебных учреждениях госпитальных баз армий.

В успешном лечении раненых в период войны большое значение имела четкая организация хирургической помощи. Краеугольным камнем работы хирургов при разработке клинических, методических и тактических основ отечественной военно-полевой хирургии явилось организационное начало. Известное принципиальное положение Н. И. Пирогова, что "не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным на театре войны" было ими безоговорочно принято к руководству и действию. Высокий уровень развития отечественной военно-полевой хирургии обеспечил достижение хороших результатов даже при сложных и тяжелых ранениях. Положительную роль при этом сыграла активная хирургическая тактика, раннее оказание хирургической помощи раненым.

Так же эффективно с использованием всех возможностей медицинской науки и практики было организовано оказание терапевтической помощи больным и раненым, у которых развились заболевания внутренних органов как осложнения раневого процесса. Заслуживает внимание то обстоятельство, что в условиях боевых действий менялись клиническая картина и течение ряда заболеваний. Например, пневмония у лиц с недостаточностью питания протекала без повышения температуры тела, характерных физикальных признаков и др. Терапевты добились больших успехов в лечении болезней военного времени. Они оказывали эффективную помощь при заболеваниях, возникавших в крайне тяжелых условиях военной обстановки, у защитников осажденных, блокированных городов, у воинов Заполярья.

Прогрессивный характер системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск в годы Великой Отечественной войны был обусловлен следующими присущими ей особенностями. Прежде всего, наличием и соблюдением принципов единой военно-полевой медицинской доктрины, научной обоснованностью положений указанной доктрины и применением новейших достижений медицины при определении принципов организации медицинской помощи и методов лечения раненых и

больных. Во-вторых, динамичным развитием содержания и организации лечебно-эвакуационных мероприятий, их непрерывным совершенствованием в ходе войны. В-третьих, систематическим и тесным взаимодействием гражданского и военного здравоохранения, обеспечившим максимально возможное использование ресурсов здравоохранения страны, научно-технического и производственного потенциала медицинской и смежных отраслей промышленности в интересах создания необходимой материально-технической базы лечебно-эвакуационной системы на всех этапах войны. В-четвертых, организацией и функционированием в течение всей войны эффективной системы повышения квалификации военно-медицинских кадров, что позволило в небывало широких размерах и в короткие сроки обеспечить не только высокий уровень профессиональных знаний и навыков многих тысяч врачей и среднего медицинского состава, но и соблюдение единых принципов и методов оказания медицинской помощи раненым и больным и их лечения. В-пятых, целенаправленным и гибким руководством лечебно-эвакуационными мероприятиями, что обеспечивало системный их характер, организационное и методическое единство работы многочисленных лечебных учреждений, успешную реализацию военно-полевой медицинской доктрины, целесообразное использование сил и средств в соответствии с меняющимися условиями боевых действий.

Огромную по размаху, сложную и трудоемкую по содержанию работу выполнили отечественные гигиенисты. Великая Отечественная война потребовала проведения на фронте и в тылу небывалых по масштабу санитарно-гигиенических мероприятий. Они были направлены на решение профилактических задач военного времени. Это — гигиенические вопросы питания, водоснабжения войск и населения, проблема предупреждения авитаминозов и пищевых отравлений, проблемы перевозки и размещения войск.

Большую и важную работу проделали в годы войны эпидемиологи. На протяжении всей предшествующей истории неизбежным спутником войн являлись эпидемии инфекционных заболеваний, уносивших порой больше жизней, чем оружие неприятеля. В годы минувшей войны Красная Армия была надежно ограждена от этой опасности. Даже в завершающем периоде войны, когда советские воины освобождали поработанные гитлеровцами страны и действовали в крайне неблагоприятной эпидемической обстановке, медицинская служба не допустила распространения массовых инфекционных заболеваний среди личного состава. Это стало возможным благодаря успешному осуществлению эффективной системы противоэпидемических мероприятий.

Приказом Наркома обороны СССР от 9 мая 1941 г. ("Сборник положений об учреждениях санитарной службы военного времени")<sup>1</sup> был введен институт главных медицинских специалистов Красной Армии. На сложных и ответственных постах во время войны находились известные ученые: А. И. Арутюнов, М. Н. Ахутин, С. И. Банайтис,

<sup>1</sup>Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации (ЦАМО РФ), ф. 2, оп. 795437, д. 5, л. 359—386.

Ф. Ф. Березкин, Е. А. Бок, А. А. Вишневский, Г. М. Гуревич, Н. Н. Еланский, И. Н. Ищенко, И. А. Криворотов, П. А. Куприянов, П. Н. Напалков, В. И. Попов, П. Л. Сельцовский и др. (главные хирурги фронтов); В. Х. Василенко, Б. Е. Вотчал, Э. М. Гельштейн, П. И. Егоров, Б. В. Ильинский, Н. А. Куршаков, Н. С. Молчанов, В. М. Новодворский, С. А. Поспелов, В. А. Равич-Щербо, Г. А. Самарин, Д. Н. Яновский и др. (главные терапевты фронтов); В. М. Берман, С. В. Висковский, Л. В. Громашевский, И. И. Елкин, М. В. Земсков, Г. А. Знаменский и др. (главные эпидемиологи фронтов). Эти отрасли военной медицины в годы войны возглавляли: Н. Н. Бурденко (главный хирург), М. С. Вовси (главный терапевт), Ф. Г. Кротков (главный гигиенист), И. Д. Ионин, а с 1943 г. Т. Е. Болдырев (главный эпидемиолог), Ю. В. Другов (главный токсиколог).

Несколько позже приказом Наркома Военно-Морского Флота СССР от 1 сентября 1942 г. ("Положение о главных специалистах санитарной службы Военно-Морского Флота и специалистах санитарной службы флотов и флотилий")<sup>2</sup> был введен институт главных медицинских специалистов флотов. На этих ответственных должностях работали: Д. А. Арапов, И. Д. Житнюк, М. С. Лисицын, Б. А. Петров, Б. В. Лунин, В. А. Суворов, Г. М. Хайцис (главные хирурги флотов), М. И. Мастбаум, Б. Н. Рубинштейн, Г. А. Смагин, М. А. Ясиновский (главные терапевты флотов), Я. К. Гиммельфарб, В. И. Иоффе, А. С. Каплан, Н. Н. Спасский (главные эпидемиологи флотов).

Главным хирургом Военно-Морского Флота все годы войны был Ю. Ю. Джанелидзе, главным терапевтом — А. Л. Мясников, главным эпидемиологом — А. Я. Алымов.

В обсуждении и решении актуальных проблем военной медицины большая роль принадлежала пленумам ученого медицинского совета (УМС) при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии. За годы войны было проведено четыре пленума УМС. 27—28 июня 1941 г. состоялся 4-й пленум УМС, который рассмотрел и одобрил "Указания по военно-полевой хирургии".

С 26 по 28 февраля 1942 г. проходил 5-й пленум УМС, на котором были подведены итоги работы медицинской службы за 7 мес войны. Особое внимание уделялось лечебно-эвакуационному обеспечению действующей армии. Было подчеркнута, что оказание специализированной медицинской помощи пострадавшим является системой, без реализации которой не могут быть в полной мере решены задачи медицинской службы.

Ряд актуальных проблем был рассмотрен на 6-м пленуме УМС, состоявшемся 26—30 августа 1942 г. С докладами по различным вопросам выступили: Е. И. Смирнов ("Итоги годовой работы и дальнейшие задачи санитарной службы Красной Армии в Великую Отечественную войну"), Н. Н. Бурденко, С. И. Банайтис, Л. С. Штерн и др. ("Шок и его лечение"), В. В. Гориневская и др.

На 7-м пленуме УМС (26—30 апреля 1943 г.) в основном обсуждались вопросы восстановительной хирургии, диагностики и лечения ранений сус-

тавов, нефритов военного времени, пневмоний у раненых.

Весьма своевременным представлялось обсуждение мероприятий, направленных на сокращение сроков лечения раненых и увеличение числа возвращающихся в строй. В связи с этим становится понятным то большое значение, которое придавалось отработке единых принципов восстановительной хирургии.

Постановлением Совета Народных Комиссаров СССР от 30 июня 1944 г. № 797 была учреждена Академия медицинских наук (АМН) СССР. Под ее руководством сотрудники большой сети научных учреждений страны совместно с практическими работниками лечебных учреждений Красной Армии и Военно-Морского Флота успешно разрабатывали такие важные в период войны проблемные вопросы, как изыскание эффективных методов лечения ран, в частности осложненных раневой инфекцией, совершенствование способов обезболивания, заготовка донорской крови, производство вакцинных препаратов и др. Деятельность АМН СССР является убедительным доказательством органического переплетения во время войны задач, стоявших перед органами военного и гражданского здравоохранения, а следовательно, необходимости их постоянного взаимодействия. Показателен тот факт, что 18 из 60 действительных членов—основателей АМН СССР, утвержденных постановлением Совета Народных Комиссаров СССР от 14 ноября 1944 г., являлись генералами медицинской службы, а многие из членов—основателей АМН СССР — консультантами в системе госпитальных баз тыла страны.

В операциях завершающего периода Великой Отечественной войны усилиями наших военных медиков решались и вопросы медицинского обеспечения боевых действий. Военные медики приняли участие в создании медицинской службы Болгарской Армии после 9 сентября 1944 г., щедро передавая свой опыт, помогли в организации лечебных учреждений, в налаживании их работы. В Югославии на протяжении длительного времени работала большая группа военных врачей нашей страны — организаторов, хирургов, терапевтов, специалистов медицинского снабжения (М. В. Туленков, А. А. Казанский, А. М. Пятницкий и др.). Они оказывали консультативную помощь, налаживали хирургическую работу в партизанских госпиталях, помогали формировать полевые медицинские учреждения. В период освобождения Югославии от немецко-фашистских захватчиков наши военные госпитали работали в тесном содружестве с лечебными учреждениями армии Югославии, оказывая помощь раненым югославским воинам. Многим советским солдатам и офицерам в эти дни медицинская помощь была оказана югославскими врачами. Тесные дружеские связи существовали в годы войны между нашими военными медиками и медицинским составом Войска Польского. Лечебно-эвакуационное обеспечение частей и соединений Польской Армии, сражавшихся плечом к плечу с советскими войсками, осуществлялось при непосредственном участии и помощи военно-медицинской службы Красной Армии.

Медицинская служба Вооруженных Сил успешно выполнила задачи, стоявшие перед ней в Великой Отечественной войне. Итоги ее деятельности

<sup>2</sup>Центральный военно-морской архив (ЦВМА), ф. 14, оп. 47, д. 216, л. 210—214.

общеизвестны — 72,3% раненых и 90,6% больных солдат и офицеров были излечены в госпиталях и медико-санитарных батальонах и возвращены в строй.

За этими цифрами миллионы спасенных жизней, миллионы воинов, которым медицинские работники возвратили здоровье, возможность снова взять в руки оружие, а после войны вернуться к мирному труду. Многие тысячи получивших тяжелые ранения, которые в недавнем прошлом были обречены на беспомощную жизнь инвалида, благодаря хорошо поставленному восстановительному лечению и помощи государства смогли приобрести новые профессии и возвратиться к полноценной жизни.

Работа медицинской службы непосредственным образом сказывалась на состоянии Вооруженных Сил, их боеспособности и укомплектованности личным составом. В ходе войны все более отчетливо выявлялась роль медицинской службы как важнейшего источника пополнения Вооруженных Сил. Поэтому трудно переоценить значение этой стороны деятельности медицинской службы для достижения победы над врагом.

Не случайно историки и крупные военачальники, говоря о работе медицинского состава Вооруженных Сил в годы Великой Отечественной войны, подчеркивают прежде всего вклад медицинской службы в укрепление Советской Армии, в повышение ее боеспособности. "Успехи, достигнутые в лечении раненых и больных, в возвращении их в строй и к труду, по своему значению и объему равны выигрышу крупнейших стратегических сражений". Так оценен труд военных медиков в книге "Вторая мировая война"<sup>3</sup>.

В историю Великой Отечественной войны медики вписали множество ярких, героических страниц, показав образцы высокого мужества и самоотверженности, преданности врачебному долгу. Общими для всех военных медиков являлись такие черты, как глубокая любовь к Родине, сочетавшаяся с интернационализмом, высокие моральные и нравственные качества, гуманизм, подлинное благородство. Эти черты раскрывались в повседневной работе, в тяжелых буднях военного времени — на поле боя, у операционного стола, у постели раненого и больного. Особенно ярко проявлялись они в исключительных ситуациях, нередко требовавших героизма и самопожертвования. За годы войны 44 медика были удостоены высокого звания Героя Советского Союза, более 116 тыс. человек были награждены орденами и медалями. В любой операции, в любом бою медики были рядом с воинами, всегда были готовы прийти им на помощь.

<sup>3</sup>Вторая мировая война. — М.: Наука, 1966, кн. 2. — С. 189.

Особого внимания заслуживает выдающаяся роль руководителей военно-медицинской службы, чье умение, опыт и организаторский талант позволили успешно решать сложные задачи медицинского обеспечения войск. Начальником Главного военно-санитарного управления Красной Армии в течение всего периода войны был выдающийся деятель отечественного военного здравоохранения, академик АМН СССР, генерал-полковник медицинской службы Ефим Иванович Смирнов. Начальниками медицинской службы фронтов в годы Великой Отечественной войны были: А. Я. Барабанов, А. И. Бурназян, П. М. Бялик, Д. Н. Верховский, А. Н. Григорьев, М. М. Гурвич, Н. И. Завалишин, И. А. Клюсс, А. Е. Песис, С. А. Семека, П. Г. Столыпин, Н. П. Устинов и др.

Медико-санитарное управление Военно-Морского Флота все годы войны возглавлял видный представитель военной медицины Федор Федорович Андреев, а начальниками медицинской службы флотов являлись: Г. А. Бабкин, В. Р. Баудер, С. Н. Золотухин, А. М. Зотов, М. Н. Кравченко, М. Я. Кривошеев, А. Г. Назаров, А. В. Смольников, И. А. Толкачев.

За умелую организацию медицинского обеспечения оперативно-стратегических операций завершающего периода войны указами Президиума Верховного Совета СССР генерал-полковник медицинской службы Е. И. Смирнов, генералы медицинской службы М. Н. Ахутин, А. Я. Барабанов, М. М. Гурвич, Н. Н. Еланский, И. А. Клюсс, П. Г. Столыпин, Н. П. Устинов и другие были награждены орденами Кутузова, Суворова, Александра Невского, Богдана Хмельницкого — высшими полководческими наградами, которых удостоивались военачальники за успешное проведение операции по разгрому противника. Эти награды поднимали руководство медицинской службой до уровня полководческого искусства и одновременно свидетельствовали о том огромном значении, которое придавало командование наших Вооруженных Сил медицинскому обслуживанию войск.

Отмечая величайшую историческую дату — 65-летие окончания Великой Отечественной войны, еще и еще раз следует подчеркнуть, что бесценный подвиг народа, в жестоких битвах зашитого свободу и независимость человечества от угрозы фашизма. Незабываем и самоотверженный труд многотысячной армии медицинских работников нашей страны, отдавших все силы и знания спасению раненых и больных защитников Родины. Героические традиции отечественной военной медицины, ярко проявившиеся на полях сражений, должны бережно храниться и приумножаться медицинским составом Вооруженных Сил страны.

Поступила 18.09.09

## МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ БЕЛОРУССИИ В ПЕРИОД ФАШИСТСКОЙ АГРЕССИИ И ОККУПАЦИИ

Гродненский государственный медицинский университет

Тищенко Е. М. — д-р мед. наук, проф., декан медико-диагностического фак. (0152-43-53-41)

*Дана характеристика профессиональной деятельности медицинского персонала Белоруссии в период фашистской агрессии и последующей оккупации.*

Ключевые слова: медицинский персонал, Белоруссия, фашистская агрессия и оккупация

*Tischenko E.M.*

### THE MEDICAL PERSONNEL OF BYELORUSSIA DURING THE FASCIST AGGRESSION AND OCCUPATION

*The article deals with the characteristics of professional activities of medical personnel in Byelorussia during the fascist aggression and subsequent occupation.*

Key words: medical personnel, Byelorussia, fascist aggression and occupation

С началом Великой Отечественной войны военнообязанные медицинские работники, студенты выпускных курсов Минского и Витебского медицинских институтов, учащиеся большинства медицинских училищ были призваны в армию. Многие медицинские работники добровольно вступали в ряды народного ополчения. В первый месяц войны медицинские работники с высоким чувством долга выполняли свои профессиональные обязанности. 12 июля 1941 г. газета "Советская Белоруссия" сообщила: "Буквально круглые сутки, не отходя от больных, работают врачи А. А. Хентов, Литошенко, Б. И. Каган и др. В сложной и почетной работе по спасению жизни воинов активное участие принимают сестры А. Л. Труппе, Я. Н. Ефименко, Н. Е. Еленская, В. Ш. Пицильницкая, санитары Скавера и А. Лощинский"<sup>1</sup>. Нарком здравоохранения Белоруссии М. И. Коваленок 21 июля 1941 г. в этой же газете дал такую оценку труда врачей: "Заслуженный деятель науки, профессор М. Н. Шапиро, заслуженный врач республики, хирург Стольберг, врач Елисеев и многие другие, находясь в частях действующей армии, самоотверженно работают. Мужественной и храброй патриоткой показала себя главный врач Оршанской больницы Каплан. В труднейших условиях она организовала эвакуогоспиталь и оказывает помощь раненым"<sup>2</sup>.

В ходе военных действий в восточных областях Белоруссии на предприятиях и в учреждениях, при поликлиниках и аптеках организовывались пункты первой медицинской помощи. Медицинский персонал больниц, поликлиник, аптек оказывал неотложную помощь пострадавшему населению. Больницы принимали раненых воинов. По данным Я. С. Павлова, в течение первой недели войны в восточных областях республики было развернуто около 20 эвакуогоспиталей<sup>3</sup>. Один из организаторов работы по развертыванию эвакуогоспиталей в Борисове И. А. Инсаров вспоминает: "Наряду с напря-

женной работой по открытию новых эвакуогоспиталей, первая больница уже 24 июня начала принимать раненых. Персонал работал самоотверженно. Врачи всех специальностей включились в хирургическую работу и многие из них — дерматолог А. Прокочук, невропатолог Т. Гельман, рентгенолог И. Горельчик, акушер Л. Розовский заслуживали всякой похвалы, являясь примером для молодых медицинских работников"<sup>4</sup>.

Кроме того, в июле 1941 г. на занятой врагом территории республики действовало 40 санитарных дружин, в составе которых было 2160 человек. Санитарные дружины участвовали в боевых действиях, выносили раненых, извлекали из руин пострадавших, оказывали первую медицинскую помощь, ухаживали за ранеными и больными в госпиталях, становились донорами<sup>5, 6, 7</sup>.

17 октября 1941 г. были приняты распоряжения рейхс-комиссариата "Остланд", в который входил генеральный округ "Белорутения" — "Об учреждении Палаты здоровья" и "О новом оформлении профессии службы здоровья". Возглавляли Палаты здоровья немецкие врачи: "Остланда" — Вегнер, генерального комиссариата "Белорутения" — Вебер, а в последующем Кюльберг. Их помощниками были местные врачи, например, в Белоруссии — А. П. Крайнов. Деятельность Палаты здоровья регулировалась уставом. Палата здоровья ведала персональным учетом медицинских кадров<sup>8, 9, 10</sup>.

При гебиткомиссариате был создан окружной, а при городских (районных) управах — городские (районные) отделы здравоохранения. Согласно

<sup>1</sup>Сергеев С. Самоотверженная работа врачей // Советская Белоруссия. — 1941. — 12 июля.

<sup>2</sup>Коваленок М. И. Все силы, всю энергию — для фронта // Советская Белоруссия. — 1941. — 21 июля.

<sup>3</sup>Павлов Я. С. В суровом сорок первом. — Минск: Беларусь, 1985.

<sup>4</sup>Инсаров И. А. Медицинские работники Белоруссии в борьбе за завоевания Советской власти // Здравоохранение Белоруссии. — 1967. — № 11. — С. 13—22.

<sup>5</sup>Инсаров И. А. Медицинские работники Белоруссии в борьбе за завоевания Советской власти // Здравоохранение Белоруссии. — 1967. — № 11. — С. 13—22.

<sup>6</sup>Девушки Белоруссии, вступайте в ряды санитарных дружин // Советская Белоруссия. — 1941. — 13 июля.

<sup>7</sup>Клебану Г. Дружинницы // Звезда. — 1941. — 30 апреля.

<sup>8</sup>НА РБ, ф. 393 с, оп. 1, д. 104, л. 8—29, 35, 39, 62, 73, 84, 88, 93, 102, 108.

<sup>9</sup>ГА Минской области, ф. 681, оп. 2, д. 6, л. 178—181.

<sup>10</sup>А ВММ МО РФ, ф. 7, оп. 64694, д. 48, л. 114, 146, 222, 253, 254.

распоряжению Минского гебиткомиссариата от 15 декабря 1941 г. был установлен следующий штат районных отделов здравоохранения: заведующий — врач, два дезинфектора, один секретарь-статистик. В дальнейшем, на основании указания Минского гебиткомиссариата от 13 июля 1942 г., вместо отделов здравоохранения были установлены должности окружных (городских, районных) врачей. Административные медицинские органы утверждали порядок работы лечебных учреждений, осуществляли контроль их состояния и деятельности. Они сообщали местным оккупационным властям о необходимости улучшения материально-технического состояния и обеспечения лечебных учреждений (проведение текущего ремонта, получение санитарного имущества, заготовка топлива, продуктов питания), но действительно влиять на качественный уровень работы лечебных учреждений не могли. Спорадически созывались организационные совещания окружных, городских, районных врачей, а также главных врачей больниц, посвященные, как правило, санитарно-эпидемиологическим вопросам. Такие собрания, в частности, прошли в Минске: 12 декабря 1941 г., 17 июля и 16 октября 1942 г., 12 февраля и 15 июня 1943 г.; в Могилеве — 19 ноября 1943 г.<sup>11, 12, 13, 14</sup>. Оккупационные власти стремились привлечь к сотрудничеству белорусских врачей как прибывших с ними, так и оказавшихся на занятой территории. Так, в октябре 1941 г. создается "Белорусская народная самопомощь" (БНС, руководитель в 1941—1943 гг. — врач И. Ермаченко). Она провозглашала задачи и право на имущество довоенного Общества Красного Креста, в частности — оказания помощи белорусам, пострадавшим от войны, опеку над детскими домами, яслями, медицинскими школами. В июле 1942 г. сформирован ее совет, имевший и медицинский отдел. В ряде медицинских учреждений были изданы приказы об обязательном участии медицинского персонала в БНС, а для ее членов устанавливались льготы медицинского обслуживания. Для развития колоборанского движения оккупанты не препятствуют образованию Белорусской центральной рады (декабрь 1943 г.), проведение ею (июнь 1944 г.) не имевшего принципиального значения второго конгресса (1-й — в 1917 г.), в котором приняли участие и 20 врачей, а 3 из них выступили в прениях. Следует констатировать созыв при генеральном комиссариате съездов медицинского персонала (июнь 1942 г., май 1944 г.), организацию с участием врачей Белорусского научного общества (1943), создание Центрального национального объединенного общества белорусских врачей (1943) и Объединения белорусских медицинских сестер и акушерок (1943). С этой же целью работающим в лечебно-профилактических учреждениях врачам были установлены высокие денежные оклады, например, ставка районного врача достигала 1000 руб. Но при этом немецкие врачи получали в три раза больше<sup>15, 16 17, 18</sup>.

<sup>11</sup>НА РБ, ф. 393 с, оп. 1, д. 339, л. 6, 8, 9.

<sup>12</sup>НАРБ, ф. 393 с, оп. 1, д. 387, л. 5, 8, 10, 11.

<sup>13</sup>ГА Гродненской области, ф. 551, оп. 1, д. 1478, л. 10 об.

<sup>14</sup>ГА Могилевской области, ф. 271, оп. 1, д. 23, л. 8, 18, 24, 25, 75.

<sup>15</sup>НА РБ, ф. 370 с, оп. 1, д. 610, л. 45—47.

<sup>16</sup>НА РБ, ф. 393 с, оп. 1, д. 351, л. 87, 89, 90, 130, 132, 148, 159, 292, 293, 310.

На оккупированной территории проводилась подготовка среднего медицинского персонала. Так, в 1942—1943 гг. в генеральном комиссариате "Белорутения" действовала только одна Барановичская медицинская школа, готовившая медсестер, фельдшеров, аптекарей. В школе работало 14 преподавателей, из них 3 врача. По данным оккупационной прессы, эта школа выпустила около 70 слушателей<sup>19</sup>. А в 1943 г. в Минске при первой больнице начинает работать вторая медицинская школа для подготовки медсестер, фельдшеров, акушерок, аптекарских работников, дантистов<sup>20</sup>.

Нами также установлено, что весной—осенью 1943 г. предпринимается попытка приступить к подготовке врачей, для чего организовать медицинский институт в Могилеве. При этом следует отметить, что в довоенный период в Могилеве медицинского института не было, а в начале 1942 г. оккупационные власти закрыли авторитетную Могилевскую фельдшерско-акушерскую школу. Однако данный проект оказался практически не осуществленным. Вторая попытка была предпринята весной 1944 г., когда в качестве места организации института был избран город Ново-Вильно. Однако даже оккупационная пресса вынуждена была признать, что вместо намечаемой численности 200 студентов в июне 1944 г. было не более 30 учащихся<sup>21, 22</sup>. При больницах и аптеках некоторых городов (Минск, Слоним, Смолевичи) действовали единичные шестимесячные — годовые курсы по подготовке медсестер, помощников зубных врачей, аптекарей<sup>23, 24</sup>.

Большинство медицинских работников являлись патриотами Белоруссии. Оставшиеся на занятой врагом территории медицинские работники, понимая потребность населения в лечебной помощи, жестокость фашистского режима, приступали к выполнению своих профессиональных обязанностей. Мы считаем выполнение профессиональных обязанностей составной частью подпольно-патриотической деятельности. Кроме того, многие медицинские работники были организаторами и участниками подпольных групп, действовавших на занятой врагом территории. Некоторые из них, находясь в составе подпольных организаций, были связаны с ними и вели антифашистскую деятельность. Нами также проведена большая поисковая работа, в результате которой составлен именной список медицинских работников — участников антифашистской подпольной работы. В данный список включены фамилии 267 врачей и студентов медицинских институтов, 116 медицинских сестер, акушерок и учащихся медицинских школ, 42 фармацевтов, аптечных работников и учеников, 28 фельдшеров и 44 человека персонала лечебно-профилактических учреждений.

Заслуженным авторитетом среди медицинского персонала и населения пользовался профессор Е. В. Клумов. Работая в Первой больнице Минска,

<sup>17</sup>Соловьев А. К. Белорусская центральная рада: создание, деятельность, крах. — Минск: Наука и техника, 1995.

<sup>18</sup>Турунок Ю. Б. Беларусь пад нямецкай акупацыяй. — Мінск: Беларусь, 1993.

<sup>19</sup>А БЕЛГОСМУЗЕЯ ИВОВ, инв. № КП 27902.

<sup>20</sup>НА РБ, ф. 384 с, оп. 1, д. 15, л. 12, 13, 138, 188, 213.

<sup>21</sup>ГА Могилевской области, ф. 271, оп. 1, д. 39, л. 37, 68.

<sup>22</sup>А БЕЛГОСМУЗЕЯ ИВОВ, инв. № КП 27903.

<sup>23</sup>НА РБ, ф. 393 с, оп. 1, д. 339, л. 6, 8, 9.

<sup>24</sup>НА РБ, ф. 393 с, оп. 1, д. 350, л. 3, 16, 81.



он спас жизнь многим гражданам, подпольщикам и партизанам. С его помощью удалось оборудовать два партизанских госпиталя. Е. В. Клумов и его жена Г. Н. Клумова в марте 1944 г. были казнены фашистами. Указом Президиума Верховного Совета СССР от 8 мая 1965 г. Е. В. Клумову присвоено звание Героя Советского Союза посмертно<sup>25</sup>.

В 1942 г. в партизанских формированиях Белоруссии создаются первые санитарные части и госпитали, которые действовали в основном разрозненно. Так, в марте 1942 г. в 277-м партизанском отряде Кличевского района военфельдшер И. Е. Жителев организует медицинский пункт. В мае того же года врач С. Е. Штемпель на базе участковой больницы в д. Пудоть создает госпиталь с амбулаторией и аптекой<sup>26, 27</sup>.

По данным санитарного отдела БШПД, на момент соединения с армией (1944) партизанские

<sup>25</sup>Гирин В. Г. Евгений Владимирович Клумов: К 110-летию со дня рождения // Здравоохранение Белоруссии. — 1986. — № 12. — С. 35–36.

<sup>26</sup>А БЕЛГОСМУЗЕЯ ИВОВ, инв. № н/в 33776.

формирования республики имели в своем составе 580 врачей и 2133 средних медицинских работников. Однако в целом обеспеченность медицинским персоналом партизанских формирований нельзя признать достаточной, поскольку на одну партизанскую бригаду приходилось 2,7 врача и 10 средних медицинских работников, а на один партизанский отряд — 0,5 врача и 1,7 среднего медицинского работника<sup>28, 29, 30</sup>.

Поступила 02.10.09

<sup>27</sup>Инсаров И. А. Медицинская служба в партизанских соединениях Белоруссии // Здравоохранение Белоруссии. — 1964. — № 7. — С. 6–14.

<sup>28</sup>А БЕЛГОСМУЗЕЯ ИВОВ, инв. № н/в 14164.

<sup>29</sup>Всенародное партизанское движение в Белоруссии в годы Великой Отечественной войны (июнь 1941 — июль 1944): Документы и материалы. — Т. 3. — Всенародное партизанское движение в Белоруссии на завершающем этапе (январь — июль 1944). — Минск: Беларусь, 1982.

<sup>30</sup>Партизанские формирования Белоруссии в годы Великой Отечественной войны (июнь 1941 — июль 1944 гг.): Краткие сведения об организационной структуре партизанских соединений, бригад (полков), отрядов (батальонов) и их личном составе. — Минск: Беларусь, 1983.

Ю. П. Лисицын, Т. В. Журавлева

## ИСТОРИЯ КОНФЕДЕРАЦИИ ИСТОРИКОВ МЕДИЦИНЫ (КИММ)

Конфедерация историков медицины международная, Москва

**Лисицын Ю. П.** — *акад. РАМН, д-р мед. наук, проф., президент (434-37-88); Журавлева Т. В.* — *д-р мед. наук, проф., генеральный секретарь (299-94-55)*

*В статье представлен краткий очерк истории и современного состояния деятельности Конфедерации историков медицины (международной) — КИММ, которая до перестройки была всесоюзным историко-медицинским обществом (ВНОИМ) с момента ее образования до проведения III съезда.*

**Ключевые слова:** Конфедерация, история медицины, III съезд

*Lisitsyn U.P., Juravleva T.V.*

## THE HISTORY OF THE CONFEDERATION OF HISTORIANS OF MEDICINE

*The article deals with a brief essay of history and actual state of activities of the Confederation of historians of medicine which before perestroika was named the All-Union history medical society.*

**Key words:** confederation, history of medicine

Вопрос о создании предшественника КИММ — Всесоюзного общества историков медицины (ВНОИМ) возникал среди специалистов, интересующихся и занимающихся историей здравоохранения, еще до Великой Отечественной войны, тем более что в Военно-медицинской академии в Ленинграде и в I Московском медицинском институте функционировали соответствующие кафедры, в ряде вузов — курсы, организовывались музеи, на научных конференциях и съездах ставились и обсуждались проблемы развития медицины и ее отраслей.

Сразу же после окончания войны группа ученых (Г. А. Баткис, М. И. Барсуков, К. М. Быков, С. М. Багдасарьян, П. Е. Заблудовский, Д. М. Российский, Е. И. Смирнов, П. Страдынь, И. Д. Страшун и др.) выступила с инициативой подготовки организации ВНОИМ. 1 ноября 1946 г. состоялось учредительное собрание Общества, на котором 32 его участника заслушали доклады И. Д. Страшуна

"Цели и задачи Всесоюзного историко-медицинского общества" и М. И. Барсукова "О проекте устава Общества и его основных принципах".

Разработанный М. И. Барсуковым устав Общества был одобрен временным правлением и утвержден Минздравом СССР 8 апреля 1947 г. На первом заседании правления Общества его председателем был избран И. Д. Страшун, заместителями — Д. М. Российский и Е. И. Смирнов, секретарем — М. И. Барсуков.

Регулярная работа Общества, заседания его президиума практически начались в 1948 г., поэтому есть основание считать началом его деятельности конец 1947 г. — начало 1948 г.

В первое время ВНОИМ выполнял функции и Московского общества историков медицины, которое оформилось как самостоятельное в 1949 г.

В связи с болезнью И. Д. Страшуна председателем ВНОИМ и Московского общества историков медицины до 1955 г. был Д. М. Российский. После

его смерти Общество возглавил М. И. Барсуков.

В Институте им. Н. А. Семашко был организован отдел истории медицины, который стал научно-организационным центром нашей специальности. Не без участия ВНОИМ стали создаваться общества и секции историков в других республиках, городах страны: в Ивано-Франковске (председатель С. А. Верхратский), Ленинграде (председатель К. М. Быков); секции истории медицины в других научных обществах: терапевтическом (председатель Д. М. Российский), микробиологов и инфекционистов (председатель Ю. И. Миленушкин) и др.

Президиум ВНОИМ в первые годы работы Общества, еще до I Всесоюзной конференции, развернул активную работу по расширению своей деятельности. В это время созданы научные общества на Украине, в Белоруссии, Литве, Казахстане, Грузии, Узбекистане, Туркмении, Киргизии, в городах: Горьком, Куйбышеве, Томске, Львове и др. Стали проводиться историко-медицинские конференции: в 1955 г. — I Урало-Сибирская, в 1957 г. — в Горьком, посвященная 40-летию Великой Октябрьской социалистической революции, в 1958 г. — в Литве, посвященная 175-летию медицинского факультета Виленского университета и 150-летию медицинского общества.

3—9 февраля 1959 г. в Ленинграде состоялась Первая Всесоюзная научная историко-медицинская конференция, которая завершила работу по организационному оформлению Общества. В работе конференции приняли участие около 200 делегатов от обществ союзных республик и иностранных историки медицины из НРБ, ВНР, ГДР, ЧССР. На конференции были заслушаны доклады М. И. Барсукова, И. Д. Страшуна, Б. Д. Петрова и других участников о научных исследованиях, преподавании этого предмета, военной медицине, музейном деле и др.; определены основные направления научных исследований, перспективы истории медицины, здравоохранения.

На конференции был принят устав Общества и избраны члены правления ревизионной комиссии. Председателем ВНОИМ и его президиума был избран М. И. Барсуков, заместителями — А. С. Георгиевский (Ленинград), К. Ф. Дупленко (Киев), Б. Д. Петров (Москва), ученым-секретарем — Ю. П. Лисицын (Москва), казначеем — М. К. Кузьмин (Москва), членами президиума — С. М. Багдасарьян (Москва) и И. Д. Страшун (Москва).

Третья Всесоюзная научная историко-медицинская конференция прошла 13—16 декабря 1967 г. в Ленинграде. На ней были подведены итоги развития медицины и здравоохранения за 50 лет советской власти и историко-медицинских исследований (доклады М. И. Барсукова, Б. Д. Петрова, П. Е. Заблудовского, Ю. П. Лисицына, М. П. Мультиановского, Ю. А. Шилиниса и др.).

Четвертая Всесоюзная научная конференция состоялась в Минске 24—26 июня 1970 г. Ее основной программный вопрос — 100-летие со дня рождения В. И. Ленина. С первым докладом на конференции по основному программному вопросу выступил министр здравоохранения Б. В. Петровский.

Всесоюзная конференция была не только узловым событием в жизни Общества, подведением итогов научных исследований и преподавания ис-

тории медицины за каждые 4—5 лет, но и периодом более масштабных и значимых мероприятий — всесоюзных съездов, первый из которых состоялся в Кишиневе 10—13 октября 1973 г.

На съезде рассмотрены три программных темы: "Основные направления научных исследований по истории медицины" (докладчик Б. Д. Петров), "Историография и источниковедение отечественной истории медицины" (докладчик М. И. Барсуков), вопросы преподавания истории медицины (докладчики Г. Р. Крючок, П. Е. Заблудовский, М. К. Кузьмин, М. М. Левит). Эти темы, как и другие, практически охватившие все проблемы нашего предмета, обсуждали на 4 пленарных и 12 секционных заседаниях. Съезд избрал правление из 55 человек. Почетным председателем общества был избран М. И. Барсуков, председателем — Ю. П. Лисицын, который остается им до настоящего времени. Заместителями председателя были избраны А. С. Георгиевский, И. И. Крыжановская, Б. Д. Петров, Ю. А. Шилинис, ответственным секретарем Г. Р. Крючок, казначеем И. В. Венгрова. В президиум вошли также К. Ф. Дупленко, В. В. Канеп, А. К. Косач, М. К. Кузьмин, П. Е. Заблудовский, Е. И. Лотова, Б. М. Потулов.

В СССР прошло еще два съезда историков медицины: Второй 10—13 сентября 1980 г. в Ташкенте и Третий 12—14 сентября 1986 г. в Кобулету.

Ко второму съезду издательством "Медицина" (Ташкент) было издано три тома докладов и тезисов по всем темам. На съезде было избрано правление из 79 членов и его президиум из 15 человек. 13 видных ученых были избраны почетными членами ВНОИМ (С. А. Верхратский, А. С. Георгиевский, П. Я. Герке, К. Ф. Дупленко, П. Е. Заблудовский, Ф. Г. Кротов, Г. Р. Крючок, М. К. Кузьмин, В. В. Куприянов, Ю. П. Лисицын, Б. Д. Петров, Б. М. Потулов, Е. И. Смирнов, В. В. Кованов). В число членов президиума, помимо избранных на первом съезде, вошли А. А. Грандо, М. Б. Мирский, Э. Д. Грибанов, Т. С. Сорокина, М. Я. Яровинский, А. В. Чаплин.

В результате проведенной организационной работы состав Общества увеличился до 2084 человек.

На последнем до распада СССР 3-м Всесоюзном съезде историков медицины в Кобулету был обсужден ряд программных вопросов. Число членов ВНОИМ к съезду увеличилось до 2200 человек. В новое правление было избрано около 100 человек, представляющих все республиканские и городские общества. В материалах съезда были представлены 305 докладов и сообщений по истории медицины и 107 по научной медицинской информации — существенное дополнение к материалам съезда по этой отрасли медицины.

Помимо конференций и съездов ВНОИМ, в период его существования нарастала международная активность, выразившаяся в участии в съездах Международного общества историков медицины. Б. Д. Петров, В. И. Терновский, Л. Оганесян были избраны членами этого общества. В 1980—1990-х годах членами общества стали Ю. П. Лисицын, М. Б. Мирский, Т. С. Сорокина, Т. В. Журавлева, С. Н. Затравкин, Б. Л. Лихтерман и др.

По инициативе ВНОИМ совместно с ГДР стали регулярно проводить (1 раз в 2 года) симпозиумы по истории медицины попеременно в СССР и ГДР, в которых участвовало по 12 специалистов. Кроме

этих симпозиумов, по инициативе ВНОИМ и национальных организаций НРБ, СРР и др. организовывали и проводили региональные семинары и симпозиумы по истории медицины Балканских стран и др. Совместными усилиями болгарских и российских историков медицины было организовано издание журнала "Асклепий", ставшего международным изданием и публикующим статьи и информационные материалы по истории и теории медицины на болгарском, русском и немецком языках. К настоящему времени вышло 15 томов этого издания, в редколлегии которого работают члены КИММ. Члены КИММ являются также активными сотрудниками журнала украинских историков медицины "Агапит".

В работе регулярно созываемых конференций историков медицины Прибалтийских стран, созданию ежегодно издаваемых трудов по истории медицины деятельное участие принимали и принимают члены ВНОИМ, а ныне КИММ. Некоторые из них (Ю. П. Лисицын, Т. В. Журавлева, М. Б. Мирский) были удостоены международной награды — бронзового Асклепия.

За 60-летнюю историю проведено более 30 пленумов ВНОИМ и КИММ.

Период с 1986 по 1992 г. был самым трудным временем испытаний на прочность и жизнеспособность нашего историко-медицинского общества. Политические и социально-экономические перемены в стране, распад СССР, переход к новым рыночным отношениям и другие события негативно отразились на инфраструктуре всех отраслей науки и техники, включая медицину, ударили по организации научных обществ и ассоциаций. Большинство научных обществ перестало функционировать, резко сократилась издательская деятельность и участие в ней научных обществ, перестали регулярно проводиться съезды и конференции. Научные и учебные учреждения, особенно общества, лишились в значительной мере материальной поддержки Минздрава, РАМН, местной и центральной администрации.

Устояли немногие научные общества, и в их числе наше историко-медицинское. Во многом это обусловлено тем, что удалось сохранить Правление, его президиум, избранные на съезде в Кобулет, и желание большинства историков медицины из бывших союзных республик не распускать наше научное общество и продолжать сотрудничество. Президиум Общества продолжал работать и даже организовал съезд историков медицины, который состоялся в Луганске в 1992 г. По единодушному желанию его участников было принято решение сохранить Общество, но в связи с распадом СССР изменить его название, сохранив по существу прежний состав и официально зарегистрировать Общество. По совету работников Министерства юстиции, оно было названо и зарегистрировано как Конфедерация историков медицины международная (имелись в виду страны ближнего зарубежья) — КИММ (президент Ю. П. Лисицын, главный ученый-секретарь Т. В. Журавлева). В состав Конфедерации согласились войти национальные общества историков медицины бывших республик СССР, в том числе России. КИММ, как и ВНОИМ, стал выполнять функции международного и национального общества историков медицины России. Устав КИММ был зарегистрирован в 1992 г.

С тех пор КИММ активно работает как международное и российское общество историков медицины, участвует в национальных и международных конференциях и конгрессах. Функции штаб-квартиры выполняет Институт истории медицины РАМН. С 1992 г. члены КИММ участвовали в съездах международного общества историков медицины в Эдинбурге, на о. Кос, в США, Турции, Италии, Венгрии, Мексике, в работе ряда международных конференций по истории медицины в Загребе (Хорватия), Варне (Болгария) и др.

Первый съезд КИММ был пятым съездом историков медицины России и стран ближайшего зарубежья (бывших союзных республик). КИММ объединила общества историков медицины России, стран СНГ и Балтии. Все они принимали активное участие в работе 1-го и 2-го съездов КИММ (1998 и 2003 гг.), президиумов и правления Общества. Все в большей степени КИММ и его общественные подразделения тяготеют не только к исследованиям прошлого медицины, но и истории современных ее проблем, в том числе общественного здравоохранения. Эта тенденция особенно проявилась в последние годы работы Общества.

За это время Обществом проведено 87 научных и общественных мероприятий, включая пленумы правления, 19 расширенных заседаний президиума, участие в научно-практической конференции "Медицина и здравоохранение в дни войны и мира", конференции по истории биологии, юбилейных конференциях медицинских музеев Рязани, Санкт-Петербурга, Риги, Киева, ежегодных конференциях по истории сердечно-сосудистой хирургии, симпозиумах по истории медицины стран Балтии, Балканских стран, конференциях, посвященных истории ряда медицинских институтов, в том числе Харьковского, Рязанского, ММА им. И. М. Сеченова, РГМУ, ежегодных конференциях, посвященных медицинской профессуре в России и СССР и др.

КИММ сотрудничает с другими научными обществами и ассоциациями — ВНАСМОЗ, Российским медицинским обществом (возглавляя две его комиссии по законодательству — Ю. П. Лисицын, по печати — А. М. Сточик) и др.

Следует отметить продолжающуюся активную регулярную работу Московского научного общества истории медицины, обществ в Санкт-Петербурге, Минске, Тбилиси, Литве, Казани, Луганске, Башкирии, Астрахани, Архангельске и др.

КИММ опирается на работу отдела истории медицины (зав. М. Б. Мирский) ННИИ общественного здоровья РАМН, Института истории медицины РАМН (А. М. Сточик, В. П. Жмуркин, С. Н. Затравкин, Т. В. Журавлева и др.), НЦ СССР им. А. Н. Бакулева РАМН (С. П. Глянцев), ряда кафедр и курсов истории медицины вузов (А. М. Сточик, Т. С. Сорокина, К. А. Пашков, Г. Л. Микиртычан, С. Н. Шапошникова, К. К. Васильев, Е. М. Тищенко, В. Сюдикас, Р. М. Шенгелия и др.).

В медицинских журналах, в первую очередь в "Проблемах социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины", активно публикуются материалы по развитию медицины и здравоохранения, в том числе "Знаменательные и юбилейные даты истории медицины"; регулярно издается "Исторический вестник" ММА им. И. М. Сеченова. За по-

следние годы издано более двадцати фундаментальных трудов по истории медицины и здравоохранения (монографии Ю. П. Лисицына, А. М. Сточика, М. А. Пальцева, С. Н. Затравкина, М. Б. Мирского, Н. А. Григорьян, А. А. Будко, Д. А. Балалыкина, С. П. Глянцева, Г. Л. Микиртичан, Э. Д. Грибанова, М. Я. Яровинского и др.). Опубликованы новые учебники по истории медицины (Ю. П. Лисицын, Т. С. Сорокина). При ММА им. И. М. Сеченова под председательством А. М. Сточика создан Ученый совет по защите докторских и кандидатских диссертаций. На данном Совете и в Совете ННИИ общественного здоровья РАМН защищены 10 докторских и более 20 кандидатских диссертаций по истории медицины.

Достаточно активно идут процессы международного сотрудничества КИММ, включая участие в международных конгрессах по истории медицины. За последние 6 лет члены КИММ представительно участвовали во всех международных конгрессах по истории медицины (Ю. П. Лисицын, А. М. Сточик, С. Н. Затравкин, Д. А. Балалыкин, Т. С. Сорокина, Т. В. Журавлева, М. Б. Мирский, С. А. Кабанова, К. Г. Васильев и К. К. Васильев, Б. Л. Лихтерман, Е. М. Тищенко, Р. М. Шенгелия и др.).

Несмотря на попытки сокращения или даже исключения из учебных программ истории медицины, во всех медицинских вузах сохранены или работают кафедры по предмету. Благодаря стараниям Э. Д. Грибанова в РМАПО проводились курсы усовершенствования историков медицины.

20—22 мая 2009 г. в Москве прошел 3-й съезд КИММ. КИММ, как и ранее ВНОИМ, представлял Всероссийское общество и национальные общества историков медицины государств — бывших союзных республик СССР.

Съезд приветствовали президент РАМН академик М. И. Давыдов, известные ученые обществ историков медицины Украины, Белоруссии, Турции, Сербии, от международного общества историков медицины — его вице-президент Г. Фернгрэн, президент ассоциации историков медицины Балканских стран М. Апостолов, редактор международного журнала "Асклепий", К. Коллинз, главный редактор журнала "Везалий".

В работе съезда участвовали 115 историков медицины России и других государств — Белоруссии, Болгарии, Шотландии, США, Сербии, Турции, Украины, Латвии, Литвы. Всего представлено 345 докладов, материалы которых опубликованы в двух томах.

В программе съезда значились проблемы истории медицины и здравоохранения XX — начала

XXI века, преподавание предмета, музейное дело, история военной медицины новейшего периода, разное.

В 1-й и 3-й дни работы были заслушаны пленарные доклады Ю. П. Лисицына, М. Б. Мирского, А. А. Будко, Н. А. Григорьян, К. К. Васильева, В. И. Бородулина, С. П. Глянцева, Т. В. Журавлевой, посвященные итогам исследований по программным вопросам и истории становления КИММ, а также сообщения М. Апостолова о деятельности Балканской ассоциации по истории медицины, Г. Фернгрена о врачах раннего христианства, выступления К. Коллинза, Е. Симич, проф. Эткера об истории медицины и здравоохранения в Сербии, Турции, отчетные доклады о работе Московского общества (С. Г. Гончарова), Санкт-Петербургского общества (Г. Л. Микиртичан), самой конфедерации (Ю. П. Лисицын) за период после 2-го съезда КИММ, выступления о работе Украинского, Белорусского и других обществ КИММ.

Все изданные в материалах съезда доклады за 3 дня, в том числе второй день работы 6 секций, заслушать и обсудить было невозможно. Однако, как единодушно оценено участниками съезда, доклады и сообщения представляли результаты серьезных и глубоких исследований важнейших, в том числе программных, вопросов, которые в основном были посвящены развитию истории медицины новейшего периода вплоть до начала XXI века.

Доклады и сообщения участников съезда, по признанию выступающих на съезде, не только представили узловые события и проблемы истории медицины и здравоохранения, показали состояние исследований в этой области, преподавание предмета, которое, несмотря на трудности и попытки в некоторых вузах отменить или сократить программу обучения, доказывают их необходимость, указывают на помощь КИММ в осмыслении и оценке развития медицинской науки и практики в современный сложный и противоречивый период жизни общества.

На заключительном заседании съезда была принята всесторонне оценивающая деятельность общества резолюция, наметившая пути его дальнейшего развития, избрано новое правление и президиум, в состав которого вошли А. А. Будко, Д. М. Балалыкин, С. П. Глянец, Н. А. Григорьян, Т. В. Журавлева, Ю. П. Лисицын, М. Б. Мирский, К. А. Пашков, М. В. Поддубный, Т. С. Сорокина, А. Виксна, К. К. Васильев, Е. М. Тищенко, В. П. Сюдикас и др.

Поступила 26.07.09

## О РАЗВИТИИ ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ В ВОСТОЧНО-СИБИРСКОМ РЕГИОНЕ

Иркутский государственный медицинский университет Росздрава РФ

**Гайдаров Г. М.** — д-р мед. наук, проф., зав. каф. (3952-24-34-73); **Алексеевская Т. И.** — д-р мед. наук, доц. каф. (3952-20-10-81).

*В статье изложены основные вехи развития высшей медицинской школы в Восточно-Сибирском регионе, начиная с момента ее становления до настоящего времени, и ее вклад в развитие здравоохранения региона. Рассмотрен вклад выдающихся представителей различных клинических направлений в формирование научного и практического наследия медицины и здравоохранения.*

**Ключевые слова:** *высшее медицинское образование, развитие системы регионального здравоохранения, становление научных медицинских школ*

*Gaidarov G.M., Alekseyevskaya T.I.*

### ON THE DEVELOPMENT OF HIGHER MEDICAL SCHOOL IN THE EAST SIBERIA REGION

*The article deals with the major landmarks of the development of higher medical school in the East Siberia region from the moment of its formation up to the present time including its input into the development of public health of the region. The contribution of the prominent representatives of different clinical disciplines into the formation of theoretical and practical heritage of medicine and public health is discussed.*

**Key words:** *higher medical education, regional health care, scientific medical school*

Прогрессивные деятели России еще в начале XIX века обсуждали вопрос о необходимости создания высшей школы в Сибири.

В 1888 г. в Томске был открыт университет, но это не могло решить проблему обеспечения Иркутской губернии врачами.

В 1916 г. Министерство народного просвещения опубликовало сообщение о том, что в стране предполагается создать 10 университетов, в том числе в Иркутске и Владивостоке. Иркутская городская дума ассигновала на строительство здания для университета 500 000 руб. Общественная комиссия провела сбор пожертвований на организацию университета<sup>1</sup>. В октябре 1918 г. открылся Иркутский государственный университет, а в 1920 г. создан медицинский факультет [9]. В качестве клинической базы намечалось использовать бывшую гражданскую Кузнецовскую больницу<sup>2</sup>.

Впоследствии медицинскому факультету было передано двухэтажное здание бывшей школы прапорщиков (в настоящее время анатомический корпус). Местные исполкомы и губздравотдел передали факультету ряд зданий для организации теоретических кафедр факультета. Клиническим кафедрам были предоставлены лучшие лечебные учреждения. Факультет получил бывшее здание красных казарм, в котором разместил анатомические кафедры, Кузнецовскую больницу, на базе которой организовались госпитальные кафедры (хирургическая, терапевтическая) и кафедра психиатрии, детскую больницу, городской родильный дом, глазную лечебницу, новосоматическую больницу, бактериологический институт, на базе которого была создана кафедра микробиологии и эпидемиологии<sup>3</sup>.

Большую помощь в организации и укреплении медицинского факультета оказали военные орга-

низации. Управление санитарной службы 5-й армии и Восточно-Сибирский военный округ предоставили для кафедр пропедевтики внутренних болезней, общей хирургии и кожно-венерических болезней соответствующие отделения военного госпиталя, передали факультету хорошо оснащенный госпиталь Красного Креста. Санчасть 5-й армии передала факультету значительную часть медицинского, учебного и хозяйственного имущества<sup>4</sup>.

В 1920—1922 г. факультет располагал уже достаточной материальной базой. В последующие годы эта база расширяется и укрепляется, факультет получает дополнительные помещения для развертывания кафедр глазных болезней, акушерско-гинекологической и др.; при многих кафедрах организуются лаборатории, музеи и библиотеки. Правительство отпустило 3 млн руб. золотом для закупки за границей учебного и научного оборудования, иностранной литературы.

Наличие квалифицированного преподавательского состава и материальной базы дало возможность в первые же 2 года открыть все 5 курсов факультета. В июле 1922 г. состоялся первый выпуск врачей, окончивших медицинский факультет Иркутского университета (они начинали учиться в других университетах)<sup>5</sup>.

В ноябре 1921 г. в университетском центре было организовано научное общество, когда проф. О. И. Бронштейн составил проект Устава общества, а 20 ноября был избран президиум общества в составе председателя проф. Н. Д. Бушмакина, заместителя — проф. А. А. Мелких, членов—

<sup>1</sup>Ларионова Т. А., Евсеева Н. П. Высшая медицинская школа в Иркутске 1919—1969 гг. — Иркутск, 1972. — С. 37—41.

<sup>2</sup>Шантуров А. Г., Гайдаров Г. М. Иркутский государственный медицинский университет 1919—1999 гг. — Иркутск, 1999. — С. 220—225.

<sup>3</sup>Ларионова Т. А., Малоземова А. И. 40 лет Иркутскому государственному медицинскому институту. — Иркутск, 1970. — С. 20—24.

профессоров М. С. Малиновского и Н. Н. Топоркова, секретаря доц. Н. П. Шаврова и проф. И. О. Бронштейна.

Для помощи органам здравоохранения постановлением президиума медицинского факультета в июне 1923 г. была учреждена комиссия под председательством проф. П. А. Ломовицкого, члены которой выезжали в районы области, изучали распространение малярии, оказывали практическую помощь малярийной станции. В это же время была создана комиссия по борьбе с туберкулезом, которую возглавил проф. М. П. Михайлов. Эта комиссия руководила научной работой противотуберкулезного диспансера, открывшегося в Иркутске в августе 1923 г.<sup>6</sup>

При участии преподавателей медицинского факультета и студентов в 1926—1928 гг. изучалось состояние здоровья, условия труда и быта рабочих промышленных предприятий и медицинское обслуживание работающих на этих заводах и фабриках.

Уже в первые годы деятельности медицинского факультета его ученых волновали вопросы, связанные с особенностями демографических процессов, причины заболеваемости и физическое развитие различных групп населения<sup>7</sup>. С 1924 г. под председательством проф. В. Г. Щипачева работала комиссия по изучению урвской болезни и зоба, которая приняла активное участие в организации в 1930 г. урвской научно-исследовательской станции.

Весной 1930 г. высшие учебные заведения страны перешли из системы Наркомпроса в отраслевые наркоматы. Медицинский факультет Иркутского университета выделился в самостоятельное высшее учебное заведение — Иркутский государственный медицинский институт<sup>8</sup>.

В историю медицинского образования 30-е годы вошли как период реорганизации, борьбы за повышение качества подготовки врачей, укрепления высших учебных заведений за счет притока в высшие учебные заведения рабочей и крестьянской молодежи. В годы индустриализации страны советское здравоохранение должно было обеспечить медицинской помощью промышленных рабочих.

Перспективы развития экономики Сибири, строительство новых заводов и фабрик, рост городов, развитие сети медицинских учреждений диктовали необходимость увеличения контингента студентов, открытия новых факультетов<sup>9</sup>. В 1930 г. в Иркутском медицинском институте были открыты санитарно-гигиенический и вечерний лечебный факультеты.

В 1932 г. вводятся твердые учебные планы и типовые программы, улучшается методическая работа, организуется непрерывная практика студентов<sup>10</sup>. В 1939 г. в Иркутском медицинском институте было уже 35 кафедр, работали 16 профессоров, 21 доцент и 91 ассистент. Среди профессор-

ско-преподавательского состава института преобладали его выпускники (63%). Иркутский медицинский институт получил право проведения защиты диссертаций на ученую степень кандидата медицинских наук. С 1937 по 1939 г. 19 преподавателей института защитили кандидатские диссертации и 6 — докторские. С 1938 г. план научно-исследовательской работы института включал 12 проблем медицины: морфология мозга, злокачественные новообразования, аллергия, эпилепсия, ревматизм, курорты Восточной Сибири, урвская болезнь и эндемический зоб, проказа и другие. Особое внимание уделялось изучению здоровья коренных жителей северных районов Сибири.

К 20-летию юбилею в 1939 г. Иркутский медицинский институт подготовил 2611 врачей (16 выпусков). На 1 сентября 1939 г. в институте обучалось 1767 студентов<sup>11</sup>.

Связь науки с конкретными потребностями края подчеркивал проф. В. П. Иванов, который в 1924 г. на I съезде врачей Восточной Сибири отметил: "Необходимо, чтобы высокий университет сошел со своего пьедестала и действительно связался с жизнью, изучал быт и особенности туземного населения, страдающего от пандемии, трахомы, сифилиса, зоба, туберкулеза и др., изыскивая пути к оздоровлению населения". Достижения были значительны, о чем свидетельствуют резкое снижение распространенности зоба в Восточной Сибири и наличие лишь стертых форм, остаточных проявлений урвской болезни, прежде поражавшей значительную часть населения области, признанной эндемичной в отношении этого заболевания. Кроме ведущих проблем краевой патологии Восточной Сибири, с такой же тщательностью изучались другие важнейшие разделы медицины (лепра, трахома, глистные инвазии, инфекционные заболевания и др.)<sup>12</sup>.

К началу Великой Отечественной войны институт в значительной мере укрепил свою материально-техническую базу, увеличил прием студентов и выпуск врачей, расширил объем научных исследований, оказывал большую помощь органам здравоохранения. Он сделал 28 выпусков и дал стране почти 3000 врачей.

Война поставила перед коллективом института сложнейшие задачи, связанные с необходимостью увеличения набора студентов, ускоренной подготовкой врачей. С переходом с 5-летнего на 4-летнее обучение резко изменились учебные планы и программы, что требовало большого внимания к методической работе. Несмотря на трудности этого периода, за годы войны институт подготовил 774 врача, провел большую работу по специализации врачей и усовершенствованию их знаний. На базах института в эти годы прошли специализацию более 2000 врачей и такое же количество средних медицинских работников. В интересах фронта институт перестроил всю работу коллектива преподавателей, многие из которых были призваны в действующую армию. Лучшие здания, где размещались учебные базы, институт предоставил в распоряжение эвакуированных госпиталей, обеспечил силами профессорско-пре-

<sup>6</sup>Секулович А. Ф. Из истории борьбы с заразными болезнями. — Иркутск, 1994. — С. 211—215.

<sup>7</sup>Корчагин А. А. Ук. Соч. — С. 142—143.

<sup>8</sup>Романов К. И. Итоги пятнадцатилетней деятельности Восточно-Сибирского медицинского института. — Иркутск, 1935. — С. 52—55.

<sup>9</sup>Вендрих Г. А., Рябцовский М. И. Строящийся Иркутск. — Иркутск, 1954. — С. 139—140.

<sup>10</sup>Малоземова А. И. Очерки по истории здравоохранения г. Иркутска. — Иркутск, 1935. — С. 42—44.

<sup>11</sup>Романов К. И. // Мед. бюл. — 1939. — № 4. — С. 43—57.

<sup>12</sup>Круковер И. М. // Мед. бюл. — 1947. — № 8. — С. 68—75.

подавательского состава консультации и хирургическую помощь раненым. Преподаватели медицинского института возглавляли Иркутские эвакуационные госпитали (Э. А. Монжиевский, Н. В. Косицын, В. Н. Капустин).

Интересы фронта потребовали изменения тематики научных исследований. Ученые Иркутского медицинского института разрабатывали новые методы лечения аневризм огнестрельного происхождения, каловых свищей, свищей придаточных полостей носа, остеомиелитов, травматических повреждений нервной системы, алиментарной дистрофии и т. д. В центре внимания ученых были проблемы борьбы с шоком, изучение токсичных боевых отравляющих веществ, вопросы гемотрансфузии.

Ученые института в этот период оказывали большую помощь органам здравоохранения. Проф. А. И. Соркина с 1941 по 1945 г. была главным хирургом эвакуационных госпиталей областного отдела здравоохранения, а обязанности главного терапевта были возложены на проф. Н. Э. Мочалина. Проф. И. С. Сумбаев принимал активное участие в подготовке военных врачей психоневрологов, проводил консультации в госпиталях.

Послевоенный период выдвинул перед институтом новые задачи. Главные из них — рост преподавательских кадров и улучшение подготовки выпускаемых специалистов. С 1946 г. медицинские институты перешли на 6-летнее обучение студентов, что потребовало коренной перестройки преподавания в связи с введением новых планов и программ.

В 50-е и 60-е годы профессорско-преподавательский состав института продолжал укрепляться. Прибыли ученые из других городов, были подготовлены свои научно-педагогические кадры. В 60-е годы несколько изменяется структура института, утверждаются должности заместителей директора (позже ректора) по учебной и научной работе.

До 1944 г. были защищены 93 кандидатских и 15 докторских диссертаций, в 1946—1959 гг. — соответственно 45 и 7, в 1960—1969 гг. — 124 и 11. Из этих данных видно, что почти половина (47,3%) кандидатов и 1/3 (33,3%) докторов наук подготовлены в 60-е годы.

В условиях многофакультетного высшего учебного заведения с десятками кафедр и сотнями научных работников научные интересы сотрудников многосторонни и разнообразны. Тем не менее научная тематика ограничивалась сравнительно небольшим числом проблем, что способствовало более глубокому их изучению. Ученые института исследовали гидрологическое, бальнеологическое и курортологическое значение минеральных и грязевых источников Восточной Сибири и Дальнего Востока, микроклимат отдельных курортов и химические свойства их источников, показали влияние минеральных вод на различные функции желудочно-кишечного тракта, на сердечно-сосудистую и нервную систему, обмен веществ, разработали методы и определили эффективность лечения при различных заболеваниях, показания и противопоказания, обосновали целесообразность строительства домов отдыха на побережье озера Байкал. Постоянное внимание уделялось изучению и использованию лекарственных и сырьевых ресурсов края. В разработке этой проблемы принимали участие многие кафедры (терапии, фармакологии, фи-

зиологии, инфекционных болезней, кафедры стоматологического факультета)<sup>13</sup>.

Ученые института в 60-е годы проводили исследования и по другим актуальным проблемам медицины и здравоохранения.

К этому периоду относятся крупные работы проф. К. П. Сапожкова о хирургическом лечении рака, монографии профессоров Е. И. Беляева "Рак гениталий" и "Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения рака женской половой сферы", Н. Н. Миролюбова "Ангиография желудка при раке его", З. Т. Сенчилло-Явербаум "Болезни оперированного желудка" и "Вопросы хирургического лечения язвенной болезни", С. И. Вайса "Болезни пульпы зубов".

Под руководством ученых института вела научно-исследовательскую работу большая группа практических врачей, выполняя ежегодно десятки исследований; многие из практических врачей выполнили и защитили кандидатские диссертации. Развитию научной работы сотрудников института и практических врачей содействовала активная деятельность научного медицинского общества, которое насчитывало 21 отделение. Филиалы отделений общества были созданы в крупных городах области (Ангарске, Усолье, Братске, Слюдянке и др.).

Ученые Иркутского медицинского института с первых лет его основания отчетливо сознавали необходимость активной помощи органам и учреждениям здравоохранения, что выражалось в научной разработке проблем краевой патологии и важнейших заболеваний, распространенных в области, в изучении условий труда и быта, санитарного состояния населенных мест. Научные работники принимали участие в работе различных бригад, отрядов и экспедиций.

Понимая значение высокой квалификации практических врачей для повышения качества медицинской помощи населению области, ученые института с первых же лет начали проводить вечерние обходы в своих клиниках, а в дальнейшем — клинические конференции, привлекая к участию в них врачей медицинских учреждений, систематически консультировали больных непосредственно в лечебных учреждениях Иркутска и в районах области. Десятки сотрудников института участвовали в работе комиссий здравоохранения районного, городского и областного Советов народных депутатов, в общественных и санитарно-технических советах медицинских учреждений, в бригадах и комиссиях по изучению деятельности отдельных учреждений, по аттестации врачей.

Иркутский медицинский институт оказывал помощь не только здравоохранению Восточной Сибири, но и соседним республикам: Бурятской и Якутской АССР, Монгольской Народной Республике, куда для консультации и лечебной работы выезжали многие ученые (Х. Г. Ходос, И. М. Круковер, Н. З. Мочалин, Е. И. Беляев, В. Г. Шипачев, Б. Д. Добычин, С. С. Позднов, К. Р. Седов и др.)<sup>14</sup>.

К 70-м годам Иркутский медицинский институт

<sup>13</sup>Евсеева Н. П., Ларионова Т. А., Рыбалко М. А. и др. Иркутский государственный медицинский институт (1930—1980) / Под ред. М. А. Рыбалко. — Иркутск, 1980. — С. 183.

превратился в многопрофильное учебное заведение, включающее 4 факультета (лечебно-профилактический, санитарно-гигиенический, стоматологический и фармацевтический). В институте обучалось 4246 студентов.

Совершенствовались в этот период клинические базы института. Областная и городская клинические больницы стали центрами специализированной медицинской помощи в области. Результатом проведенных научных исследований часто являлась организация новых отделений, лабораторий на клинических базах кафедр института. Так, в областной клинической больнице был открыт межобластной кардиохирургический центр, аллергологическая, иммунологическая и другие лаборатории. В городской больнице был организован центр сосудистой хирургии, а также ревматологическое, инфарктное, радиологическое, нейрососудистое и другие отделения. На курорте "Ангара" было организовано специальное лечение постинсультных больных.

Непосредственная связь научных исследований с практикой, внедрение научных достижений в повседневную работу базовых медицинских учрежде-

ний способствовали повышению эффективности работы многих лечебных учреждений города и области. Были значительно сокращены сроки пребывания больных в хирургических клиниках и больницах города. Дальнейшее развитие получили специализированные медицинские учреждения: открыто 10 диспансеров (4 противотуберкулезных, по 2 венерологических, онкологических и психоневрологических), увеличился коечный фонд. В новых зданиях разместились областные диспансеры: психоневрологический, онкологический со стационаром на 250 коек, вспомогательными отделениями и пансионатом, противотуберкулезный со стационаром на 100 коек, областная станция переливания крови.

Таким образом, на протяжении всех лет функционирования Иркутский государственный медицинский университет решал вопросы подготовки и повышения квалификации врачебных кадров, внедрения в практику здравоохранения собственных научных исследований и новейших достижений медицинской науки, разработки актуальных проблем клинической медицины с учетом нужд практического здравоохранения, развития центров специализированной медицинской помощи, а также непосредственного участия в консультативной, диагностической и лечебной работе.

<sup>14</sup>Малоземова А. И. Из истории здравоохранения в Иркутской области. — Иркутск, 1961. — С. 157—161.

Поступила 11.03.09

#### 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 24.02.10. Подписано в печать 19.04.2010. Формат 60×88<sup>1</sup>/<sub>8</sub>.

Печать офсетная. Печ. л. 8,00. Усл. печ. л. 7,84.

Уч. изд. л. 8,36.

Заказ 224.

ОАО «Издательство "Медицина"»

E-mail: meditsina@mtu-net.ru

WWW страница: www.medlit.ru

Подписной тираж номера 356 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](http://www.medlit.ru)**

Информация для авторов  
**ТРЕБОВАНИЯ К РИСУНКАМ,**  
**представленным на магнитных носителях**

*Черно-белые штриховые рисунки:*

- формат файла — **TIFF** (расширение \*.tif), любая программа, поддерживающая этот формат (Adobe PhotoShop, CorelDRAW, Adobe Illustrator и т. п.);
- режим — **bitmap** (битовая карта);
- разрешение — **600 dpi** (пиксели на дюйм);
- серые и черные заливки должны быть заменены на косую, перекрестную или иную штриховку;
- рисунок должен быть **обрезан** по краям изображения и **очищен** от "пыли" и "царапин";
- ширина рисунка — **не более 180 мм**, желательно не использовать ширину от 87 до 150 мм;
- высота рисунка — не более 230 мм (с учетом запаса на подрисовочную подпись);
- размер шрифта подписей на рисунке — **не менее 7 pt** (7 пунктов);
- возможно использование сжатия LZW или другого;

- носители — floppy 3.5" (1,44 MB), Zip 100 MB, CD-ROM, CD-R, CD-RW;
- обязательно наличие распечатки.

*Цветные изображения, фотографии и рисунки с серыми элементами:*

- платформа (компьютер) — IBM PC или совместимый;
- формат файла рисунка — TIFF (расширение \*.tif);
- программа, в которой выполнена публикация, — PageMaker 6.5; CorelDRAW 7 и 8;
- цветовая модель — CMYK;
- разрешение — не более 300 dpi (пиксели на дюйм) или 119,975 пикселя на 1 см;
- рисунок должен быть связан с публикацией;
- возможно использование сжатия LZW;
- не использовать цвета PANTONE;
- носители — Zip 100 MB; компакт-диск CD-ROM.