

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Двухмесячный научно-практический журнал

4

2010

ИЮЛЬ—АВГУСТ

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., **КОРОТКОВ Ю. А.** — 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., **ПЕРХОВ В. И.** — доктор мед. наук, **ПОЛЯКОВ И. В.** — доктор
мед. наук, проф., **СЕМЕНОВ В. Ю.** — доктор мед. наук, проф., **СОН И. М.** — 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., **ЩЕПИН О. П.** — акад. РАМН, доктор мед.
наук, проф.



Здоровье и общество

- Шепин О. П., Коротких Р. В., Трегубов Ю. Г., Голикова Д. В.* Роль профилактических мероприятий в укреплении здоровья населения России 3
- Сайед Камруззаман.* Влияние здравоохранения на преждевременную смертность населения 7
- Камилов Р. Ф., Самсонов В. М., Шакирова Э. Д., Шакиров Д. Ф.* Заболеваемость с временной утратой трудоспособности рабочих основных профессий нефтехимической промышленности. 11
- Косолапов В. П., Чесноков П. Е., Клименко Г. Я.* Проблемы репродуктивного здоровья населения Воронежской области и пути их решения 15
- Медведева О. В.* Медико-социальные и медико-демографические аспекты бездетных семей 17
- Светличная Т. Г., Нестерова И. В.* Характеристика медицинской активности семей, воспитывающих детей-инвалидов 19

Реформы здравоохранения

- Стародубов В. И., Флек В. О., Сон И. М., Леонов С. А., Матвеев Э. Н., Бантьева М. Н.* Методологические предпосылки построения современных региональных моделей медицинского обеспечения населения 23
- Баранов А. А., Ильин А. Г., Антонова Е. В.* Медицинское обеспечение детей подросткового возраста 28
- Чикинева А. В.* Обеспечение качества и безопасности медицинской помощи на основе стандартизации сестринской деятельности в консультативно-диагностическом центре 32
- Финченко Е. А., Цыцорина И. А.* Методические подходы к охране здоровья населения в субъекте Российской Федерации. 34
- Нечаев В. С., Единарова И. Е.* Теоретические особенности организации системы консультативной медицинской помощи 37
- Камалова С. К.* Проблемы организации консультативно-диагностической помощи населению в субъекте Российской Федерации 39
- Магомедова С. А.* Болезни системы кровообращения и особенности организации лечебно-профилактической помощи в Республике Дагестан 42
- Салмина-Хвостова О. И., Алексеева Н. С.* Медицинская помощь пациентам с расстройствами пищевого поведения при ожирении 45
- Шепин В. О., Любенко О. Г.* Стоматологическая помощь инвалидам в условиях городской поликлиники 50

Из опыта организатора здравоохранения

- Толстов С. Н., Тихомолов М. В.* Дополнительное профессиональное образование в сфере охраны социального здоровья 53

История медицины

- Шерстнева Е. В.* Вклад медицинской общественности России в организацию науки (вторая половина XIX — начало XX века) 55
- Грошев И. В.* У истоков профилактической медицины в Тамбовской области. 58
- Батоев С. Д.* Организация охраны материнства и детства в Бурят-Монгольской АССР в годы Великой Отечественной войны 61
- Знаменательные и юбилейные даты истории здравоохранения и медицины 2010 года. 64

Health and society

- Schepin O. P., Korotkih R. V., Tregubov U. G., Golikova D. V.* The role of prevention activities in population health promotion in Russia 3
- Kamruzzaman S.* The impact of health care on premature mortality of population 7
- Kamilov R. F., Samsonov V. M., Schakirova E. D., Schakirov D. F.* The morbidity with temporary disability among workers of petrochemical industry 11
- Kosolapov V. P., Chesnokov P. E., Klimenko G. Y.* The issues of population reproductive health in Voronezhskaya Oblast and means of its improvement 15
- Medvedeva O. V.* The medical social and medical demographic issues of childless families 17
- Svetlichnaya T. G., Nesterova I. V.* The characteristics of medical activities in families fostering disabled children 19

Health reforms

- Starodubov V. I., Flek V. O., Son I. M., Leonov S. A., Matveyev E. N., Bantseva M. N.* The methodological prerequisites of elaboration of advanced regional patterns of medical care provision to population 23
- Baranov A. A., Ilyin A. G., Antonova E. V.* The medical support of adolescents 28
- Chikineva A. V.* The provision of quality and security of medical care on the basis of standardization of medical nurse activities in counseling diagnostic center 32
- Finchenko E. A., Tzitzorina I. A.* The systematic approaches to population health promotion in the subject of the Russian Federation 34
- Nechaev V. S., Edinarova I. E.* The Theoretical characteristics of the organization of system of consultative medical care 37
- Kamalova S. K.* The issues of organization of consultative diagnostic care to population in the subject of the Russian Federation 39
- Magomedova S. A.* The diseases of circulatory system and the characteristics of organization of curative preventive care in the Republic of Dagestan 42
- Salmina-Hvostova O. I., Alekseeva N. S.* The medical care to patients with diet behavior disorders in case of obesity 45
- Schepin V. O., Lubenko O. G.* The stomatological care of disabled patients in the conditions of urban polyclinic 50

From the health practitioner experience

- Tolstov S. N., Tihomolov M. V.* The supplementary professional education in the field of social health care 53

History of medicine

- Sherstneva E. V.* The input of Russian medical community into organization of science (second half of XIX-early XX centuries) 55
- Groshev I. V.* At the origins of preventive medicine in the Tambovskaya oblast 58
- Batoev S. D.* The organization of maternity and child care in the Buryat-Mongolskaya ASSR during the Great Patriotic War 61
- The significant and jubilee dates of history of public health and medicine for 2010 64

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

© ОАО «Издательство "Медицина"», 2010

О. П. Щепин¹, Р. В. Коротких¹, Ю. Г. Трегубов¹, Д. В. Голикова²

РОЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

¹Национальный НИИ общественного здоровья РАМН; ²Поликлиника Министерства сельского хозяйства, Москва

Представлена методология, которая может быть применима к любому классу заболеваний, включая социально опасные заболевания. Обсуждается потребность в создании межсекторального координационного органа по управлению профилактикой заболеваний, паспортизации технологий профилактики заболеваний. Подчеркивается необходимость использования достижений медицинской науки в повседневной практике здравоохранения. Обсуждается возможность создания промежуточных структур, которые на первых порах способствовали бы преодолению разрыва между наукой и практикой.

Для реализации принципов профилактики заболеваний и диспансеризации населения необходимы соответствующая нормативно-правовая база, финансирование, политическая поддержка со стороны правящих партий, более широкое использование исторического опыта, учет международного опыта профилактической работы.

Ключевые слова: общественное здоровье, система профилактических мероприятий, стратегия укрепления здоровья населения России

THE ROLE OF PREVENTION ACTIVITIES IN POPULATION HEALTH PROMOTION IN RUSSIA

Schepin O.P., Korotkih R.V., Tregubov U.G., Golikova D.V.

The article presents the methodology to be applied to any class of disease, the socially dangerous illnesses included. The need in the organization of intersectoral coordination body to manage disease prevention activities and certification of disease prevention technologies is discussed. The necessity to implement the medical science achievements in the common public health practice is emphasized. The possibility to organize the intermediate structures contributing to surmount the gap between theory and practice is discussed. To actualize the principles of prevention and population dispanserization corresponding normative legal base, financing, political support of ruling political parties, sweeping implementation of historical experience and consideration of international experience in the field of prevention practice are needed.

Key words: public health, prevention activities, population health promotion

Достижения медицинской науки открыли принципиально новые возможности в оказании лечебно-профилактической помощи, предупреждения на уровне доклинической диагностики многих ранее неизлечимых заболеваний. Роль здравоохранения в оздоровлении населения во всем мире повышается. Проблема оздоровления остается чрезвычайно актуальной для России, поскольку смертность ее населения является одной из самых высоких среди европейских стран. Продолжительность жизни сократилась и составляет на 12 лет меньше таковой в США и на 5,6 года меньше, чем в Китае. Эта ситуация неизбежно сказывается на экономике страны. По прогнозам ВОЗ, если не произойдет улучшение ситуации, то потеря национального дохода Российской Федерации до 2015 г. только из-за преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и диабета составит 300 млрд долларов [2].

На формирование здоровья в значительной степени влияют также социально-экономические условия жизни, окружающая среда, образ жизни человека, его наследственность. Оптимальным вариантом изменения сложившейся ситуации была бы координация усилий по всем этим направлениям.

О. П. Щепин — акад. РАМН, д-р мед. наук, проф., дир. (917-48-86); Р. В. Коротких — д-р мед. наук, проф., вед. науч. сотр. (917-05-55); Ю. Г. Трегубов — д-р мед. наук, проф., гл. науч. сотр. (917-48-60); Д. В. Голикова — зам. гл. врача (499-975-51-70).

Однако современный период обострения мирового экономического кризиса, социально-психологическая напряженность, проявляющаяся ростом алкоголизма, наркомании и другими формами асоциального поведения человека, продолжающийся поиск путей реформирования здравоохранения и другие причины отодвигают возможность системного решения этой задачи, хотя очевидно, что доминирование социально-экономической компоненты среди факторов риска остается решающим.

Реализация на протяжении последних лет приоритетного национального проекта "Здоровье" и других федеральных, региональных и муниципальных вклад в решение ряда проблем, влияющих на здоровье населения. Повышаются доступность медицинской помощи, уровень технической оснащенности учреждений здравоохранения, возрождаются идеология диспансеризации и ряд других направлений деятельности, проводится вакцинопрофилактика, но радикального изменения ситуации с состоянием здоровья населения в настоящее время не происходит.

Принципиально важным является подход, основанный на повышении роли профилактики в оздоровлении населения. На уровне здравоохранения необходимо внедрение комплекса превентивных мер, основанных на приоритетности профилактической работы в тех направлениях, которые медико-статистическими показателями и научными

Бремя болезней и смертность от неинфекционных заболеваний в Европейском регионе ВОЗ в разбивке по причинам [2, с. 5]

Группа причин (выбранные ведущие НИЗ)	Бремя болезней — (DALYs), тыс.	Процент всех причин болезней	Число смертей, тыс.	Процент всех причин болезней
Сердечно-сосудистые заболевания	34 421	23	5067	52
Нервно-психические расстройства	29 370	20	264	3
Онкологические заболевания (злокачественные новообразования)	17 025	11	1855	19
Болезни желудочно-кишечного тракта	7 117	5	391	4
Заболевания дыхательных путей	6 835	5	420	4
Сахарный диабет	2 319	2	153	2
Заболевания полости рта	1 018	1	0	2
Все НИЗ	115 339	77	8210	86
Все причины	150 322	—	9564	—

Примечание. НИЗ — неинфекционные заболевания, DALYs (показатель DALY — Disability Adjusted Life Year) — показатель, отражающий число лет здоровой жизни, утраченных вследствие болезней, инвалидности и преждевременной смерти.

ми исследованиями определены как болевые в состоянии здоровья населения и его отдельных групп.

Прежде всего необходимо возрождение российских традиций приоритетности профилактических мер среди детей и женщин детородного возраста. Сложившаяся ситуация с состоянием здоровья детей и женщин вызывает большую тревогу. По подсчетам демографов, через 10 лет рождаемость может снизиться в полтора раза, что определяет необходимость особого внимания к здоровью женщин и девочек. К контингенту высокого социального риска в нашей стране относится каждый 4-й ребенок. Показатель смертности российских подростков в 3—5 раз выше, чем в большинстве стран Европы. Все это указывает на необходимость особого внимания к вопросам формирования здорового образа жизни, особенно в "школьной медицине", где можно проводить эффективную профилактическую работу [1].

По классам болезней первоочередного внимания требуют болезни системы кровообращения, хотя несут определенное бремя и отражаются на числе лет прожитой жизни все болезни (см. таблицу).

Анализ бремени болезней в Европе, проведенный с помощью показателя DALY, показывает, что почти 60% общего бремени болезней в Европе приходится на долю 7 ведущих факторов риска: повышенного кровяного давления (12,8%), табака (12,3%), алкоголя (10,1%), повышенного содержания холестерина в крови (8,7%), избыточной массы тела (7,8%), недостаточного потребления фруктов и овощей (4,4%) и малоподвижного образа жизни (3,5%). Важным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является диабет, который также способен провоцировать развитие этих болезней. Эти факторы риска являются общими для всех эпидемиологических субрегионов Европейского региона и для большинства европейских стран, хотя их ранжирование в странах может различаться.

Распространенность болезней системы кровообращения у взрослого населения РФ в 2007 г., по данным государственной статистики, составила 25867,0 случая на 100 000 взрослого населения против 13164,0 в 1999 г. и 10632,9 в 1995 г. Для болезней системы кровообращения характерна не только высокая степень пораженности ими населения, но и значительная продолжительность течения за-

болевания, сочетанность и поливалентность патологии, неоднократное и длительное стационарное лечение. Смертность и инвалидность от ССЗ наносят огромные потери обществу [3].

Современная медицина предлагает научно обоснованные методы профилактики ССЗ. Широко известны факторы риска, учет которых ведет к снижению вероятности развития гипертонической болезни: похудение при избыточной массе тела, ограничение употребления алкоголя, повышение физической активности, отказ от курения, уменьшение употребления продуктов, содержащих насыщенные жиры и холестерин, и др.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715, мероприятия по профилактике и лечению артериальной гипертонии с 2007 г. должны были осуществляться в рамках федеральной целевой программы "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями" [5].

Полученные в ходе мониторинга эпидемиологической ситуации, связанной с артериальной гипертонией среди населения 19—64 лет, данные позволили установить, что стандартизованная по возрасту распространенность артериальной гипертонии в 2007 г. составила 40,4%, практически совпадая с уровнем 1990-х годов. При этом примерно 1/4 больных АГ не знают о наличии у них заболевания, и их доля увеличивается в динамике. Столь же неутешительна картина и с диспансеризацией данного контингента больных. По данным научных исследований, в конце 2007 г. только 38,2% всех зарегистрированных в стране пациентов с ИБС находились под диспансерным наблюдением, в том числе со стенокардией 45,9%. Охват больных со стенокардией диспансерным наблюдением в 6 регионах (Белгородская, Орловская, Оренбургская области, республики Карелия и Чеченская, Камчатский край) составляет менее 30%, в 11 (Самарская, Саратовская, Курганская и Тюменская области, республики Адыгея, Дагестан, Ингушетия, Северная Осетия-Алания, Алтайский край, Магаданский край, Чукотский АО) свыше 80% [8].

В настоящее время ССЗ удерживают 1-е место среди причин смерти взрослого населения экономически развитых стран. В последние годы в Западной Европе, США, Японии смертность от заболеваний системы кровообращения неуклонно снижается, а в России наблюдаются лишь отдельные флюктуации в рамках восходящего тренда. Ежегод-

но в России от ССЗ умирает более 1 млн человек. Общая смертность, в том числе от ССЗ, в России в 6—8 раз превышает таковую в развитых странах Европы, США и Японии. Одними из важнейших причин высокой заболеваемости и смертности от ССЗ являются несвоевременное выявление факторов риска и их неадекватная коррекция.

Вероятно, достичь 100% охвата диспансерным наблюдением едва ли возможно. В названной выше программе Правительства РФ поставлена задача в 2011 г. увеличить число впервые выявленных лиц с повышенным артериальным давлением по отношению к базовому значению 2007 г. с 1,05 до 1,25%. Целью подпрограммы "Артериальная гипертензия" является усиление мер, направленных на эффективную профилактику, раннюю диагностику и лечение артериальной гипертензии и снижение частоты ее осложнений. Задачи подпрограммы направлены на создание эффективной системы профилактики артериальной гипертензии среди населения, в том числе в группах риска развития ССЗ; разработку и внедрение новых методов ранней диагностики и лечения артериальной гипертензии и ее осложнений; разработку и внедрение методов контроля за эффективностью реализации мероприятий по борьбе с артериальной гипертензией (мониторинг, регистр артериальной гипертензии, регистр инсульта, регистр инфаркта миокарда).

Отмечая значимость названных мер, нельзя не видеть, что первичная профилактика и лечение фактически не разграничены, нет механизмов проведения профилактики, ответственных за разработку и внедрение новых технологий и пр. К обозначенным в Программе мерам необходимо было бы добавить ряд технологий и ограничений, широко используемых в мире (доступность самостоятельного измерения каждым человеком АД в общественных местах; четкая маркировка калорийности на продуктах питания; запрет на рекламу, которая побуждает человека на совершение действий, ставящих в опасность жизнь и здоровье; четкое выполнение закона "Об ограничении курения табака в РФ" и др.).

Не менее значимой является задача по профилактике онкологических заболеваний. Данные статистики показывают, что в 2007 г. в Российской Федерации заболеваемость злокачественными новообразованиями составила 341,3 на 100 000 населения, что на 16% выше уровня 1996 г. Рост заболеваемости в значительной мере связан с неблагоприятной демографической ситуацией и старением населения.

Несмотря на расширение возможностей диагностики, оснащение медицинских учреждений высокоэффективным оборудованием, развитие новых технологий, не увеличивается доля ни активно выявленных больных, ни тех, у кого заболевание выявлено на ранней стадии опухолевого процесса. Уменьшение выявления заболеваний на ранних стадиях отмечено при новообразованиях пищевода с 3,2 до 2,9%, желудка — с 4,7 до 4,3%, ободочной кишки — с 3,2 до 2,5%, прямой кишки — с 8,5 до 8,2%, трахеи, бронхов, легкого — с 19,8 до 19,3%, костей и мягких тканей — с 5,5 до 5,3%, тела матки — с 11,2 до 10,9%, мочевого пузыря — с 3,6 до 3,5%, при меланоме кожи — с 11,5 до 9,5%. Недопустимо низка активная выявляемость новообразований визуальных локализаций. Из 53 117 больных, вы-

явленных активно, I—II стадию заболевания имели 57%. Опухоли визуальных локализаций I—II стадии составили 38,5% от числа выявленных при профилактических осмотрах и 15,3% среди всех больных с такой стадией заболевания. На протяжении последних лет ежегодно выявляется 2600—2900 детей с впервые диагностированными злокачественными новообразованиями.

Самый низкий удельный вес злокачественных новообразований, выявленных при профилактических осмотрах (среднероссийский показатель — 11,8%), зафиксирован в следующих территориях: Камчатская область (0,5%), Еврейская автономная область (1,8%), Магаданская область (2%), Республика Калмыкия (2,3%), Ивановская область (2,5%), Санкт-Петербург (2,8%).

Злокачественные новообразования органов репродуктивной системы во многих регионах активно практически не выявляются. Впервые в жизни рак молочной железы диагностирован при профилактическом обследовании лишь у 2,3% больных в Республике Ингушетия, у 3,7% в Камчатской области, у 4,8% в Ивановской области, у 5% в Санкт-Петербурге, у 5,8% в Новгородской области (в среднем по стране 21,9%). В Еврейской автономной области активное выявление рака молочной железы вообще не зарегистрировано. Там, как и в Камчатской и Магаданской областях, полностью свернуты программы по активному выявлению новообразований шейки матки. Активная выявляемость рака этой локализации при среднероссийском уровне 28,3% сводится к минимуму в Республике Калмыкия (2,7%), Санкт-Петербурге (4,4%), Хабаровском крае и Калининградской области (7,4%), Калужской области (8,8%), Архангельской области (9,8%).

Программа Правительства РФ по социально значимым заболеваниям содержит подпрограмму "Онкология". Цель подпрограммы — увеличение объема диагностики ранних стадий опухолевых заболеваний визуальной локализации, снижение инвалидизации и смертности при злокачественных новообразованиях. В числе задач подпрограммы обозначены следующие: совершенствование (в том числе в учреждениях первичной медицинской помощи) методов профилактики онкологических заболеваний, раннего выявления опухолевых заболеваний, предраковых состояний; оценка канцерогенных факторов окружающей среды; мониторинг канцерогенных производственных факторов и производств; разработка и совершенствование методов диагностики, лечения и медико-социальной реабилитации (с коррекцией функциональных расстройств и анатомических дефектов, организация школ социально-психологической адаптации больных) с применением телекоммуникационных технологий при онкологических заболеваниях и др.

К сожалению, при всей значимости названных мероприятий также нет четкого раздела по первичной профилактике онкологических заболеваний и мерах, способствующих этой работе. В то же время улучшение оснащения ЛПУ маммографами в рамках реализации национального проекта "Здоровье" делает реальной работу по увеличению числа женщин, прошедших маммографию. Столь же возможно увеличение частоты скрининга на скрытую кровь, который по показаниям онкологов должен проводиться регулярно с 40 лет и т. д.

В подпрограмме обозначен целевой индикатор, который формулируется как "Диагностика ранних стадий опухолевых заболеваний визуальной локализации от общего числа случаев диагностики при данной патологии". Запланирована динамика изменения этого показателя в 2011 г. до 13% против базового показателя в 2005 г. 11%.

Отметим, что в США программа реформ в здравоохранении на период до 2010 г. предусматривала решение 467 количественно определенных задач, из них 15 задач в области онкологии. Запланировано снижение смертности населения США на 21%. В Российской Федерации к 2010 г. запланировано снижение смертности на 0,5% по отношению к 2005 г.

За 2002—2007 гг. на учете в онкологических учреждениях состояли 2,5 млн больных, из них 12,9 млн (50,7%) в течение 5 лет и более. Среди всех выявленных 45,4% больных были выявлены с I—II стадиями заболевания, 23,8% с III стадией, 22,8% с IV стадией. Летальность на первом году с момента установления диагноза составила 30,2% (2002 г. — 33,9%). На 100 новых больных раком приходилось 57 умерших.

Важными задачами здравоохранения в рассматриваемом аспекте являются разработка и внедрение систем мониторинга канцерогенных факторов внешней среды, формирование в массовом сознании стереотипов здорового образа жизни, реализация масштабных программ по повышению осведомленности населения о ранних симптомах онкологических заболеваний и возможностях их лечения. Настоятельной необходимостью является осознание обществом онкологического заболевания не как фатального недуга, а как заболевания, которое может быть предупреждено и излечено с последующим обеспечением достойного качества жизни.

Актуальной является работа по профилактике сахарного диабета (СД). С 1999 г. ВОЗ утвердила новую классификацию нарушений гликемии. Термин "инсулинозависимый сахарный диабет" снят и заменен СД 2-го типа. Заболеваемость СД остается на высоком уровне и составляет 168 на 100 000 населения. К 2003 г. в РФ было зарегистрировано 8 млн больных СД2. Ежегодно ампутации конечностей выполняются у 1% больных. Всего впервые в течение года инвалидами вследствие СД признаются 38,6 тыс. человек.

Четкого алгоритма применения лекарственных средств для профилактики СД2 нет, но имеются данные, что различные лечебные средства, назначаемые на стадии нарушения толерантности к глюкозе, замедляют развитие СД2. К настоящему времени имеются четкие доказательства коррекции питания и снижения массы тела для профилактики развития СД2. Разработаны также четкие показания проведения скрининга для выявления ранних заболеваний, профилактики и лечения сосудистых поражений СД [4].

Цель данной подпрограммы в программе Правительства РФ — снижение уровня заболеваемости СД, совершенствование мер профилактики его осложнений, увеличение средней продолжительности жизни больных. Задачи подпрограммы включают совершенствование методов профилактики и диагностики заболевания, лечения и реабилитации больных СД и ряд других мер. Целевым считают индикатор по снижению уровня осложнений при

СД, который к 2011 г. предполагается снизить до 31% против базового индикатора в 2005 г. 35%.

В данной статье мы не ставили задачу подробного рассмотрения каждого заболевания, но отметим, что эта методология применима к каждому классу заболеваний, включая социально опасные. Предлагая данную методологию, мы видим необходимость самостоятельной работы в здравоохранении по детальной проработке вопросов профилактики конкретных заболеваний.

Необходимо выделить несколько больших и взаимосвязанных задач. Возможно, назрел вопрос о создании межсекторального координационного органа по управлению профилактикой заболеваний. Необходима своего рода паспортизация технологий профилактики заболеваний. Одним из важных принципов советского здравоохранения было единство медицинской науки и практики здравоохранения. Не абсолютизируя возможности этого принципа, считаем все более очевидным, что в настоящее время потребность использования достижений медицинской науки в повседневной практике здравоохранения исключительно актуальна. Возможно, здесь необходимы промежуточные структуры, которые на первых порах способствовали бы преодолению возникшего разрыва между наукой и практикой, сконцентрировав внимание на факторах риска и мерах управления ими. Важна постоянная связь с населением, и здравоохранение Московской области дает хороший пример новых технологий работы с населением, охватывающих разные категории населения и наиболее болевые проблемы [6].

Авторы далеки от мысли, что в каждом ЛПУ можно создать оптимальную модель, но дальше накапливать разрыв невозможно. Без новых технологий вопросы профилактики заболеваний и диспансеризации населения в повседневной работе врачей останутся декларацией. Естественно, нужны соответствующая нормативно-правовая база, финансирование этой работы, политическая поддержка со стороны правящих партий, более широкое использование исторического опыта, учет международного опыта профилактической работы.

Можно прогнозировать, что работа в очерченном ракурсе, где акцент сделан на усилении роли здравоохранения в охране и укреплении здоровья с учетом анализа и тенденций изменения уровня и структуры заболеваемости и смертности, с учетом факторов риска заболеваний, реальна, доступна, даст ощутимые результаты. В качестве примера можно привести 80% снижение смертности от ССЗ в Финляндии в 1972—1992 гг. вследствие уменьшения воздействия факторов риска на население. Подобный пример дает и Ирландия, где с 1985 по 2000 г. смертность от ишемической болезни сердца у лиц 25—84 лет снизилась на 48,1%, что обусловлено ограничением воздействия факторов риска [7]. В этих странах была проведена большая работа по ограничению курения, контролю уровня холестерина в крови, артериального давления.

Подобный подход может быть использован для широкого развития профилактического направления в нашей стране, способствовать оптимальному выполнению основных направлений реализации приоритетного национального проекта "Здоровье" до 2012 г. Направление работы, ориентированное на неразрывную связь профилактических меро-

приятый с состоянием здоровья, может рассматриваться как действенная национальная стратегия укрепления здоровья населения России.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смертность детского населения России / Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Ваганов Н. Н. и др. — М., 2006.
2. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. — Копенгаген, 2006.
3. Максимова Т. М., Лушкина Н. П., Борисова Е. Е., Озрыско Е. В. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2009. — № 1. — С. 32—35.
4. Полубенцева Г. Э., Улумбекова К. И., Сайткулов К. И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи. — М., 2007.
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 1 дек. 2004 г. № 715 "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями". — М., 2004.
6. Семенов В. Ю., Скворцова Е. С. // Здравоохран. Рос. Федерации. — 2009. — № 1. — С. 3—8.
7. Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе. Основное внимание — действиям общества по укреплению общественного здоровья. Видение стратегии с позиции CINDI. ЕРБ ВОЗ. — Копенгаген, 2004.
8. Шенин О. П., Коротких Р. В., Шенин В. О., Медик В. А. Здоровье населения — основа развития здравоохранения. — М., 2009.

Поступила 09.03.10

© САЙЕД КАМРУЗЗАМАН, 2010
УДК 614.2:312.2(470.331)

Сайед Камруззаман

ВЛИЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРЕЖДЕВРЕМЕННУЮ СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

Тверская медицинская академия

Представлен сравнительный анализ смертности населения Тверской области за 1996 и 2008 гг., который, в частности, свидетельствует о росте потерь от преждевременной смертности населения. На основании выявленных закономерностей и особенностей в показателях смертности населения представлена оценка влияния медико-организационных факторов на смертность населения Тверской области, определены управляемые факторы, влияющие на формирование уровня смертности от конкретных причин смерти. В частности, при изучении факторов, влияющих на преждевременную смертность, с помощью экспертного метода оценивалась тактика проводимого лечения, причины, повлекшие предотвратимую смерть, и возможность предотвращения летального исхода. Полученные результаты могут найти широкое применение в органах и учреждениях здравоохранения при разработке целевых программ снижения предотвратимой смертности населения, в том числе от конкретных причин смерти в различных субъектах Российской Федерации с учетом территориальных особенностей состояния сети и ресурсного обеспечения системы здравоохранения конкретного региона.

Ключевые слова: преждевременная смертность, медико-организационные факторы, экспертная оценка

THE IMPACT OF HEALTH CARE ON PREMATURE MORTALITY OF POPULATION

Kamruzzaman S.

The comparative analysis of population mortality in Tverskaya oblast in 1996 and 2008 is presented. The results revealed the increase of population losses due to the premature mortality. Based on the discovered patterns and characteristics of population mortality indicators the evaluation of medical organizational factors impact on population mortality in Tverskaya oblast is presented. The controllable factors impacting the formation of mortality level due to factual causes of death are determined. In particular, in studying the factors impacting the premature mortality the expertise technique was applied to evaluate the tactics of implemented medical treatment, the causes entailed the premature death and the possibility to prevent the terminal outcome. The study results can be largely applied in the activities of health authorities and medical institutions related to the development of target programs of decreasing the preventable population mortality including specific causes of death in various subjects of the Russian Federation. The territorial characteristics of health care network and resource supply of health system in particular region are taken into account.

Key words: premature death, medical organizational factors, expertise assessment

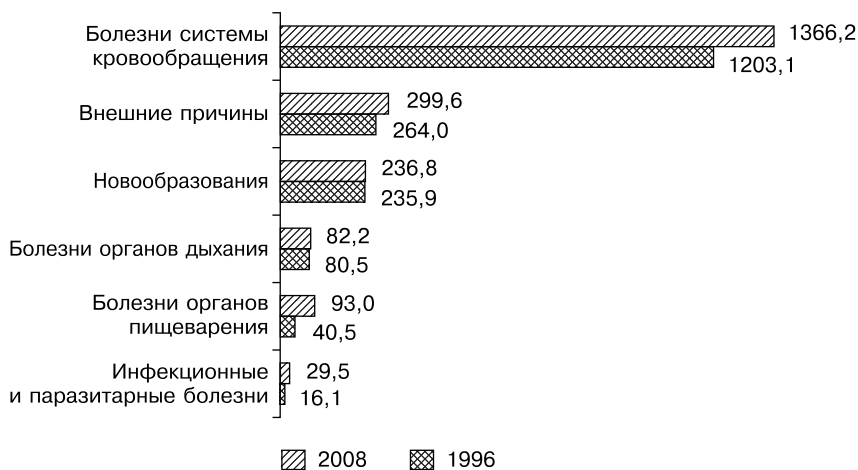
Здоровье населения является одним из важнейших показателей благополучия страны, а его охрана и укрепление — приоритетным направлением развития любого цивилизованного государства. Изменения, происходившие в стране в конце XX века в условиях политического и социально-экономического кризиса, способствовали 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 необхо-

димость 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, 3].

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

Сайед Камруззаман — канд. мед. наук, доц. каф. (washim@mail.ru).



Общие коэффициенты смертности населения от основных причин в 1996 и 2008 гг. (на 100 000 населения).

В Тверской области — типичной области Центрального федерального округа (ЦФО) — уже на протяжении 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 Российской Федерации и на 31% выше, 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 смертность сельских жителей в 2008 г. была на 47% выше смертности горожан. В то же время в городских поселениях за 10 лет смертность населения росла более быстрыми темпами, чем на селе (рост составил соответственно 17 и 13%).

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

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

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

По сравнению с 1996 г. подъем 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, от инфекционных и паразитарных болезней — в 1,8 раза, от болезней, связанных с употреблением алкоголя (алкогольная болезнь печени, хронический алкоголизм, алкогольные психозы, случайные отравления алкоголем), — в 0,7 раза.

Выявленные тенденции, в частности рост пока-

зателя 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 в отношении смертности складывается на селе. Более трети (34%) всех умерших в 2008 г. приходилось на сельскую местность области. На протяжении длительного периода коэффициент смертности на селе был более чем на 42% выше, чем в городе (в 2008 г. — на 47%), причем объясняется это не только разницей в возрастной структуре сельского насе-

ления по сравнению с городским (преобладание лиц старших возрастов на селе), но и более низким уровнем материального достатка и качества жизни, менее развитой инфраструктурой в сельской местности (медицинское обслуживание, торговля, коммунальное хозяйство и др.).

В ходе исследования было выявлено, что в течение последнего десятилетия изменилась возрастная структура умерших. При сокращении доли умерших в детском, подростковом и преклонном возрастах увеличился удельный вес умерших в остальных возрастах.

С 1996 г. смертность населения выросла в возрастных группах 20—29 лет 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 сокращение смертности на 16% в возрастных группах 1—14 и 15—19 лет, на 11% в возрасте 80 лет и старше.

Следует отметить, что во многом высокий уровень смертности определяется избыточной смертностью населения в трудоспособном возрасте. Население, прежде всего его трудоспособная часть, является важнейшим компонентом производительных сил, создающих национальное богатство. На территории Тверской области наблюдается особенно значительное снижение численности лиц в возрасте наивысшей трудовой активности — 30—39 лет, на начало 2008 г. эта возрастная группа уменьшилась на 85 тыс. (32%) человек по сравнению с началом 1990 г., что является 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 экономического аспект [2].

В частности, установлено, что экономические потери от преждевременной смертности населения Тверской области от всех заболеваний в 2007 г. составили 34409,9 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 для планирования мероприятий, направленных на повышение уровня общественного здоровья.

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

В результате проведенного исследования на основании выявленных основных закономерностей и особенностей в показателях смертности населения за десятилетний период была представлена интегрированная оценка влияния социально-гигиенических и медико-организационных факторов на смертность населения Тверской области, определены управляемые факторы, влияющие на формирование уровня смертности от конкретных причин смерти.

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

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

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

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

Выбранные в качестве базы исследования ЛПУ являются типичными многопрофильными стационарами и оказывают медицинскую помощь больным на территории Твери и Тверской области, выполняют скоропомощные 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 и частым дефектом является нарушение требований по ведению медицинской документации, когда невозможно выявить фамилию лечащего врача и заведующего отделением, записи врачей нечитабельны, анамнез и протокол первичного осмотра неполные, отсутствуют описание симптомов заболевания и их интерпретация. До сих пор в больницах не уделяется должного внимания оформлению информированного согласия больного на медицинское вмешательство. Все указанные недостатки в значительной мере затрудняли работу с МКСБ.

Анализ медицинской документации показал, что в значительной мере госпитальная летальность формируется за счет болезней системы кровообращения, на долю которых приходится 31,6% всех умерших. Второе ранговое место среди причин смерти в ЛПУ занимают болезни органов пищеварения. Необходимо отметить высокий удельный вес несчастных случаев, травм и отравлений в структуре причин смерти (1/5 случаев).

Следует обратить внимание, что для болезней системы кровообращения, болезней органов дыхания и болезней органов пищеварения характерна высокая степень сочетанности патологических состояний, приходящихся на 1 случай смерти.

Возникшие в связи с этим проблемы были выявлены экспертами при работе с медицинской документацией в стационарах: зачастую наблюдается несоответствие формулировки диагноза современной классификации, часто остаются вне внимания и не включаются в заключительный диагноз сопутствующие заболевания. В ряде случаев при заполнении карт стационарных больных, врачебных свидетельств о смерти имела место недопустимая путаница в формулировке основной причины смерти, сопутствующих заболеваний, осложнений, клинического диагноза.

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

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

Бесспорно, большое значение в обследовании больных имеют тщательно собранный анамнез, жалобы, их оценка. Не меньшее значение имеют объективный осмотр, физикальные обследования 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 диагноза выделялся неполный объем исследований (31,9 на 100 проэкспертированных карт соответственно). Нередко кратковременность наблюдения (15,9 на 100 проэкспертированных карт) являлась причиной необоснованности диагноза. Поздняя обращаемость за медицинской помощью, когда больных доставляли в стационар в сроки от 2 до 14 сут от начала заболевания в крайне тяжелом и агональном состоянии, стала еще одной причиной необоснованности диагноза (9,1 на 100 проэкспертированных карт).

В ряде случаев у пациентов, лечение которых закончилось летальным исходом, имело место оперативное вмешательство — 38,1% случаев. Несмотря на то что в подавляющем большинстве случаев оперативная тактика была своевременной и адекватной (73,3% случаев), экспертиза позволила выявить некоторые технические и тактические ошибки, возникшие при выполнении хирургических вмешательств. Наиболее часто в стационарах встречалась несвоевременная, хотя и адекватная оперативная тактика — около 1/5 случаев.

В то же время у группы 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 для диагностики и правильной врачебной тактики. Особенно это актуально в слу-

чае смерти от несчастных случаев, травм и отравлений, которые занимают значительную долю в госпитальной летальности, как было показано выше.

Важным обстоятельством, отражающимся на точности определения причины смерти, является наличие наркотического и алкогольного опьянения. Результаты проведенной экспертной оценки медицинской документации показали, что в крови 9,3% умерших больных обнаружен этанол в той или иной степени концентрации. Отравление алкоголем в качестве сопутствующего состояния нередко в силу чрезмерно высокой концентрации алкоголя в крови может приобретать определяющее значение в патогенезе смертельного исхода в отношении первоначальной и непосредственной причины смерти. Однако отравление алкоголем в качестве основной причины смерти фигурировало в 4,4% случаев, что ниже доли лиц с установленным наличием алкоголя в крови в ЛПУ. Можно предположить, что в отдельных случаях имела место маскировка истинной причины смерти.

В базовых стационарах проводилось патолого-анатомическое вскрытие большинства трупов умерших — 70,2%. При этом в ряде случаев трупы умерших выдавались родственникам по настойчивой просьбе, т. е. по заявлению с разрешения главного врача или заместителя главного врача. Но нередко в медицинских картах стационарного больного не было данных о вскрытии и не было заявления от родственников. Как правило, это касалось в основном возрастной группы 60 лет и старше.

Из проверенных МКСБ, по заключению экспертов, смерть пациентов была предотвратимой в 6,1% случаев. В большинстве случаев смерть была непредотвратимой, что свидетельствует о тяжелом состоянии больных, поступивших в выбранные стационары, тяжести основного процесса и быстром нарастании полиорганной недостаточности, что особенно характерно для лиц старше 60 лет (более половины в возрастной структуре умерших). Кроме того, непредотвратимость смерти была обусловлена высокой долей пациентов с травмами и отравлениями, несовместимыми с жизнью (20,5% случаев).

Экспертами были детально проанализированы причины, повлекшие предотвратимый случай смерти. Ведущее ранговое место среди причин занимает ошибочность постановки диагноза — 60,0 на 100 проэкспертированных карт. В случае предотвратимой смерти важную роль среди причин, ее повлекших, играют своевременность постановки диагноза при угрожающих жизни состояниях и дефекты лечебной тактики (в основном несвоевременность). Данные причины составили более половины на 100 проэкспертированных карт в стационарах. Безответственное отношение пациентов к собственному здоровью, а именно невыполнение врачебных назначений, также явилось причиной летального исхода — 25,6 на 100 проэкспертированных карт.

Таким образом, оценка МКСБ в стационарах Твери выявила:

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

— дефекты в обследовании и диагностике: не проводятся в полном объеме обследования боль-

ных с использованием инструментальных методов диагностики (УЗИ, рентгенография, эндоскопические методы), формулировка диагноза не всегда соответствует современной классификации;

— дефекты лечения: неадекватная терапия, назначение лекарственных средств без показаний и противопоказанных 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, отсутствие систематической организации и проведения консилиумов и других форм консультативной работы в отделениях, а также клиничко-анатомических конференций с обсуждением летальных исходов.

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

По нашему мнению, опираясь на результаты экспертной оценки, особое внимание следует уделить смертности от патологии 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), в значительной степени формируя госпитальную летальность, и четвертое место в структуре смертности от всех причин смерти по Тверской области. В-третьих, болезни органов пищеварения характеризуются высокой степенью сочетанности патологических состояний, приходящихся на один случай смерти. В связи с этим представляется ценным детальный анализ возникающих дефектов в оказании медицинской помощи на различных этапах ведения таких больных и степени их влияния на летальный исход. Также важно изучение количественных характеристик первоначальных причин смерти, осложнений, хронизации патологии, непосредственно приводящих к смерти состояний и сопутствующей патологии.

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 сети и ресурсного обеспечения системы здравоохранения конкретного региона.

Наши расчеты свидетельствуют, что прогностическая оценка возможного экономического эф-

фекта 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.

1. Красненков 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 13.04.10

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2010
УДК 613.62:66]:312.6 «2002—2006»

Р. Ф. Камилов, В. М. Самсонов, Э. Д. Шакирова, Д. Ф. Шакиров

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ РАБОЧИХ ОСНОВНЫХ ПРОФЕССИЙ НЕФТЕХИМИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Уфа

В статье приведены данные о заболеваемости с временной утратой трудоспособности работников производства резиновых и резинотехнических изделий нефтехимической промышленности. В структуре заболеваемости ведущее место занимают болезни нервной и сердечно-сосудистой системы, печени, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания и щитовидной железы.

Ключевые слова: нефтехимическая промышленность, заболеваемость с временной утратой трудоспособности, вредные профессиональные воздействия

THE MORBIDITY WITH TEMPORARY DISABILITY AMONG WORKERS OF PETROCHEMICAL INDUSTRY

Kamilov R.F., Samsonov V.M., Schakirova E.D., Schakirov D.F.

The article deals with the data on morbidity with temporary disability among workers producing rubber and mechanical rubber articles in petrochemical industry. The leading place in the structure of morbidity is taken by the diseases of nervous and cardiovascular systems, liver, gastrointestinal tract, respiratory system and thyroid gland.

Key words: petrochemical industry, morbidity with temporary disability, harmful occupational determinants

В современных условиях на состояние здоровья работающих в различных отраслях нефтехимической промышленности условия труда, обусловленные производственными факторами преимущественно химической природы, влияют в среднем на 60% [1, 4]. Для оценки профессионального риска в нефтехимической промышленности применяют 5 основных критериев, учитывающих условия труда, профессиональную заболеваемость, долю лиц с признаками профзаболеваний и заболеваний с временной утратой трудоспособности и степень обусловленности производственной заболеваемости, и 3 дополнительных критерия, используемых для оценки вероятности нарушений репродуктивного здоровья: наличие в технологическом процессе веществ с отдаленными эффектами, функция воспроизводства и генетические эффекты [2]. Наиболее информативными критериями оценки априорного риска как в профессии, так и в производстве являются класс условий труда, профессиональная заболеваемость и заболевания с временной утратой трудоспособности. Последний критерий для оценки состояния здоровья рабочих представляет суще-

ственный интерес, так как определяет социально-биологическое и производственно-экономическое положение производства.

Исследование заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) проводили у 354 работников нефтехимического завода ЗАО "Каучук", подвергшихся в процессе производства резиновых и резинотехнических изделий как изолированному, так и комбинированному действию химических загрязнителей (бензин-растворитель марки БР-1, 1,2-дихлорэтан, хлористый метилен, диоксан-1,4, различные ингредиенты — вулканизаторы, ускорители, пластификаторы и др.). 29% работников были в возрасте 20—29 лет, 35% — 30—39 лет и 36% — в возрасте 40—49 лет. Стаж работы от 1 года до 5 лет имели 47% рабочих, от 5 до 10 лет — 38%, 10—15 лет и более — 15%. Среди обследованных были клейщики, контролеры, аппаратчики, машинисты и мастера производства (рис. 1).

Анализ материалов по ЗВУТ проводили в амбулаторных условиях на базе поликлиники ГУЗ КБ № 1, обслуживающей нефтехимический завод ЗАО "Каучук" (г. Стерлитамак) за период с 2002 по 2006 г. Основным первичным источником информации являлась медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/У).

Как показали результаты исследований, наиболее распространенную профессиональную группу

Р. Ф. Камилов — канд. мед. наук, докторант (347-272-82-06); В. М. Самсонов — канд. мед. наук, докторант (8-927-31-51-199); Э. Д. Шакирова — аспирантка (8-927-34-99-269); Д. Ф. Шакиров — д-р мед. наук, проф. каф. (8-937-33-60-954).

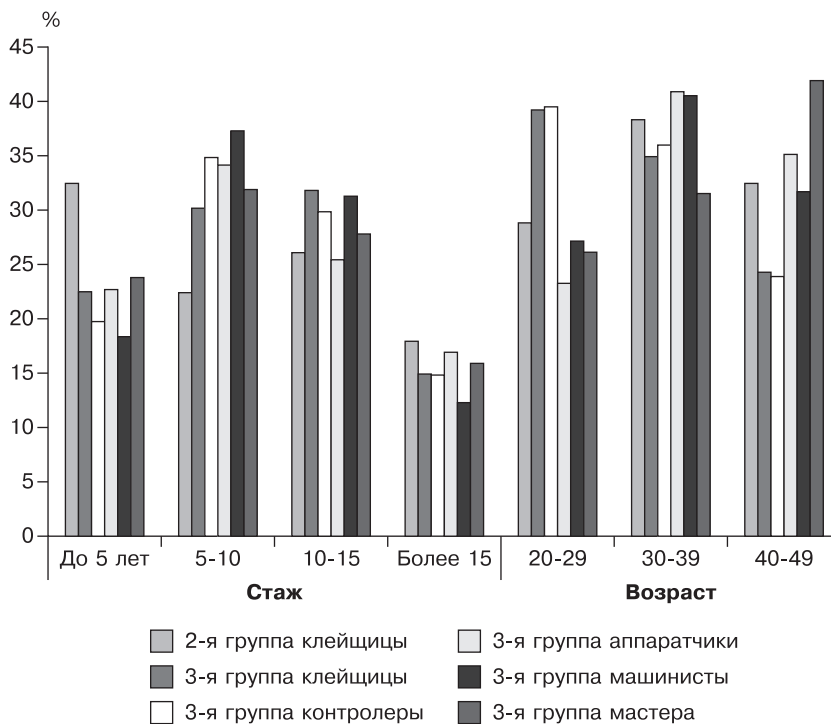


Рис. 1. Распределение профессиональных групп в зависимости от вида контакта с химическими загрязнителями, стажа работы и возраста.

представляют клейщицы и контролеры, затем аппаратчики и машинисты, далее мастера производств, большинство из которых имели комбинированный контакт со смесью бензина-растворителя марки БР-1 с хлорированными углеводородами (хлористый метилен, 1,2-дихлорэтан). Учитывая характер и особенность профессиональной деятельности, пути поступления токсичных веществ (через органы дыхания и кожу рук), мы сочли возможным при изучении ЗВУТ выделить следующие группы основных профессий. 1-я группа (контрольная) — административно-управленческий аппарат. Трудовой процесс представителей данной группы исключает воздействие факторов производственной среды. Работники, вошедшие в эту группу, отвечали следующим требованиям: не имели хронических заболеваний, как зарегистрированных в медицинских документах, так и в анамнезе, освобождения от работы по острому заболеванию и жалоб в день обследования. 2-я группа — клейщицы и контролеры, которые подвергались постоянному ингаляционному воздействию бензина-растворителя марки БР-1 через органы дыхания при средневзвешенном уровне в воздухе рабочей зоны, превышающем ПДК в 1,1—2,1 раза и более, с "пиковыми" концентрациями, превышающими ПДК в 6—8 раз и более. Согласно гигиеническим критериям оценки и классификации условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса [3] условия труда основных рабочих профессий классифицируются как вредные — 3-й класс 1-я степень (3.1). 3-я группа — клейщицы (дублировщицы, закройщицы), машинисты, аппаратчики, контролеры и мастера производств, имеющие постоянный контакт со смесью бензина-растворителя марки БР-1 с хлорированными углеводородами через органы дыхания и кожу рук. Клейщицы (дублировщицы, закройщицы) подвер-

гаются воздействию смеси бензина с хлорированными углеводородами при средневзвешенной концентрации бензина, превышающей ПДК в 1,5—3,5 раза и более, "пиковыми" концентрациями, превышающими ПДК в 12—16 раз и более, содержании 1,2-дихлорэтана и хлористого метилена, достигающем 2,5—3,5 ПДК и выше. У машинистов и аппаратчиков вулканизации стадий синтеза, фильтрации на барабанных фильтрах, чешуирования и фасовки с постоянным загрязнением воздуха производственных помещений парами бензина с хлорированными углеводородами средневзвешенное содержание бензина превышало ПДК в 2,5—4,4 раза и более, а периодически возникающие "пиковые" концентрации — в 10—17 раз. Содержание 1,2-дихлорэтана и хлористого метилена достигало 2,1—2,5 ПДК. Контролеры и мастера производств работают в тех же цехах, что и клейщицы (дублировщицы, закройщицы), где применяется бензин в смеси с хлорированными углеводородами, однако в отличие от последних они подвергаются их воздействию, не испытывая при этом

влияния "пиковых" концентраций. Условия труда клейщиц-дублировщиц, клейщиц-закройщиц и аппаратчиков в соответствии с Руководством (Р 2.2.2006—05) классифицируются как вредные — 3-й класс 2-я степень (3.2) [3].

Анализ ЗВУТ показывает, что число случаев у рабочих, контактирующих в течение смены с комплексом химических веществ и ряда других неблагоприятных факторов производственной среды, статистически значительно превышает таковое в контрольной группе, трудовая деятельность которых исключает указанные негативные воздействия. Более высокая частота случаев выявлена в 3-й группе по сравнению со 2-й группой. Аналогичная динамика характерна и для показателя числа дней нетрудоспособности, который наряду с числом дней на одного болевшего в определенной мере характеризует тяжесть заболеваний. Данный показатель был еще более вариабелен в основных профессиональных группах (см. таблицу).

Анализ заболеваемости позволил выявить у обследуемых расстройства деятельности нервной системы преимущественно функционального характера с преобладанием вегетативно-сосудистых нарушений, которые большей частью носят генерализованный характер. Так, у работающих в условиях комбинированного воздействия органических загрязнителей, в особенности у клейщиц-дублировщиц и клейщиц-закройщиц (53,1%), реже у контролеров (12,4%), аппаратчиков и машинистов (11,3%) симптомы нарушения функций нервной системы значительно преобладали по отношению к обследуемым, которые подвергались изолированному действию только паров бензина марки БР-1. У них чаще наблюдались субъективные изменения преимущественно со стороны нервной системы: головная боль (86,6%), головокружение (33,9%), раздражительность (49,7%), плаксивость (44,1%), утомляемость (21,5%), нарушение сна (33,6%), бо-

Показатель	1-я группа (n = 66)	2-я группа (n = 110)	p ₁	3-я группа (n = 178)	p ₂
Число случаев	24,20 ± 4,25	53,23 ± 6,56	< 0,001	88,15 ± 9,14	< 0,001
Число дней	343,44 ± 22,72	659,84 ± 33,42	< 0,001	878,24 ± 44,35	< 0,001
Число дней на 1 случай	16,11 ± 3,43	21,06 ± 4,24	> 0,5	44,40 ± 6,36	< 0,001
% болевших лиц	21,24 ± 2,12	33,13 ± 6,33	> 0,1	62,83 ± 8,42	< 0,001
Число случаев на 1 болевшего	1,41 ± 0,33	2,48 ± 0,31	< 0,05	2,65 ± 0,44	< 0,001
Число дней на 1 болевшего	16,33 ± 2,48	21,12 ± 3,38	> 0,1	24,33 ± 4,54	> 0,1
% повторно болевших лиц	5,57 ± 0,86	8,04 ± 1,42	> 0,1	12,25 ± 1,58	< 0,001

Примечание. p₁ и p₂ — достоверность различий показателей 2-й и 3-й групп соответственно по сравнению с контролем.

ли в руках (49,6%) и ногах (39,7%), в области сердца (52,8%), а также боль и неприятные ощущения со стороны печени и желудочно-кишечного тракта (41,2%). При объективном исследовании довольно часто отмечался тремор вытянутых пальцев рук — 48,4%, неустойчивость в позе Ромберга — 18,6%, повышение сухожильных рефлексов — 19,7%, снижение болевой чувствительности в дистальных отделах рук — 24,2%, стойкий красный дермографизм — 77,8%, общий гипергидроз — 36,5%, акроцианоз — 26,4%, акрогипотермия — 29,6%, снижения тонуса капилляров преимущественно спастического характера у 56% обследованных лиц. Большинство изменений чаще наблюдались у клейщиц (дублировщицы и закройщицы) и контролеров, подвергающихся постоянному воздействию смеси бензина-растворителя с хлорированными углеводородами.

Анализ результатов медицинского осмотра свидетельствует о том, что в основных производственных группах отмечался высокий удельный вес болезней нервной (46,4%) и сердечно-сосудистой (22,8%) системы, печени (12,4%), желудочно-кишечного тракта (11,7%), органов дыхания (4,2%) и щитовидной железы (2,5%). Среди нозологических форм чаще встречались гипертоническая болезнь, коронарная болезнь сердца, артериальные гипертензии, диффузное увеличение щитовидной железы, остеохондроз позвоночника, деформирующий артроз, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дискинезия желчевыводящих путей, хронические гастриты и холециститы, хронические бронхиты и бронхиальная астма (рис. 2).

Из выявленных изменений высокий удельный вес занимали вегетативные расстройства в дистальных отделах рук. При этом 49,6% предъявляемых жалоб приходилось на боль в руках. В большинстве случаев боль возникала в покое, чаще в ночное время и локализовалась в кистях. У представителей основных профессиональных групп (2-я и 3-я) с большим стажем (10 лет и более) боль распространялась и на предплечья. Значительная часть работниц указывала и на парестезию в руках. Нейрососудистые нарушения — мраморность сосудистого рисунка ладоней, цианоз — преобладали у клейщиц и контролеров как во 2-й, так и в 3-й группе. Прослеживалась закономерная связь нарастания частоты перечисленных симптомов со стажем работы. Так, у клейщиц и контролеров тех же профессиональных групп со стажем работы 5 лет гипестезия кистей наблю-

далась в 14,2% случаев, а с увеличением трудового стажа (10 лет и более) она достигала 44,8%. С одинаковой частотой выявлялась электротермия рук у работающих как в контакте со смесью бензина и хлорированных углеводородов (51,1%), так и подвергающихся воздействию только паров бензина (50,6%). Акрогипертермия в 2 раза чаще отмечалась у рабочих 3-й группы. Превышение показателей термометрии кистей регистрировали у 55% обследованных. Терморегуляторные нарушения в дистальных отделах рук наибольшей частоты достигали при стаже работы 5 лет, при стаже 5—10 лет либо уменьшались, либо стабилизировались, при стаже 10 лет вновь повышались.

Среди жалоб, указывающих на изменения функции внутренних органов, ведущее место занимала боль в области сердца (52,8%). Чаще боль в области сердца отмечали клейщицы-дублировщицы, клейщицы-закройщицы (51,4%). Боль в основном носила колющий, реже ноющий или сжимающий характер и была непостоянной. Появление боли при нервно-эмоциональной нагрузке отмечали

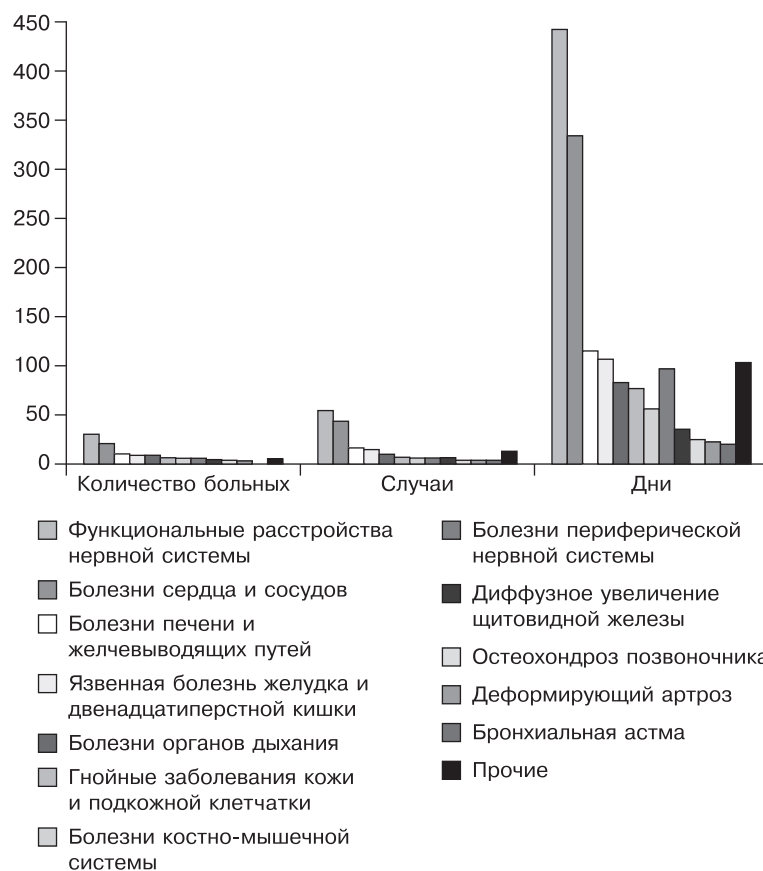


Рис. 2. ЗВУТ у рабочих основных профессий за период с 2002 по 2006 г.

16,5% работниц. Изменения в работе сердечно-сосудистой системы выражались в высокой частоте болевого кардиального синдрома с неустойчивостью артериального давления и ЭКГ сердца. У лиц в возрасте 30—39 лет было установлено существенное влияние на возникновение данного симптома стажа работы: в первые годы ЭКГ-изменения характеризовались вегетативной дисрегуляцией сердца, а по мере увеличения стажа, особенно в 3-й группе, — дистрофическими и метаболическими нарушениями.

В структуре заболеваемости высокий удельный вес занимали заболевания печени и желудочно-кишечного тракта; среди жалоб — боль в области правого подреберья (41,2%). Болевой синдром в правом подреберье чаще отмечали клейщицы (дублировщицы, закройщицы) и контролеры, контактировавшие со смесью органических растворителей (24,4%). Боль в основном носила непостоянный характер, усиливалась приступообразно в виде колик и, как отмечали работницы, сопровождалась тошнотой и рвотой. В большинстве случаев боль в правом подреберье сочеталась с явлениями диспепсического характера и дисфункцией кишечника. По мере увеличения стажа отмечалось нарастание боли: так, при стаже 5 лет боль беспокоила в 17,4% случаев, а при стаже 15 лет и более — в 26,5%. Обращает внимание наличие жалоб на чувство нехватки воздуха, одышку в покое, ощущение "кома" в горле и другие проявления дыхательного дискомфорта (4,2%). При исследовании щитовидной железы у 2,5% обследованных было выявлено снижение ее функции.

Важно отметить, что у большинства рабочих выявляются однотипные изменения в различных органах и системах, среди которых ведущее место занимают синдром вегетативной дисфункции (СВД) и невротические расстройства. СВД диагностировали более чем у половины работниц. В структуре СВД у обследованных 2-й и 3-й групп доминировали вегетативно-сосудистые расстройства с преобладанием периферической ангиодистонии (33%). Сочетание кожно-вегетативных, терморегуляторных расстройств с неустойчивостью артериального давления, чаще в рамках неврастенического синдрома, было установлено в 44% случаев, при этом гипертензивная направленность сосудистых реакций более чем в 2,5 раза превышала по частоте артериальную гипотонию. К проявлениям СВД были отнесены и дискинезия желчевыводящих путей (25%), а также проявления нарушений функции дыхания у лиц с неврастеническим или астеновегетативным синдромом по заболеваниям бронхолегочной и сердечно-сосудистой системы (14,6%). Частота СВД в отдельных профессиональных группах была неодинакова. Так, у клейщиц

(дублировщицы, закройщицы) и контролеров 3-й группы, подвергавшихся действию смеси экотоксикантов СВД был чаще, чем у других работников той же группы. Неврастенический синдром был диагностирован у 18,8% рабочих. Синдром вегетативно-сенсорной полинейропатии по частоте преобладал у машинистов (18,1%) и реже наблюдался у аппаратчиков (4,4%). Установлено, что ЗВУТ у рабочих основных профессий имеет тенденцию к неуклонному росту по тем болезням, которые выявлялись наиболее часто. За последние 5 лет число случаев СВД с вегетативно-сосудистыми кризами возросло более чем в 3 раза, а частота болезней периферической нервной системы — в 2,5 раза. Такая динамика изменений заболеваемости отражает, по всей видимости, сдвиги адаптационно-компенсаторных реакций организма к производственным условиям. ЗВУТ в течение первых лет работы возрастала, однако по истечении 5—10 лет снижалась и оставалась на низком уровне, не превышающем показатели заболеваемости контрольной группы, а при стаже работы свыше 10 лет вновь повышалась.

Результаты анализа структуры ЗВУТ у рабочих производства резиновых и резинотехнических изделий нефтехимического завода ЗАО "Каучук" позволили выявить у трети обследованных лиц признаки воздействия вредных химических веществ различной степени выраженности. Сдвиги, обнаруженные в организме у рабочих, обусловлены производственными факторами с развитием клинических проявлений хронической интоксикации органическими растворителями. Они указывают прежде всего на необходимость изучения особенностей формирования патохимических механизмов с целью дальнейшего обоснования и разработки системы оздоровительных мероприятий на предприятиях резиновой и резинотехнической промышленности.

Таким образом, в результате чрезмерного по интенсивности и длительности воздействия токсичных химических веществ в организме развиваются дезинтеграция во взаимодействии функциональных систем организма и превращение реакции звена адаптации в патогенетическое звено возникновения и развития заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляев Е. Н., Домнин С. Г., Степанов С. А. // Медицина труда и пром. экол. — 2003. — № 6. — С. 1—5.
2. Измеров Н. Ф. // Медицина труда и пром. экол. — 2005. — № 11. — С. 3—9.
3. Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда (Р 2.2.2006—05). — М., 2005.
4. Стародубов В. И. // Медицина труда и пром. экол. — 2005. — № 1. — С. 1—8.

Поступила 03.03.09

ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко

Представлены результаты анализа демографических показателей естественного движения населения Воронежской области с 1999 по 2008 г., позволившие выявить следующие особенности: состояние репродуктивного здоровья населения области, как и в стране в целом, характеризуется устойчивым сохранением низкого уровня рождаемости, высокими показателями общей смертности и отрицательным естественным приростом населения; предоставление "материнского капитала" с 2006 г. при рождении второго ребенка и увеличение единовременного пособия при рождении ребенка приостановили падение рождаемости, и в Воронежском регионе наметилась тенденция к ее росту. Главным управлением здравоохранения Воронежской области специальным приказом в 2007 г. утверждена "Стратегия развития службы родовспоможения Воронежской области на 2008—2010 годы".

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, демографический кризис, естественный прирост, младенческая смертность, перинатальная смертность, материнская смертность, искусственное прерывание беременности

THE ISSUES OF POPULATION REPRODUCTIVE HEALTH IN VORONEZHSKAYA OBLAST AND MEANS OF ITS IMPROVEMENT

Kosolapov V.P., Chesnokov P.E., Klimenko G.Y.

The article deals with the results of analysis of demographic indicators of natural migration of population in Voronezhskaya oblast in 1999–2008 revealing particular characteristics. The state of reproductive health of population in oblast is characterized by stable preservation of lower level of birth rate, higher indicators of total mortality and negative natural growth of population. The allotment of "maternal capital" at the birth of second child from 2006 and increase of one-time dowry at child birth in the Voronezh region ceased the birth-rate falling and mapped out a growth trend. To ameliorate the demographic situation in the region the chief public health directorate of Voronezhskaya oblast upheld in 2007 "The strategy of development of obstetrics service in Voronezhskaya oblast in 2008–2010". The purpose of the document is to improve organization, quality and accessibility of medical care to pregnant women, parturient women, newborns and gynecological patients and birthrate growth.

Key words: reproductive health, demographic crisis, population natural increase, infant mortality, perinatal mortality, maternal mortality, induced abortion

Масштабность демографического кризиса, развившегося в последнее десятилетие XX века в нашей стране и сохраняющегося в настоящее время, обусловлена негативными последствиями социально-экономических преобразований, приведших к низкому уровню жизни значительной части населения, усиленному в последние годы глобальным экономическим кризисом. Это привлекло особое внимание руководителей страны, требующего решения данной проблемы как на федеральном, так и на региональном уровне.

В условиях демографического кризиса, характеризующегося низким уровнем рождаемости и высоким показателем смертности, который значительно превышает рождаемость, одной из проблем здравоохранения является поиск путей улучшения воспроизводства населения, его репродуктивного здоровья (РЗ).

Состояние РЗ населения Воронежской области, как и в стране в целом, характеризуется устойчивым сохранением низкого уровня рождаемости, высокими показателями общей смертности и отрицательным естественным приростом населения [1]. Численность населения территории за десятилетний период (1999—2008 гг.) сократилась на 191,3 тыс. человек и составила 2280,4 тыс. человек (убыль 7,7%), численность женского населения

уменьшилась на 88,3 тыс. человек и составила 1244,5 тыс. человек (убыль 7,2%). Общая смертность населения области возросла на 22,2%, составив в 2008 г. 17,6‰, что в 1,21 раза выше показателя в среднем по России (14,6‰). Уровень рождаемости по области в 2008 г. составил 9,8‰, что ниже, чем в среднем по Российской Федерации, на 19%. Следовательно, воспроизводство населения в области более низкое, чем в среднем по России.

Однако усилия, которые предпринимает Правительство на государственном уровне, в частности предоставление "материнского капитала" с 2006 г. при рождении второго ребенка и увеличение единовременного пособия при рождении ребенка, приостановили падение рождаемости, и в Воронежском регионе наметилась тенденция к ее росту (с 2006 по 2008 г. на 16,6%).

Младенческая смертность как барометр социального неблагополучия общества за 1999—2008 гг. с 15,9‰ снизилась на 45,1% и составила 7,9‰. Основными ее причинами в 2008 г. являлись перинатальные причины (43,6%) и врожденные аномалии развития (33%), которые в сумме составили 76,6% всех случаев младенческой смертности.

Перинатальная смертность, составлявшая 14,3‰ в 1999 г., в последующие 10 лет снизилась до 7,9‰ (положение улучшилось на 49%). По данным за 2008 г., в структуре причин перинатальной смертности ведущими являлись: мертворождаемость (30,8%), внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах и врожденные аномалии развития (по 27,7%), дыхательные расстройства (13,8%).

В. П. Косолапов — канд. мед. наук, ассистент каф. (8-905-052-45-35); П. Е. Чесноков — д-р мед. наук, проф., зав. каф. (37-15-13); Г. Я. Клименко — д-р мед. наук, проф. каф. (8-910-240-04-36).

Материнская смертность за анализируемый период претерпела ряд колебаний: если ее уровень на 100 тыс. родившихся живыми в 1999 г. составлял 28,6 случая, то к 2001 г. этот показатель вырос до 54,1 случая (прирост составил 89,2%). В последующие 2 года материнская смертность снизилась до 30,1 случая на 100 000 родившихся живыми, т. е. на 44,4%, а в 2004 г. вновь произошел подъем до 44,4 случая, после которого наметилась тенденция к снижению до 13,4 случая в 2008 г., т. е. на 69,8% за последние 5 лет (2004—2008 гг.). Основными причинами материнской смертности были кровотечение в послеродовом периоде, внематочная беременность и острая двусторонняя пневмония на фоне беременности.

Искусственное прерывание беременности — одна из основных причин низкой рождаемости и отрицательного естественного прироста населения. С 1999 по 2008 г. этот показатель в среднем по области снизился на 35% и составил 29,4 случая на 1000 женщин фертильного возраста. Несмотря на снижение уровня аборт на 1000 женщин фертильного возраста, зарегистрированное количество абортов свидетельствует о наличии этой проблемы на региональном уровне.

Как показали исследования Г. А. Шемаринова и соавт. (2001) [4], по результатам опроса врачами акушерами-гинекологами Воронежской области 1629 женщин, сделавших аборт, основными характеристиками социальных причин абортов в современных условиях являются: нежелание мужа и самой женщины иметь ребенка (41,9 и 10,9% соответственно), несовершеннолетие беременных женщин (32,2%), отсутствие у них своего жилья (14,1%), мужа (12,4%), работы (8,4%), конфликты в семье (5,5%), многодетность (3,6%) и медицинские показания (10,1%).

Для улучшения демографической ситуации в регионе в целях совершенствования организации, повышения качества и доступности оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным и гинекологическим больным, а также повышения рождаемости Главным управлением здравоохранения Воронежской области специальным приказом в 2007 г. утверждена "Стратегия развития службы родовспоможения Воронежской области на 2008—2010 годы". В соответствии с этим документом система родовспоможения, охватывающая наблюдение за беременными на уровне женской консультации, профилактику осложнений течения беременности, родов и в послеродовом периоде, играет ключевую роль, что требует использования современных технологий наблюдения за беременными и оказания им медицинской помощи на всех этапах родовспоможения. Целями стратегии развития службы родовспоможения области на 2008—2010 гг. являются: совершенствование организации и управления службой, улучшение качества и доступности оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным и гинекологическим больным, что будет способствовать повышению рождаемости. Для ее достижения были предусмотрены такие задачи, как рациональное обеспечение женского населения коечным фондом и медицинскими кадрами в соответствии с программой Государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской по-

мощи, оказание медицинской помощи в соответствии с отраслевыми стандартами, улучшение показателей деятельности службы (снижение материнской, перинатальной и младенческой смертности, частоты осложнения беременности и родов, заболеваемости новорожденных и др.), активная профилактическая работа по предупреждению и раннему выявлению различных акушерских и гинекологических заболеваний, в том числе онкологических; усиление работы по планированию семьи (снижение частоты абортов, повышение охвата населения средствами эффективной контрацепции, лечение бесплодия), половое воспитание и пропаганда здорового образа жизни среди населения, прежде всего подростков.

Для решения поставленных задач необходимы реструктуризация сети акушерско-гинекологической службы, укрепление материально-технической базы акушерских и гинекологических отделений лечебно-профилактических учреждений, улучшение организации и качества оказания акушерско-гинекологической помощи, развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи и внедрение современных методик, профилактика абортов и меры по повышению рождаемости, совершенствование перинатальной диагностики врожденных аномалий развития, организационно-методической и клинико-экспертной работы, повышение квалификации медицинского персонала, работающего в акушерско-гинекологических отделениях [2, 3].

Число акушеров-гинекологов в области составляет 740. В год проходят около 20 тыс. родов, которые не в состоянии обеспечить в регионе простое воспроизводство населения. Коечный фонд включает 1127 акушерских коек, из них 658 родильных коек, 469 коек патологии беременности, 1415 гинекологических коек. Обеспеченность койками составляет: акушерскими (всего) — 9,5 на 10 000 женского населения, 18,6 на 10 000 женщин фертильного возраста, родильными — 10,8 на 10 000 женщин фертильного возраста, патологии беременности — 8,1 на 10 000 женщин фертильного возраста. Налицо проблемы при оказании специализированной помощи женщинам и детям по данным стратегии: низкая обеспеченность врачебными акушерскими кадрами (в некоторых районах 2 врача на район, т. е. 0,9—1,2 на 10 000 женщин), отсутствие молодых кадров. Структура сети акушерских стационаров также нуждается в реструктуризации и совершенствовании: учреждения Воронежа, оказывающие акушерскую помощь, введены в эксплуатацию более 20 лет назад, во многих учреждениях области не соблюдены санитарные нормы из-за недостаточного количества площадей.

Таким образом, основными резервами воспроизводства населения Воронежской области являются мероприятия прежде всего медицинского и социального характера, направленные не только на подъем рождаемости, но и на снижение общей, младенческой, перинатальной и материнской смертности, а также на профилактику абортов, осложнений течения беременности, родов и послеродового периода. Для получения ощутимого положительного эффекта мероприятия, по нашему мнению, должны носить не формальный, а системный характер и стать приоритетными в плане воспроизводства населения региона.

1. Аналитическая справка Главного управления здравоохранения администрации Воронежской области "Итоги работы учреждений здравоохранения за 1999—2008 годы". — Воронеж, 2009.
2. Моделирование и прогнозирование осложнений течения беременности и родов по медико-социальным факторам

риска / Ивлева Л. А., Клименко Г. Я., Есауленко И. Э. и др. — Воронеж, 2005.

3. Назаренко Ю. Г. Невынашивание беременности: состояние, проблемы и пути их решения (по данным литературы). — Воронеж, 2006.
4. Шемаринов Г. А., Клименко Г. Я., Куценко Г. И. Аборт как медико-социальная проблема (по материалам социально-гигиенического исследования). — Воронеж, 2001.

Поступила 13.04.10

© О. В. МЕДВЕДЕВА, 2010
УДК 614.2:314.37

О. В. Медведева

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕЗДЕТНЫХ СЕМЕЙ

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

В статье представлена медико-социальная и медико-демографическая характеристика бездетных семей, а также проанализированы причины, по которым семьи откладывают рождение ребенка, что позволит определить резерв рождений, разработать меры повышения эффективности управления сохранением репродуктивного здоровья и меры семейной политики на различных иерархических уровнях.

Ключевые слова: семья, бездетность, формы брака

THE MEDICAL SOCIAL AND MEDICAL DEMOGRAPHIC ISSUES OF CHILDLESS FAMILIES

Medvedeva O.V.

The article deals with medical social and medical demographic characteristics of childless families. The analysis of causes the families decided to postpone the child birth is presented. The birth reserve is determined and the means to increase the effectiveness of management of reproductive health support and directions of family policy on different hierarchical levels are discussed.

Key words: family, childless, marriage form

Бездетность сама по себе несет еще более негативную нагрузку, чем малодетность, поскольку все большее число пар остаются бездетными не только потому, что не могут иметь детей из-за каких-то заболеваний, а потому, что откладывают их рождение по различным причинам [1—3].

В 2007 г. в Рязанской области проживали 26 тыс. семей (7% от общего числа), в которых оба супруга моложе 30 лет. Каждая третья молодая семья бездетна: в городских поселениях, на которые приходится 77% семей, где оба супруга моложе 30 лет, их удельный вес составил 32,2%, в сельской местности — 19,7%.

Для изучения причин, по которым семьи откладывают рождение, провели опрос по специально разработанной программе. В основу формирования исследуемой совокупности, кроме возраста вступления в брак у женщин (до 35 лет), были положены также паритет брака (первый для обоих супругов), стабильность семьи и проживание в Рязанской области в течение 10 лет супружеской жизни. Акцент делали на семьи, заключившие юридический брак (1-я группа) и проживающие в консенсуальном союзе (2-я группа).

Доля бездетных семейных пар в исследуемой совокупности составила 20,9% в 1-й группе и 78,1% во 2-й, что почти в 4 раза больше, чем в семьях, заключивших юридический брак ($p < 0,01$).

Полученные данные свидетельствуют прежде всего о высоком удельном весе семей, в которых супруги сознательно отказываются от рождения де-

тей или откладывают это на более поздний брачный период.

Самые высокие доли бездетных семей в обеих группах по годам супружеской жизни отмечаются у проживших вместе менее 3 лет (76,9 и 54,5% в 1-й группе и 100% во 2-й).

Хотя в целом удельный вес бездетных браков у наблюдаемой совокупности с увеличением брачного стажа снижается, больше половины семей 2-й группы, проживших в браке 3—5 лет (63,5%), не имели детей на момент исследования, в 1-й группе таких семей в 5 раз меньше (12,8%).

На 6—10-х годах брака доля бездетных семей среди заключивших юридический брак составила 4,3%, что почти в 12 раз меньше ($p < 0,01$), чем у семей, проживающих в консенсуальных союзах, в которых и после 10 лет совместной жизни она составляла 11,3%.

В этой связи представляет значительный интерес анализ структуры бездетности по годам супружеской жизни в зависимости от возраста женщины на момент вступления в брак.

В семьях 1-й группы, имеющих брачный стаж менее года, наиболее высокий удельный вес бездетности оказался у женщин, вступивших в брак в 20—24 года (50%). Во 2-й группе семей самые высокие доли бездетности были у женщин в возрасте 25—29 лет (35,6%) и 18—19 лет (33,3%).

Значительный удельный вес бездетности у женщин, вступивших в брак до 18 лет, отмечается после 5-го года супружеской жизни в 1-й группе (12,2—12,5%). Такой показатель у женщин, состоящих в юридическом браке, может свидетельствовать прежде всего о неблагоприятном исходе бере-

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

менностей, ускоривших регистрацию брака, что и привело к такому высокому удельному весу бездетности в данной возрастной группе.

Согласно статье 13 Семейного кодекса от 29.12.95 (в редакции от 30.06.08 № 106-ФЗ), действовавшего на момент обследования, брачный возраст устанавливался в 18 лет, а основной причиной его снижения являлась беременность [4]. Следовательно, все женщины, вступившие в брак до 18 лет, имели добрачное зачатие. Репродуктивную функцию этих семейных пар мы оценивали расчетным путем, используя данные, полученные при опросе. В связи с этим численность женщин, родивших первенцев от добрачных зачатий, не соответствует 100%. Если бы все беременности от добрачных зачатий реализовались нормальными родами, то в группе женщин, вступивших в брак до 18 лет, вообще не было бы бездетных.

Наличие сознательного планирования числа рождений в юридических браках у семей, проживших более 5 лет, иллюстрируют и достаточно высокие доли бездетности у женщин 20—24 и 25—29 лет (34,2—46,6%).

Самые низкие доли бездетности отмечаются у женщин 2-й группы, вступивших в брачный союз до 18 лет, в семьях, имеющих брачный стаж до 5 лет (0—1,6%), и у женщин 30—35 лет в семьях, проживших до года и более 3 лет (2,1 и 0—4,1% соответственно). Это свидетельствует о высоких темпах формирования семьи женщинами этих возрастных групп.

Структура мужчин и женщин в бездетных супружеских парах 1-й группы по уровню образования почти одинакова и выглядит следующим образом: как у мужчин, так и у женщин наибольший удельный вес приходится на лиц с высшим (74,8 и 68,8% соответственно) и неоконченным высшим (12,5 и 18,8% соответственно) образованием.

Во 2-й группе подавляющее большинство мужчин имеют высшее образование (70,1%), доля женщин с высшим образованием также достаточно высока (40,1%), однако почти в 2 раза меньше ($p < 0,05$), чем мужчин и женщин 1-й группы ($p < 0,05$).

Анализ наиболее важных проблем, стоящих перед бездетными семьями, показал доминирование материального благополучия в обеих исследуемых группах. Материальное положение является ведущей проблемой для бездетных семей: у мужчин и женщин 1-й группы 45,2 и 36,7%, 2-й — 31,2 и 31% соответственно. Однако, если мужа в семьях, заключивших юридический брак, отмечают эту проблему несколько чаще, чем женщины, то во 2-й группе она имеет одинаковую значимость для обоих супругов. Проблемой жилья в большей степени озабочены женщины 1-й и мужчины 2-й группы (20,1 и 25,1% соответственно).

Обращает внимание тот факт, что респонденты независимо от формы брака боятся потерять работу (10,5—17,8%), при этом мужчины 1-й группы отмечают эту причину гораздо чаще (почти в 2 раза), чем их жены (17,8 и 10,5% соответственно);

$p < 0,05$). Во 2-й группе значительной разницы между показателями нет (12,3% — у мужчин, 16,7% — у женщин).

Парадоксально, что отсутствие детей в основном беспокоит женщин 1-й группы (9,8%), для остальных респондентов большее значение имеют отношения в семье.

Большинство мужчин 1-й группы (61,1%) оценивают взаимоотношения в своей семье как удовлетворительные, тогда как удельный вес таких ответов у женщин в 2,4 раза меньше ($p < 0,05$).

Во 2-й группе больше половины мужчин и почти половина женщин считают отношения хорошими с периодическими конфликтами (66,7 и 40,2% соответственно).

В обеих группах достаточно высок удельный вес семей с частыми конфликтами (19—20%), хорошие, без конфликтов, отношения отмечают только респонденты 1-й группы, в то время как во 2-й группе таких ответов нет.

Ведущая причина конфликтов в обеих группах семей — низкий семейный доход (51,1% у мужчин и 42% у женщин 1-й группы и 45 и 38,1% во 2-й группе соответственно).

Отсутствие жилья (23,4% у мужчин и 17,5% у женщин 1-й группы и 31,2 и 25,7% во 2-й группе соответственно) занимает второе ранговое место среди причин, создающих конфликтные ситуации в семьях, причем для мужчин гораздо чаще.

Нежелание респондентов иметь детей (доля таких ответов составила 9,9% у женщин 1-й группы и 9,1 и 7,2% соответственно у мужчин и женщин 2-й группы), по мнению опрошенных, довольно часто приводит к конфликтам в их семьях, однако у мужчин, заключивших юридический брак, эта причина занимает предпоследнее ранговое место.

Следует заметить, что плохое здоровье супругов и злоупотребление алкоголем, по мнению опрошенных, довольно редко приводят к конфликтам в их семьях.

Как было отмечено выше, в исследуемой совокупности 20,9% семей, заключивших юридический брак, не имели детей. В связи с этим важное значение имеет выявление причин, по которым семьи откладывают рождение ребенка. Это в свою очередь позволит определить резерв рождений, разработать меры повышения эффективности управления сохранением репродуктивного здоровья и меры семейной политики на различных иерархических уровнях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варламова С. Н., Носкова А. В., Седова Н. Н. // СОЦИС. — 2006. — № 11. — С. 61—73.
2. Голод С. И. // Социол. исслед. — 2008. — № 1. — С. 40—49.
3. Захаров С. В. // Демографическая модернизация России, 1900—2000 / Под ред. А. Г. Вишневого. — М., 2006. — С. 256—289.
4. Комментарий к Семейному кодексу Российской Федерации: законы и законодательные акты / Отв. ред. И. М. Кузнецова. — 2-е изд. — М., 2002.

Поступила 09.03.10

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Дана характеристика медицинской активности семей, воспитывающих детей-инвалидов. Ее оценка проведена в соответствии с разработанной авторами системой специальных показателей и социально-гигиеническими, медико-организационными и социально-психологическими факторами, ее определяющими. Анализ показателей медицинской активности проведен с целью определения групп повышенного медико-социального риска, выявления их нуждаемости в различных видах медико-социальной помощи.

Ключевые слова: семьи, воспитывающие детей-инвалидов, медицинская активность, здоровьесберегающее поведение, комплексная медико-социальная реабилитация

THE CHARACTERISTICS OF MEDICAL ACTIVITIES IN FAMILIES FOSTERING DISABLED CHILDREN

Svetlichnaya T.G., Nesterova I.V.

The characteristics of medical activities in families fostering disabled children are given. The assessment is implemented according the system of specific indicators developed by the authors to determine corresponding social hygienic, medical organizational and social psychological factors. The analysis of medical activities indicators is carried out to reveal the groups of higher medical social risk and to establish the requirements in different types of medical care.

Key words: family, disabled child, medical activity, health-preserving behavior, integral medical social rehabilitation

Достижение оптимально возможного уровня здоровья, социального функционирования и адаптации детей-инвалидов обеспечивается реализацией сложного комплекса мер медицинской, социальной и психолого-педагогической реабилитации. Эффективность этих мер во многом определяется степенью медицинской активности семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями. Она отражает принятые обществом нормы и ценности и проявляется наиболее типичными формами здоровьесберегающего поведения с учетом конкретных социально-экономических условий и в зависимости от них. Основопологающей предпосылкой высокой медицинской активности является глубокое осознание индивидуумом непреходящей ценности здоровья и необходимости личного участия в его сохранении и укреплении.

О важной роли медицинской активности семей в повышении эффективности комплексной реабилитации детей-инвалидов свидетельствуют результаты многочисленных исследований [1–6]. По данным одних ученых [3, 4], гигиеническое поведение большинства родителей главным образом определяется пессимистическим отношением к возможностям современной медицины и как следствие характеризуется крайне низкой медицинской активностью. Такие семьи фактически отстраняются от участия в реабилитационных программах. Есть и точка зрения [5], что родители прилагают известные усилия по комплексной реабилитации ребенка-инвалида, но часто они явно недостаточны. Такое расхождение научных суждений скорее всего объясняется различием используемых разными авторами методик для оценки медицинской активности семей, воспитывающих детей-инвалидов. Свои заключения они нередко основывают на весьма ограниченном количестве оценочных пока-

зателей, что существенно затрудняет получение объективного представления о действительном положении дел в этой области.

В отличие от других исследователей оценку медицинской активности семей, воспитывающих детей-инвалидов, мы провели с помощью системы специальных показателей, характеризующих ответственность родителей за здоровье ребенка, своевременность обращения за медицинской помощью, активность в проведении реабилитационных мероприятий, их комплексность, регулярность, частоту использования развивающих технологий, организацию досуговой деятельности ребенка-инвалида и др. Подробный перечень использованных для характеристики медицинской активности критериев и определяющих ее факторов представлен в табл. 1.

По нашим данным, большинство (71,2%) родителей, воспитывающих детей-инвалидов, ответственно относятся к здоровью своего ребенка и поддерживают тесную связь с работниками здравоохранения — врачами и медицинскими сестрами системы первичной медико-санитарной помощи. Они своевременно обращаются в поликлиники и учреждения скорой медицинской помощи при любом, даже незначительном ухудшении в состоянии здоровья ребенка уже в первые 2 дня (69,5 и 27% соответственно) с момента начала заболевания, и только 3,5% обращаются позднее.

Вместе с тем почти каждая третья семья (28,8%) пытается решать возникшие медицинские проблемы преимущественно собственными усилиями и обращается в учреждения здравоохранения лишь в крайнем случае, т. е. при значительно более выраженном ухудшении состояния здоровья ребенка. Тем не менее в 1-е сутки тяжелой болезни за медицинской помощью обращается половина таких семей (44,6%), на 2-е сутки — 39,4%, позднее — 16,0%.

На осознание родителями степени своей ответственности за здоровье ребенка влияют социально-

Т. Г. Светличная — д-р мед. наук, проф. каф. (isd@ns-mu.ru); И. В. Нестерова — аспирант (20-99-51).

Оценка достоверности различий (по критерию *t*) показателей медицинской активности в зависимости от альтернативных характеристик и определяющих ее факторов

Показатель медицинской активности	Возраст ребенка	Социальный статус семьи	Образование матери	Отношение к социуму	Внутрисемейные отношения	Участие семьи в реабилитации	Удовлетворенность медицинской помощью	Жилищные условия	Среднедушевой доход
1. Ответственное отношение родителей к здоровью ребенка	3,8	5,4	2,5	2,4	1,3	2,0	0,4	0,7	0,8
2. Своевременность обращения за медицинской помощью	16,0	0,9	1,2	1,4	4,2	0,7	4,3	1,2	1,4
3. Информированность о заболевании ребенка	2,3	5,7	2,6	2,1	2,9	6,8	1,8	3,7	7,1
4. Приверженность врачевым рекомендациям	1,1	1,7	2,7	1,6	2,7	2,3	6,9	2,1	0,6
5. Обеспеченность рационального режима жизнедеятельности	3,6	0,8	1,5	2,4	1,3	2,3	4,0	2,6	0,2
6. Комплексность реабилитационной программы	3,5	3,7	6,7	2,5	2,1	2,7	0,6	1,7	2,4
7. Регулярность выполнения реабилитационных мер	1,7	1,2	2,3	3,1	0,3	0,1	3,4	0,9	0,8
8. Использование развивающих методик	4,1	3,1	5,1	0,1	1,1	0,4	0,3	0,1	2,6
9. Организация досуговой деятельности ребенка	5,7	3,1	6,7	3,4	2,2	3,9	2,1	1,6	0,4
10. Обращаемость за социальной помощью	2,4	3,4	1,2	1,4	0,6	2,0	0,4	1,7	0,6

гигиенические, медико-организационные и социально-психологические факторы. Как показывают результаты исследования, характер гигиенического поведения родителей зависит от возраста ребенка: чем меньше возраст, тем выше доля обращений при любом, даже незначительном ухудшении в состоянии его здоровья. Так, поведение родителей детей младшего возраста (0—4 года и 5—9 лет) в подавляющем большинстве случаев (78,4 и 79,8% соответственно) характеризуется высокой степенью ответственности. В последующем, с увеличением возраста ребенка ответственность родителей несколько снижается, составляя 67,1% в возрасте 10—14 лет, и достигает минимума (63,8%) в возрасте ребенка 15—18 лет. Различия показателей статистически достоверны.

В наименьшей степени на величину показателя влияют социальное положение семьи, образование матери, ее позитивное или негативное отношение к социуму, особенности внутрисемейных отношений, удовлетворенность качеством медицинской помощи и др. Как оказалось, среди работающих родителей доля лиц, поведение которых характеризуется ответственным отношением к здоровью ребенка, почти в 1,5 раза выше (76,5%), чем среди неработающих (49,6%) ($t = 5,4$). Вероятно, наличие у последних свободного времени предоставляет им большие возможности по обеспечению самостоятельного ухода и наблюдения за ребенком в первые дни болезни. Выше среднего уровня степень ответственности у матерей с высшим образованием (80,2%) в отличие от имеющих лишь общее среднее или среднее специальное образование (67,9%), что подтверждается результатами других исследователей [5]. Так, по данным Ю. П. Лисицына и Н. В. Полуниной [5], женщины с высшим образованием отличаются более ответственным поведением относительно собственного здоровья и здоровья своего будущего ребенка. Они чаще обращаются в женскую консультацию в самые ранние сроки беременности (до 3 мес) и чаще посещают врача с профилактической целью, что положительно отражается на течении их беременности и существенно снижает риск рождения неполноценного ребенка.

Позитивный социальный настрой матери служит основой ответственного отношения родителей к здоровью ребенка (77% против 60,8%). Опреде-

ленное значение имеют и особенности внутрисемейных отношений. В семьях с хорошим психологическим климатом выше уровень осознания ответственности (73,1%) в сравнении с родителями, отношения которых осложнены разного рода конфликтами и разногласиями (67,9%). В семьях, где ребенок окружен заботой и вниманием не только родителей, но и других родственников, степень ответственного отношения к здоровью ребенка существенно выше (80,6% против 70,1%). Как и следовало ожидать, величина показателя не зависит от удовлетворенности качеством медицинской помощи (соответственно 70,5 и 72,2%).

Объективным отражением уровня осознания родителями своей ответственности за здоровье ребенка является своевременность их обращения в ЛПУ. Она служит важной предпосылкой успеха лечебно-диагностического процесса, способствуя более благоприятному течению уже имеющегося у ребенка хронического заболевания и предотвращению развития у него нового патологического процесса. Полученные нами данные свидетельствуют о высокой медицинской активности родителей детей-инвалидов. Большинство (62,3%) из них обращаются в медицинские учреждения уже в 1-е сутки ухудшения состояния здоровья ребенка, 30,9% — на 2-е сутки и лишь 6,8% — значительно позднее. В отличие от них родители здоровых детей обращаются в медицинские учреждения в 1-й день только в 19% всех случаев, а в каждом втором—третьем случае (от 30 до 50%) даже на 4—6-й день болезни [3]. Из всей совокупности рассматриваемых факторов на величину показателя статистически достоверное влияние оказывают благоприятные внутрисемейные отношения (71,8% против 54,6%) и высокий уровень удовлетворенности качеством медицинской помощи (69,1% против 52,2%).

Информированность родителей об особенностях течения и прогноза инвалидизирующего заболевания является необходимой предпосылкой их высокой медицинской активности и своевременного обращения за медицинской помощью в лечебные учреждения. Хорошая медицинская осведомленность семей, воспитывающих детей-инвалидов, оказывает решающее влияние и на их приверженность врачевым рекомендациям. На наличие серьезных проблем в этой области обращают вни-

мание многие отечественные специалисты [2—4]. Так, по данным И. А. Камаева [3], 48,2% родителей имеют лишь отрывочные сведения о характере инвалидизирующего заболевания и методах его лечения, а 30% не владеют даже и этой информацией.

Оценку медицинских знаний у родителей мы проводили на основании изучения количественных и качественных характеристик источников получения необходимой информации. Подавляющее большинство семей (84,2%) пользуются только одним источником информации. Оставшаяся незначительная их часть (15,8%) получает требуемые знания, используя более широкий круг источников. Как и следовало ожидать, наибольшее значение родители придают сведениям, получаемым от лечащих врачей и социальных работников (соответственно 38,1 и 35,7%), чуть меньшее (25,1%) — из специальной научной и популярной литературы, исчезающе малое значение (1,1%) — сведениям от окружающих лиц.

Основным источником медицинских знаний служат участковые педиатры и врачи других специальностей (46,1%). С увеличением возраста ребенка частота обращений к специалистам-медикам для получения необходимой информации возрастает с 43,1% в возрасте ребенка от 0 до 4 лет до 51,8% в возрасте 15—17 лет ($\lambda^2 = 61,3\%$). На величину показателя статистически достоверно влияют хороший социальный статус (48,2%), высшее образование матери (65,1%; $t = 4,5$), характер ее отношения к социальному окружению (49,4%), гармоничные внутрисемейные отношения (50,8%) и удовлетворенность качеством медицинской помощи (54%).

Для достижения положительных результатов лечения недостаточно одного лишь своевременного обращения к врачу и хорошей информированности родителей об особенностях течения инвалидизирующего заболевания. Необходимо также тщательное выполнение всех врачебных назначений. Полностью следуют рекомендациям врача большинство родителей (72%) независимо от тяжести состояния ребенка в момент обращения за медицинской помощью. Вместе с тем каждая третья семья (28%) выполняет их лишь частично. Свой отказ от следования врачебным рекомендациям они объясняют разными причинами: отсутствием в аптеке необходимых лекарственных средств (45,5%), утратой надежды на благоприятный исход заболевания (28,4%), а в 26,1% случаев — недостатком времени.

По нашим данным, на выполнение рекомендаций родителями детей-инвалидов влияют социально-гигиенические, социально-психологические и медико-организационные факторы. При этом тщательность следования предписаниям врача увеличивается с возрастом ребенка с 66,7% в 0—4 года до 72,3% в 15—17 лет.

На приверженность рекомендациям врача определенное влияние оказывает и социальный статус семьи. Работающие родители в большей степени (73,6%) соблюдают их в сравнении с неработающими (65,5%). Вероятно, это связано с более низким уровнем материальной обеспеченности последних, что весьма ограничивает их возможности по выполнению медицинских рекомендаций. Высшее образование матери и в данном случае обеспечивает более высокий уровень выполнения предписания (81,1%). Величина показателя достоверно вы-

ше в гармоничных семьях (78,7% против 60,1%), с хорошими жилищными условиями (79,5% против 70,3%), когда наряду с родителями участие в воспитании ребенка принимают и другие родственники (77,5% против 71,3%). Родители из семей высокого социального статуса более удовлетворены качеством медицинской помощи (82,4% против 56,7%).

Характер следования медицинским рекомендациям зависит от их содержания и варьирует в широких пределах. Большинство родителей (73,7%) охотно выполняют советы врача относительно пребывания ребенка на свежем воздухе. По мере его взросления частота следования данной рекомендации увеличивается с 68,6% в возрасте 0—4 года до 76,6% в возрасте 15—17 лет.

Воздействие других факторов не менее значимо. Сохраняют свое конструктивное значение позитивное отношение матери к социуму (79,5% против 70,7%) и удовлетворенность качеством медицинской помощи (79,6% против 64,9%). Как свидетельствуют полученные данные, основную функцию по воспитанию ребенка в таких семьях, как правило, выполняют родители (75,2%) в сравнении с теми семьями, где эта функция возложена в том числе и на других родственников (61,2%). По-видимому, выполнение данной рекомендации является для семей не очень сложной задачей.

Гораздо большие проблемы у них возникают в связи с необходимостью проведения специальных реабилитационных мероприятий, требующих больших затрат времени и значительных личных усилий. Хорошо известно, что высокая результативность комплексной реабилитации достигается последовательным осуществлением лечебно-оздоровительных мероприятий на всех этапах реабилитационного процесса (стационарном, санаторно-курортном и амбулаторно-поликлиническом) и обеспечивается использованием стационарных, полустационарных и нестационарных форм медико-социального обслуживания [6].

В настоящее время наряду с традиционными (преимущественно стационарными) формами особое значение придает новым стационарозамещающим формам организации лечебно-оздоровительного процесса. Они используются на заключительном, поликлиническом этапе комплексной реабилитации, который связан с реализацией таких жизненно важных социальных функций, как восстановление общественных связей, завязывание дружеских и межличностных отношений, формирование положительной социальной ориентации, что в конечном счете создает надежные предпосылки для эффективной социализации личности ребенка-инвалида и закладывает основы для осознания им необходимости полноценного участия в жизни социума. На поликлиническом этапе используются разнообразные методы физической терапии, лечебной физкультуры, гидротерапии, проводятся занятия по психокоррекции, устранению личностных изменений, привнесенных инвалидизирующим заболеванием, и др.

Эффективное применение этих методов требует активного участия всей семьи ребенка-инвалида. По нашим данным, современные реабилитационные возможности амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения в полной мере используют лишь 51,7% семей, воспитывающих де-

тей-инвалидов. Еще 16,1% родителей проводят оздоровительные мероприятия преимущественно в домашних условиях. Остальные 32,2% семей полностью исключили себя из реабилитационного процесса.

Как свидетельствуют результаты исследования, интеграционный характер реабилитационного процесса на амбулаторном этапе его реализации обеспечивается воздействием комплекса факторов — социально-гигиенических, психолого-педагогических и социально-экономических. Активность семей в проведении комплексных реабилитационных программ снижается с увеличением возраста ребенка с 75,7% в 0—9 лет до 62,2% в 10—17 лет. На величину показателя статистически достоверно влияют хороший социальный статус (71,4% против 52,9%), высшее образование матери (88,7% против 63,3%), ее позитивное отношение к социуму (74,1% против 64,5%), благоприятные отношения между родителями (70,8% против 62,4%), их личное участие в воспитании ребенка (69,7% против 52,2%), хороший уровень материального обеспечения семьи (75,9% против 65,4%).

Известно, что результативность реабилитации определяется порядком и условиями ее проведения. Изучение последовательности и систематичности выполнения лечебно-оздоровительных мероприятий свидетельствует о наличии серьезных недостатков в организации этого процесса. Так, регулярность его проведения способна обеспечить лишь незначительная часть (8,7%) семей, воспитывающих детей-инвалидов. Практически все семьи (91,3%) участвуют в реабилитационных программах нерегулярно, от случая к случаю. Величина показателя снижается с возрастом ребенка с 93,3% в 0—9 лет до 86,5% в 15—17 лет.

Как оказалось, в этом случае утрачивают свое протективное (защитное) значение все позитивные социально-экономические и социально-психологические характеристики семьи, воспитывающей ребенка-инвалида. Исключение составляет лишь высшее образование матери (84% против 92,8%), ее конструктивное отношение к социуму (85,9% против 94%) и удовлетворенность качеством медицинской помощи (88,4% против 95,5%). Одной из причин такого положения дела, по-видимому, служит пессимистическое отношение родителей к реальным возможностям социализации ребенка, его эффективного включения в жизнь социума. Существенно ограничивают реабилитационные возможности семей крайне низкий уровень их среднедушевого дохода и обеспеченности жилой площадью. Подавляющее большинство таких семей имеют доходы ниже прожиточного минимума (78,1%) и вынуждены жить в условиях, не соответствующих санитарно-гигиеническим нормам, — жилая площадь менее 12 м² на одного человека (80,8%).

Серьезные трудности для семей представляет использование разнообразных развивающих методик. Навыками их применения владеет лишь каждая седьмая (14,8%) семья. Частота использования корригирующих методик снижается с увеличением возраста ребенка. Наибольшие усилия по развитию ребенка родители прилагают в первые 9 лет его жизни (22,6%). По мере взросления ребенка (10—17 лет) активность семьи значительно снижается (9,8%). На величину показателя статистически достоверное влияние оказывают социальный статус

(16,6% против 7,6%), высшее образование матери (34,9% против 10,6%) и уровень среднедушевого дохода выше прожиточного минимума (22,6% против 12,6%).

Очевидным является факт положительного влияния рациональной организации досуговой деятельности семьи на развитие ребенка с ограниченными возможностями. Однако лишь каждая третья (31,6%) семья уделяет этому особенно пристальное внимание: ребенок посещает различного рода развивающие занятия — секции, факультативы, кружки. С увеличением возраста ребенка участие родителей в организации его досуга существенно снижается — с 45,2% в 0—9 лет до 22,8% в 10—17 лет. Из всей совокупности исследуемых факторов на величину показателя статистически достоверно влияют высшее образование матери (60,4% против 25,55%) и неудовлетворенность родителей качеством оказываемой ребенку медицинской помощи (35,5% против 28,9%).

Существенно дополняет представления о медицинской активности семей, воспитывающих детей-инвалидов, показатель обращаемости за социальной помощью. В органы и учреждения социальной защиты населения по различным поводам обращается более половины таких семей (61%). Они также достоверно чаще одновременно обращаются и за медицинской помощью (66% против 56,5%).

Наибольшую заботу и внимание, стремление максимально полно использовать возможности, предоставляемые социальными учреждениями, родители проявляют на протяжении всего периода детства своего ребенка (65,3%). При вступлении ребенка в подростковый возраст активность родителей заметно снижается (46,8%). Как и следовало ожидать, на величину показателя статистически достоверно влияют социальный статус (64,4% против 47%) и участие в воспитании ребенка всех членов семьи (62,5% против 49,3%).

Таким образом, результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о довольно высокой степени медицинской активности семей, воспитывающих детей-инвалидов. Их отличают глубокое осознание своей личной ответственности за здоровье ребенка (71,2%) и высокий уровень приверженности рекомендациям врача (72%). Они в основном своевременно обращаются за медицинской помощью в учреждения здравоохранения (62,3%) и владеют необходимыми знаниями об особенностях течения и прогнозе инвалидизирующего заболевания (61%). Как правило, такие семьи прилагают личные усилия по рациональной организации режима жизнедеятельности ребенка-инвалида (73,7%) и обеспечению комплексного характера процесса его реабилитации (67,8%). Серьезные трудности для них представляют правильная организация досуговой деятельности семьи (31,6%), использование развивающих методик (14,8%) и соблюдение регулярности при выполнении лечебно-оздоровительных мероприятий (8,7%).

Особенности здоровьесберегающего поведения данной категории семей определяются влиянием множества факторов социально-гигиенического, психолого-педагогического, медико-организационного и социально-экономического характера. Их учет необходим для определения групп повышенного медико-социального риска, выявления их нуждаемости в различных видах медико-социальной

помощи и при планировании ее объемов в соответствии с выявленными потребностями. Практическая реализация этих мер позволяет надеяться на достижение высоких конечных результатов по выполнению индивидуальных программ комплексной медико-социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грачев Л. К. // Педиатрия. — 1995. — № 4. — С. 114—116.
2. Зелинская Д. И., Балева Л. С. Детская инвалидность. — М., 2001.

3. Камаев И. А., Позднякова М. А. Детская инвалидность. — Н. Новгород, 1999.
4. Камаев И. А., Позднякова М. А. Ребенок-инвалид: организация медико-социального обеспечения. — Н. Новгород, 2004.
5. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. // Педиатрия. — 1990. — № 7. — С. 61—69.
6. Сырникова А. Б. // Медико-соц. эксперт. и реабил. — 2003. — № 4. — С. 42—44.
7. Чичерин Л. П., Линденратен А. Л., Лешкевич И. А. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2001. — № 5. — С. 46—51.

Поступила 01.03.08

Реформы здравоохранения

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2010

УДК 614.2:616-082(470+571)

В. И. Стародубов¹, В. О. Флек², И. М. Сон¹, С. А. Леонов¹, Э. Н. Матвеев¹, М. Н. Бантьева¹

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ПОСТРОЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ РЕГИОНАЛЬНЫХ МОДЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

¹ФГУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава;

²Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Москва

Анализируются особенности медико-демографических показателей, показателей заболеваемости, ресурсных показателей здравоохранения и объемы медицинской помощи населению по федеральным округам. На их основе приводятся расчетные скорректированные по основным факторам нормативы основных объемных показателей территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи по федеральным округам.

Ключевые слова: Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, федеральные округа, расчетные нормативы, объемы амбулаторной помощи, объемы стационарной помощи, врачебная специальность, профили больничной койки

THE METHODOLOGICAL PREREQUISITES OF ELABORATION OF ADVANCED REGIONAL PATTERNS OF MEDICAL CARE PROVISION TO POPULATION

Starodubov V.I., Flek V.O., Son I.M., Leonov S.A., Matveyev E.N., Bantjeva M.N.

The article deals with the characteristics of medical demographic indicators, morbidity indicators, public health resources indices and medical care volumes in Federal okrugs. The analysis provided a basis to develop the designed and adjusted standards of main volumetric indicators for territorial programs of public guarantees of free-of-charge medical care to population of the Russian Federation according the Federal okrugs.

Key words: public guarantee of free-of-charge medical care, federal okrug, design standard, outpatient care volume, inpatient care volume, medical specialty, inpatient bed profile.

Нормативная база Программы государственных гарантий (ПГГ) оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи играет важную регулирующую роль в отрасли. Ее следует рассматривать в качестве действенного инструмента модернизации существующей системы здравоохранения в стране, что имеет существенное значение для регионов при разработке территориальных программ.

С учетом дифференциации нормативных пока-

зателей по интенсивности лечебно-диагностического процесса и уровням (этапам, порядку) оказания медицинской помощи прогрессивные нормативы становятся мощным средством повышения эффективности использования имеющихся в регионах ресурсов, позволяют за счет развития ресурсосберегающих технологий сократить дефицит финансовых ресурсов.

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 г., утвержденная постановлением Правительства РФ от 02.10.09 № 811 является документом, позволяющим обеспечить сбалансированность обязательств государства по предоставлению населению гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет всех государственных источников финансирования, имеющихся в регионе.

В. И. Стародубов — д-р мед. наук, проф., акад. РАМН, дир. (starodubov@mednet.ru); В. О. Флек — д-р мед. наук, проф., зам. дир. Департамента (FlekVO@rosminzdrav.ru); И. М. Сон — д-р мед. наук, проф., зам. дир. (son@mednet.ru); С. А. Леонов — д-р мед. наук, проф., зав. отд-нием (leonov@mednet.ru); Э. Н. Матвеев — канд. мед. наук, вед. науч. сотр. (ehduar-matvee@yandex.ru); М. Н. Бантьева — науч. сотр. (mail@mednet.ru).

Объемные показатели территориальных ППГ (ТППГ) становятся основой для расчета необходимых финансовых, материальных и кадровых ресурсов.

Проведенное сопоставление фактических объемов помощи, оказываемой в федеральных округах (ФО), с таковым в РФ выявило существенные отклонения от среднего показателя по РФ по широкому кругу классов, групп болезней и нозологических форм.

Анализ факторов, влияющих на потребность населения в медицинской помощи по ФО, показывает, что в Центральном ФО (ЦФО) регистрируются самые низкие в РФ показатели рождаемости (10,3 на 1000 населения). Ее уровень ниже среднероссийского показателя на 14,9%. Самой низкой является и доля детей в общей численности населения (10,3%). Она ниже средних ее размеров по РФ на 2,6%.

Регистрируемые показатели общей заболеваемости населения ниже средних по РФ на 5,1%. Ниже среднероссийского уровня и показатели по большинству классов заболеваний. Обращают на себя внимание более высокие по сравнению со средними по РФ показатели заболеваемости болезнями системы кровообращения (6,8%) и болезнями органов дыхания (3,5%).

Ниже средних показателей по РФ и заболеваемость по большинству социально значимых болезней. В округе более высокая, чем по РФ в целом, частота контингентов больных, страдающих хроническим алкоголизмом (на 6,2%). Вместе с тем регистрируемые в ЦФО показатели заболеваемости хроническим алкоголизмом ниже аналогичных показателей в Приволжском (на 3,9%) и Дальневосточном (на 25,1%) ФО.

Ниже средних по РФ и показатели объема медицинской помощи, оказанной населению в учреждениях здравоохранения ЦФО. Так, уровень госпитализации в ЦФО ниже среднероссийского показателя на 4% и является одним из самых низких среди ФО. Мало отличаются от средних по РФ показатели чисел койко-дней в стационарах круглосуточного пребывания (выше на 0,7%) и пациенто-дней в дневных стационарах (ниже на 11,5%). Ниже в ЦФО и число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь (5,6%). Следует отметить, что величина этого показателя является одной из самых низких в РФ.

Особенно следует отметить, что по числу амбулаторных посещений ЦФО является абсолютным лидером среди ФО. В среднем на 1 жителя приходится в год 10,4 амбулаторного посещения, что выше среднего их числа по РФ на 10,6%.

Анализ факторов, влияющих на потребность населения в медицинской помощи в Северо-Западном ФО, выявляет следующие данные: доля детей в составе населения, так же как и рождаемость, ниже средних показателей по РФ соответственно на 10,2 и 11,6%, эти показатели являются одними из самых низких среди ФО.

Заболеваемость социально значимыми болезнями по преобладающему количеству нозологий ниже таковой в других ФО и в РФ в среднем: число больных туберкулезом — на 31,9%, хроническим алкоголизмом — на 7,9%, наркоманией — на 28,2%. Несколько выше общероссийского уровня и число абортных (на 1,9%).

Общая заболеваемость населения Северо-Западного ФО значительно выше (на 10,5%) среднероссийского показателя (1725 и 1561 на 1000 населения соответственно) — это один из самых высоких показателей среди всех ФО.

Уровень заболеваемости в данном округе выше такового в среднем по РФ за счет таких классов болезней, как симптомы, признаки и отклонения от нормы (на 35,3%), болезни системы кровообращения (на 21,9%), врожденные аномалии (на 21,7%), болезни костно-мышечной системы (на 21,4%) и инфекционные и паразитарные болезни (на 15,1%).

При этом уровень заболеваемости болезнями крови и кроветворных органов на 23% ниже общероссийского уровня.

Показатели объемов медицинской помощи населению ниже средних по РФ. Так, число врачебных посещений меньше на 8,5%, уровень госпитализации — на 4,5%, число койко-дней в стационарах круглосуточного пребывания — на 6,3%. Однако число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь, выше среднего показателя по РФ на 5,3%. Число пациенто-дней в дневных стационарах приближается к таковому по РФ в целом.

В Южном ФО в 2008 г. демографические показатели были лучшими среди всех округов по таким позициям, как доля детей в составе населения и рождаемость. Уровни их выше общероссийских на 17,7 и 14,9% соответственно.

Заболеваемость социально значимыми болезнями ниже общероссийских показателей по следующим нозологиям: сифилис — на 41,7% (самый низкий уровень в РФ), гонорея — на 37,5%, хронический алкоголизм — на 19,9%. Однако в этом округе зарегистрирована высокая заболеваемость туберкулезом (на 16,2% выше, чем по РФ в целом).

Общая заболеваемость населения Южного ФО в 2008 г. (1290 на 1000 населения) на 17,4% ниже таковой по РФ в среднем (1561 на 1000 населения) и является самой низкой среди всех ФО.

В округе по сравнению с РФ в 2008 г. регистрировались более низкие уровни заболеваемости болезнями следующих классов: костно-мышечной системы (на 33,2%), системы кровообращения (на 28,5%), глаза и его придаточного аппарата (на 23,4%), симптомов, признаков и отклонений от нормы (на 22,7%) и врожденных аномалий (на 20,3%); на треть (30,9%) меньше частота несчастных случаев, отравлений и травм.

Вместе с тем в Южном ФО отмечается беспрецедентно высокий уровень заболеваемости болезнями крови и кроветворных органов (21,2 на 1000 населения), который выше среднероссийского (12,6 на 1000 населения) на 68,3%.

Показатели объемов помощи населению Южного ФО в 2008 г. были самыми низкими по сравнению с другими ФО. Ниже они и среднероссийских показателей по числу врачебных посещений (на 10,6%), числу койко-дней (на 9,4%) и уровню госпитализации (на 3,1%). Число пациенто-дней в дневных стационарах в округе самое низкое среди всех ФО и на 23,6% ниже среднероссийского уровня. Число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь, в Южном ФО несколько выше, чем в среднем по РФ (на 4,2%).

Доля детей в составе населения Приволжского ФО (18,7%) примерно равна общероссийскому по-

казателю (18,6%), а уровень рождаемости немного ниже среднего по РФ в целом (на 2,5%).

Уровень заболеваемости туберкулезом ниже среднего по РФ на 11%, наркоманией — на 7,9%. Вместе с тем здесь выше общероссийского уровень заболеваемости хроническим алкоголизмом (на 10,4%) и гонореей (на 12,5%). Несколько выше среднего уровня по РФ в округе и число абортных на 1000 женщин фертильного возраста (на 5,3%).

Общая заболеваемость населения в Приволжском ФО составляет 1763 на 1000 населения. Ее размеры превышают средние по РФ (1561 на 1000 населения) на 12,9% и являются самыми высокими среди всех ФО.

Высокий уровень общей заболеваемости связан с ростом числа заболеваний по всем без исключения классам болезней. Наибольший по сравнению с общероссийскими данными рост отмечается по следующим классам болезней: симптомы, признаки и отклонения от нормы (на 54,7%), болезни крови и кроветворных органов (на 29,4%), врожденные аномалии (на 27,5%), болезни нервной системы (на 27,3%), болезни уха и сосцевидного отростка (на 20,1%), а также болезни мочеполовой системы и болезни кожи и подкожной клетчатки (соответственно на 16,6 и 15,2%). Следует отметить, что регистрируемые в округе уровни заболеваемости по большинству классов являются самыми высокими по сравнению с таковыми в других ФО.

Показатели объемов помощи в Приволжском ФО превышают средние по РФ: по частоте госпитализации на 4,5%, по числу врачебных посещений на 3,2%, по числу койко-дней на 2,7%. Число пациенто-дней на 15,1% выше среднего уровня по РФ. Число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь, несколько ниже российского значения (на 3,6%).

В Уральском ФО доля детей в составе населения выше, чем в РФ в целом, на 4,8%, а рождаемость — на 9,1%.

Заболеваемость такими социально значимыми болезнями, как туберкулез, наркомания и гонорея, в Уральском ФО в 2008 г. была выше среднероссийского уровня соответственно на 20,4, 28,6 и 14,3%. Отмечается более низкая, чем в среднем по РФ, заболеваемость хроническим алкоголизмом (на 7%) и сифилисом (на 1,7%).

Число абортных в округе было выше на 27,8%, чем в среднем по РФ. Более высокий уровень абортных отмечался лишь в Дальневосточном ФО.

Уровень общей заболеваемости в Уральском ФО в 2008 г. составлял 1479 случаев на 1000 населения, что ниже среднего по РФ на 5,3% (1561 на 1000 населения). Беспрецедентно высокими были уровни заболеваемости во время беременности, родов и послеродового периода, а также инфекционными и паразитарными болезнями, которые превышали среднероссийские показатели на 35,1 и 30,3% соответственно.

Уровень заболеваемости в Уральском ФО ниже общероссийского зарегистрирован по следующим классам болезней: болезни системы кровообращения (на 28,2%), симптомы, признаки и отклонения от нормы (на 24,7%), врожденные аномалии (на 17,4%), болезни мочеполовой системы и болезни органов пищеварения (на 12,1 и 14,9% соответственно).

В округе уровень госпитализации был на 0,4%

ниже общероссийского, а число врачебных посещений, число койко-дней и число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь, были ниже средних по России на 3,2, 2 и 5,8% соответственно. Число пациенто-дней, проведенных больными в дневных стационарах, выше среднего по РФ на 15,9%.

В Сибирском ФО доля детей в составе населения составляет 20,1%, что на 4,8% выше, чем по РФ в целом. Рождаемость в данном ФО в 2008 г. составляла 13,7 на 1000 населения, что на 13,2% выше общероссийского показателя. Оба демографических показателя в 2008 г. были одними из самых высоких среди таковых во всех ФО.

В Сибирском ФО в 2008 г. отмечалась самая высокая заболеваемость социально значимыми болезнями: туберкулезом на 52,9%, наркоманией на 61,4%, сифилисом на 68,3%, гонореей на 73,2% выше, чем в среднем по РФ. Число абортных на 1000 женщин фертильного возраста на 23,4% было выше общероссийского показателя.

Общая заболеваемость составляла 1643 случая на 1000 населения, что сопоставимо со средним значением по РФ (1561 случай). Отмечался более высокий, чем в РФ, уровень заболеваемости по следующим классам болезней: органов пищеварения (на 17,2%), патологии беременности, родов и послеродового периода (на 14,2%), эндокринной системы и нарушений обмена веществ (14,2%), психическим расстройствам и расстройствам поведения (на 13,3%), а также костно-мышечной системы (на 10,5%).

Показатели объемов помощи населению в Сибирском ФО были самые высокие среди ФО по уровню госпитализации — 238 на 1000 населения (на 6,3% выше среднероссийского показателя) и числу койко-дней — 3115 на 1000 населения (на 8,2% выше среднего по РФ). Число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь, — 375 на 1000 населения (на 4,2% больше общероссийского показателя). Число врачебных посещений в округе ниже на 4,3%, чем по РФ в целом, а число пациенто-дней, проведенных больными в дневных стационарах, на 11,5% выше такового по РФ в целом.

Доля детей в составе населения в Дальневосточном ФО равна 20,4%, что выше общероссийского значения на 9,7%. Размеры рождаемости в округе выше средних по РФ только на 4,1% (12,6 на 1000 населения).

В 2008 г. в Дальневосточном ФО зарегистрированы высокие показатели заболеваемости социально значимыми болезнями. Так, заболеваемость гонореей выше среднероссийского показателя в 2 раза, сифилисом — на 63,3%, туберкулезом — наполовину (51,8%), хроническим алкоголизмом — на треть (32,8%), наркоманией — на 17,8%.

Число абортных в округе составило 42,8 на 1000 женщин фертильного возраста, что более чем на треть (33,8%) выше, чем по РФ в целом. Это самый высокий показатель среди всех ФО.

Общая заболеваемость населения в Дальневосточном ФО в 2008 г. составляла 1465 на 1000 населения, что на 6,1% меньше, чем в среднем по РФ. Выше, чем по РФ в целом, в округе заболеваемость по следующим классам болезней: некоторым инфекционным и паразитарным болезням (на 25,1%), врожденным аномалиям (на 14,5%), патологиям беременности, родов и послеродового периода (на

10,6%).

В Дальневосточном ФО один из наиболее высоких среди ФО уровень заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения — на 11,4% выше, чем в среднем по России.

Более низкие уровни заболеваемости по сравнению с РФ в целом в ФО отмечались по следующим классам болезней: системы кровообращения (на 23,5%), крови и кроветворных органов (на 22,2%), костно-мышечной системы (на 20,8%), новообразований (на 20,5%) и нервной системы (на 14,9%).

Объемы медицинской помощи населению выше среднероссийских по уровню госпитализации на 1,8%, по числу лиц, которым оказана скорая медицинская помощь, на 17,5%, числу койко-дней на 8% и ниже общероссийских по числу врачебных посещений (на 3,2%). Число пациенто-дней, которые больные провели в дневных стационарах, были выше такового по РФ на 10,3%.

Ниже приводятся расчетные скорректированные по основным факторам нормативы основных объемных показателей ТПГГ оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи по ФО (табл. 1, 2).

Так как разрабатываемые нормативы по существу представляют собой "минимальные социальные нормативы", то планируемые показатели в ФО

должны быть не ниже федеральных показателей. Более высокая заболеваемость, особенности возрастного состава предполагают введение в ТПГГ при необходимости дополнительных объемов медицинской помощи, превышающих федеральный уровень.

Повышение эффективности ПГГ оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи планируется проводить в 2 этапа. На I этапе — посредством адаптации федеральных нормативов к федеральным округам, на II этапе — на региональном уровне, непосредственно для субъектов РФ.

Надеемся, что дифференцированные нормативы по ФО послужат толчком для формирования многоуровневой региональной модели сети учреждений здравоохранения, которая позволит обеспечить достижение структурной эффективности отрасли. Построение такой модели может позволить рационально организовать с учетом особенностей расселения сеть межрайонных отделений — важнейшего условия приближения к месту жительства населения специализированной медицинской помощи.

Таким образом, выраженные различия уровней заболеваемости населения, возрастного состава населения субъектов РФ ставят вопрос о необходимости адаптации федеральных нормативов к регионам с учетом региональных особенностей террито-

Таблица 1

Проект расчетных объемов амбулаторной помощи по ФО РФ (число посещений на 1000 населения)

Врачебная специальность	Федеральный норматив	ФО						
		Центральный	Северо-Западный	Южный	Приволжский	Уральский	Сибирский	Дальневосточный
Кардиология	127	138	157	127	146	128	135	128
Ревматология	29	32	37	29	34	30	31	29
Гастроэнтерология	28	29	33	28	31	28	30	28
Пульмонология	16	17	19	16	18	16	17	16
Эндокринология	182	201	228	182	211	185	195	184
Нефрология	11	11	12	11	12	11	11	11
Гематология	13	14	16	13	14	13	13	13
Аллергология	27	26	30	27	29	26	28	26
Педиатрия (общая)	1324	1025	1220	1307	1274	1169	1278	1218
Терапия (общая)	2348	2675	3028	2355	2774	2412	2541	2392
Терапевтический профиль	4106	4166	4780	4096	4544	4016	4280	4044
Инфекционисты	75	81	92	75	86	75	79	75
Травматология	250	261	299	250	281	247	263	248
Урология	100	113	128	101	118	103	108	102
Нейрохирургия	11	13	15	11	13	12	12	12
Челюстно-лицевая хирургия	2	3	3	2	3	2	3	2
Проктология	19	21	24	19	22	19	20	19
Сердечно-сосудистая хирургия	6	7	7	6	7	6	6	6
Хирургия (общая)	506	548	624	507	581	509	539	508
Хирургический профиль	895	966	1100	896	1025	898	951	897
Онкология	106	120	136	106	125	109	115	108
Акушерство-гинекология	664	747	847	666	779	678	716	674
Отоларингология	504	523	598	503	564	497	529	499
Офтальмология	454	485	553	454	517	454	481	454
Неврология	456	487	555	456	519	456	483	456
Психиатрия	290	314	357	290	333	291	309	291
Наркология	138	152	173	138	160	140	148	139
Фтизиатрия	185	194	222	185	209	184	195	184
Дерматология	429	461	526	429	490	430	455	429
Другие профили	3120	3363	3831	3121	3571	3130	3315	3126
Врачебный профиль без стоматологии — все го ...	8302	8696	8147	8294	8203	8227	8245	8251
Стоматология	1199	1268	1448	1198	1358	1193	1266	1195
Всего...	9500	9964	9595	9492	9561	9420	9511	9446

Проект расчетных объемов стационарной помощи ПТГ по ФО РФ (число койко-дней на 1000 населения)

Профиль больничной койки	Федеральный норматив	ФО						
		Центральный	Северо-Западный	Южный	Приволжский	Уральский	Сибирский	Дальневосточный
Кардиологические	130	145	165	130	152	132	140	131
Ревматологические	17	20	22	17	20	18	19	18
Гастроэнтерологические	39	42	48	39	45	39	42	39
Пульмонологические	42	46	52	42	49	43	45	42
Эндокринологические	30	33	38	30	35	31	32	30
Нефрологические	20	20	23	20	22	20	21	20
Гематологические	16	17	19	16	18	16	17	16
Аллергологические	7	6	7	7	7	6	7	6
Педиатрические	122	94	112	120	117	107	117	112
Терапевтические	306	349	395	307	362	315	332	312
Терапевтический профиль — всего...	730	772	882	729	827	726	771	727
Инфекционные	136	129	149	135	145	130	139	132
Патология новорожденных	22	17	20	22	21	20	21	20
Травматологические	112	123	140	112	130	113	120	113
Ортопедические	23	23	26	23	25	22	24	22
Урологические	49	53	61	49	56	49	52	49
Нейрохирургические	36	40	45	36	42	37	39	36
Ожоговые	7	7	8	7	8	7	8	7
Челюстно-лицевой хирургии	14	15	17	14	16	14	15	14
Торакальной хирургии	12	13	15	12	14	12	13	12
Проктологические	10	11	13	10	12	10	11	10
Кардиохирургические	10	11	12	10	11	10	11	10
Сосудистой хирургии	16	18	20	16	19	16	17	16
Хирургические (общие)	248	274	311	248	288	251	266	250
Хирургический профиль — всего...	536	588	669	537	620	542	573	540
Онкологические	90	102	115	90	106	92	97	92
Для беременных и рожениц	84	95	107	84	98	86	90	85
Патологии беременности	83	94	107	83	98	85	90	84
Гинекологические	157	177	201	157	184	160	169	159
Для производства аборт	5	6	6	5	6	5	5	5
Отоларингологические	47	49	56	47	52	46	49	46
Офтальмологические	58	64	72	58	67	59	62	59
Неврологические	157	173	197	157	182	159	168	158
Психиатрические	387	433	491	388	452	394	416	392
Наркологические	64	72	82	64	75	65	69	65
Фтизиатрические	186	206	234	187	217	189	200	188
Дерматологические	38	41	47	38	44	38	41	38
Другие профили — всего...	1266	1409	1600	1268	1476	1287	1359	1280
Всего...	2780	3001	3562	2046	3746	3187	3386	3195
Сестринского ухода	172	194	220	172	202	176	185	175
Итого...	2952	3196	3782	2218	3949	3363	3572	3370
Дневные стационары:								
Больниц	188	192	191	188	190	189	189	189
АПУ	348	346	346	348	347	347	347	347
Стационары на дому	54	55	55	54	55	55	55	55
Всего...	590	593	593	590	592	591	591	591

рий, возраста и заболеваемости населения.

Дифференцированные нормативы по ФО будут способствовать разработке сбалансированных ТППГ оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и формирования на этой базе рациональных многоуровневых региональных моделей сети учреждений здравоохранения.

Следует обратить внимание на повышение дос-

тупности и качества первичной медицинской помощи в регионах Сибири и Дальнего Востока, в том числе за счет развития общей врачебной практики и сохранения фельдшерской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Н. А. // Здравоохранение Российской Федерации. — 2004. — № 5. — С. 18–21.

2. Вишняков Н. И., Букин В. Е., Емельянов О. В., Прокофьева А. А. // Пробл. управл. здравоохран. — 2006. — № 1. — С. 49—57.
3. Гайдаров Г. М., Кицул И. С., Алексеевская Т. И., Кулеш Д. В. // Менеджер здравоохран. — 2004. — № 4. — С. 11—13.
4. Дементьев А. И. Научное обоснование эффективности использования коечного фонда центральных районных больниц: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — 2002.
5. Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федерального фонда ОМС о формировании и реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2009 году. № 10407 — ТГ от 31 дек. 2008 года. — М., 2008.
6. Кучеренко В. З. // Пробл. управл. здравоохран. — 2005. — № 4. — С. 22—27.
7. Кучеренко В. З., Татарников М. А., Шамишурина М. Г. // Экономика здравоохран. — 2005. — № 8. — С. — С.
8. Леонов С. А., Матвеев Э. Н. // Здравоохран. Рос. Федерации. — 2009. — № 3. — С. 14—16.
9. Методика определения нормативной потребности субъектов Российской Федерации в объектах социальной инфра-

- структуры, одобренная распоряжением Правительства Российской Федерации от 19 окт. 1999 года № 1683-р.
10. Методика определения нормативной потребности субъектов Российской Федерации в объектах здравоохранения, одобренная распоряжением Правительства Российской Федерации от 19 окт. 1999 года № 1683-р.
11. Методические рекомендации "Медико-организационные основы реструктуризации стационарной и внебольничной помощи на основе прогрессивных моделей развития на уровне региона" (Минздрав России, 1999). — М., 1999.
12. Повышение структурной эффективности системы здравоохранения РФ на 2004—2010 гг. // Менеджер здравоохран. — 2004. — № 7. — С. 72—79.
13. Стародубов В. И., Калининская А. А., Шляфер С. И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития. — М., 2007.
14. Стародубов В. И., Флек В. О., Сон И. М. и др. // Менеджер здравоохран. — 2010. — № 1. — С. 9—19.
15. Флек В. О. Финансирование здравоохранения: проблемы и перспективы. — М., 2005.
16. Шипова В. М. Основы нормирования труда в здравоохранении: Учеб. пособие. — М., 1998.

Поступила 16.02.10

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2010

УДК 614.2:616-053.6-082

А. А. Баранов, А. Г. Ильин, Е. В. Антонова

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

На основании детального анализа уровня и структуры заболеваемости детей подросткового возраста, структуры причин ограничения годности юношей к военной службе, а также частоты гинекологических расстройств, структуры экстрагенитальной патологии, снижающей возможность реализации репродуктивной функции девушек, обоснованы и разработаны основные меры по совершенствованию диагностической и лечебно-оздоровительной помощи детям подросткового возраста. Представлены механизмы расчета дополнительных объемов медицинской помощи и размеров их финансового обеспечения.

Ключевые слова: подростки, заболеваемость, медицинский осмотр, восстановительное лечение, отраслевая целевая программа

THE MEDICAL SUPPORT OF ADOLESCENTS

Baranov A.A., Ilyin A.G., Antonova E.V.

The detailed analysis of the level and structure of adolescents' morbidity, the structure of causes of restrictions of youth fitness to military service is presented. The article also includes the data on the rate of gynecological disorders, the structure of extra gynecological pathology impacting the possibilities to implement the reproductive function on girls. The major measures to enhance the diagnostic and curative and health-improving care of adolescents are substantiated and developed. The techniques of calculating the additional volumes of medical care and the limits of their financing are presented.

Key words: adolescent, morbidity, medical examination, rehabilitation treatment, sectorial target program

Состояние здоровья детей подросткового возраста определяет репродуктивный, трудовой и военный потенциал общества и государства. В России динамика показателей, характеризующих здоровье детского населения, сохраняет негативные тенденции [7, 10]. Официальные статистические данные за последние 5 лет свидетельствуют о том, что общая заболеваемость детей старшего подросткового возраста (15—17 лет) увеличилась на 25%, а первичная — на 24%. У детей 10—17 лет наблюдается рост хронической патологии, доля которой в структуре всех нарушений здоровья достигает 30—32% [3, 4, 9]. Частота гинекологических и андрологических болезней среди детей всех возрастов уве-

личилась в 1,5 раза. Распространенность воспалительных заболеваний женских половых органов составляет 1360 на 100 000 девушек 15—17 лет [4, 10]. По результатам научных исследований выявляется высокая частота расстройств менструации [11]. По результатам выборочных исследований [2, 10] и по данным военно-врачебной экспертизы болезни мужских половых органов ежегодно обнаруживаются более чем у 4000 юношей 17—18 лет [1]. Не снижается распространенность отдельных инфекций, передаваемых половым путем, — хламидиоза, герпетических урогенитальных инфекций и др. Острые урогенитальные инфекции, перенесенные в подростковом возрасте, напрямую влияют на формирование женского и мужского бесплодия.

Ухудшается физическое развитие детей. Так, имеют дефицит массы тела 20,2% юношей и 23% девушек. Уменьшилась доля детей, имеющих гармоничное физическое развитие. Снижаются силовые возможности детей старшего подросткового

А. А. Баранов — акад. РАМН, д-р мед. наук, проф., дир. (baranov@nczd.ru); А. Г. Ильин — д-р мед. наук, зам. дир. НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения НЦЗД РАМН (iln@nczd.ru); Е. В. Антонова — канд. мед. наук, зав. отд. (antonova@nczd.ru).

возраста [8, 12].

Значительный рост заболеваемости и ухудшение физического развития подростков стали причиной возникновения и развития значительных негативных медико-социальных последствий. Около 30% детей старшего подросткового возраста вследствие выраженных нарушений здоровья имеют ограничения в выборе профессии и нуждаются в индивидуальном подборе места работы [1, 5].

Ухудшается репродуктивное здоровье молодежи. Порядка 3 млн супружеских пар в России являются бесплодными. По данным научных исследований, до 47% супружеского бесплодия — результат андрологической или эндокринной патологии у мужчин [2]. Ежегодно среди женщин на 2—3% увеличивается частота самопроизвольных аборт и аборт по медицинским показаниям, т. е. по состоянию здоровья эти женщины не могут выносить беременность и/или родить здорового ребенка [2, 10]. По данным Центральной военно-врачебной комиссии (ЦВВК) Министерства обороны России, в 2007 г. ограниченно годными, не годными, а также временно не годными к военной службе признаны 29,7% освидетельствованных призывников.

Низкий уровень социально значимых показателей (годность к военной службе, уровень репродуктивного здоровья и др.) во многом зависит от медико-организационных факторов и в первую очередь — от позднего выявления заболеваний. Так, при первоначальной постановке на воинский учет различные заболевания выявляются впервые у 27% юношей, при призыве — у 13,1% [1].

В настоящее время проблема сохранения репродуктивного, военного и трудового потенциала страны усугубляется демографической ситуацией. Численность детей в возрасте от рождения до 17 лет включительно сократилась с 34,5 млн (1999 г.) до 28,5 млн (2007 г.), причем в наибольшей степени (на 6,7 млн) — подростков 10—17 лет.

Изложенные проблемы определяют необходимость разработки и реализации в системе здравоохранения комплекса мер по сохранению и укреплению соматического, репродуктивного и психического здоровья детей подросткового возраста, повышению эффективности работы по подготовке юношей к военной службе [6].

Тесная взаимосвязь этих задач определяет необходимость их объединения в структуре единой отраслевой целевой программы "Сохранение и укреп-

ление здоровья детей подросткового возраста", носящей сугубо практический характер.

Изучены отчетные материалы ЦВВК МО России за 2005—2007 гг. по медицинскому освидетельствованию юношей при первоначальной постановке на воинский учет и при призыве на военную службу по категориям годности: "годен" (А), "годен с незначительными ограничениями" (Б), "ограниченно годен" (В), "временно не годен" (Г), "не годен" (Д) и по статьям "Расписания болезней".

С данными ЦВВК сопоставили результаты комплексных медицинских осмотров 687 детей в возрасте 15 лет (326 мальчиков и 361 девочка), проведенных специалистами Научного центра здоровья детей РАМН в 2005—2007 гг.: педиатром, эндокринологом, хирургом, ортопедом, офтальмологом, оториноларингологом, неврологом, урологом-андрологом, стоматологом, в некоторых случаях — аллергологом-иммунологом, кардиологом, гастроэнтерологом. Изучали данные электрокардиографии, функции внешнего дыхания, флюорографии, анализов крови, мочи, кала, УЗИ щитовидной железы, сердца, гепатопанкреобилиарной системы, определяли рефракцию. Оценивали физическое, в том числе половое, развитие детей. По расширенным показаниям амбулаторно проводили электроэнцефалографию и биохимический анализ крови. Учитывали только верифицированные диагнозы.

Проанализированы сведения, содержащиеся в медицинской карте ребенка для образовательных учреждений (ф. №026/у-2000). Данные карт сопоставлены с результатами медицинского осмотра.

Определение видов и объемов обследования, методов оздоровления и восстановительного лечения, несомненно, должно базироваться на данных о состоянии здоровья, на их сопоставлении с конечным результатом — ограничением годности к военной службе и возможности реализации репродуктивной функции.

Согласно данным ЦВВК МО России, с 2005 по 2007 г. уровень годности юношей к военной службе практически не изменился и составил при первоначальной постановке на воинский учет 66,4 и 66,9%, при призыве — 70,1 и 70,3% соответственно.

Основные классы болезней, послуживших причиной ограничения годности к военной службе, представлены в табл. 1.

Среди всех причин, ограничивающих годность к военной службе и выявляемых при первоначаль-

Таблица 1

Структура причин ограничения годности при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу в 2007 г.

Ограничение годности к военной службе по статьям В, Г и Д (не призваны)	Число юношей	Основные причины ограничения годности (классы болезней)	Число юношей с данной патологией	Доля лиц с данной патологией среди всех соответствующей категории, %
При первоначальной постановке на воинский учет	319 700	Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена; психические расстройства; болезни костно-мышечной системы; болезни нервной системы; болезни системы кровообращения; болезни органов дыхания; болезни кожи и подкожной клетчатки	251 810	78,8*
При призыве на военную службу	607 924	Болезни костно-мышечной системы; психические расстройства; болезни органов пищеварения; болезни нервной системы; болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена; болезни системы кровообращения; болезни кожи и подкожной клетчатки; болезни глаза и его придаточного аппарата; болезни органов дыхания	513 732	84,5*

Примечание. * Суммарная доля данных классов болезней в структуре причин ограничения по данной категории.

ной постановке на воинский учет, 78,8% составляют болезни эндокринной системы, расстройства питания, психические расстройства, болезни костно-мышечной системы, нервной системы, системы кровообращения и др., причем 51,2% составляют первые три класса болезней.

По результатам освидетельствования при призыве на военную службу значимым является большее число классов болезней: болезни костно-мышечной системы, психические расстройства, болезни органов пищеварения, нервной системы, глаза и его придаточного аппарата, эндокринной системы, системы кровообращения (84,5% всех причин). При этом 53,8% составляют болезни первых четырех классов.

При детальном постатейном анализе установлено, что временная негодность к военной службе (категория Г) предотвратима практически в 100% случаев. Юноши, отнесенные к данной категории, имеют временные функциональные расстройства, чаще как последствия других заболеваний, в том числе острых. Своевременное выявление и лечение такого расстройства позволили бы отнести юношу к категории годности А или Б. Потери здоровья были предотвратимы в 30—70% случаев у юношей, отнесенных к категории В в зависимости от класса болезни и в 5—10% случаев при категории Д (по классам болезней нервной системы, глаза и его придаточного аппарата).

О дефектах медицинского обеспечения подготовки юношей к военной службе и в целом детей подросткового возраста говорит тот факт, что заболевания, препятствующие призыву на военную службу (болезни костно-мышечной системы, расстройства питания, болезни органов пищеварения, системы кровообращения, психические расстройства), впервые выявляются при первоначальной постановке на воинский учет (56,2%) и при призыве (52,1%). Это свидетельствует о несоответствии современным требованиям уровня организации и технологий проведения периодических профилактических осмотров детей, т. е. работы по раннему активному выявлению нарушений здоровья и развития.

Результаты обследования детей в возрасте 15 лет

(уровень и структура заболеваемости) представлены в табл. 2.

В структуре нарушений здоровья среди мальчиков наиболее значимое место занимают функциональные нарушения и хронические болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, нервной системы и психические расстройства, болезни системы кровообращения, глаза и его придаточного аппарата, органов пищеварения и др.

Сопоставление полученных данных с материалами ЦВВК МО России показывает идентичность структуры расстройств здоровья и развития, выявленных при медицинском осмотре юношей, структуре причин ограничения годности к военной службе.

Структура патологии, выявленной у девочек, несколько отличается от таковой у мальчиков: установлено разное ранговое распределение отдельных классов болезней. При оценке репродуктивного здоровья обращает на себя внимание достаточно высокая распространенность болезней мочеполовой системы: почти 150 девочек из каждой тысячи страдают данной патологией, причем в 84% случаев это воспалительные болезни женских половых органов и расстройства менструаций. Кроме того, частота расстройств менструаций и воспалительных заболеваний женских половых органов составляет 126%.

У девочек отмечена высокая распространенность так называемой экстрагенитальной патологии, которая значительно влияет на возможность реализации репродуктивной функции: болезней эндокринной системы, системы кровообращения, органов дыхания, костно-мышечной системы, глаза, почек.

Результаты медицинского осмотра сопоставлены с данными амбулаторно-поликлинических учетных документов. Установлено, что по данным осмотра распространенность функциональных нарушений и хронических болезней в 2,7 раза выше, чем по данным учетной документации. Среди выявленных экспертами заболеваний и состояний у юношей обнаружены впервые 32,4%, у девушек — 33,5%.

В целом наиболее значимыми в плане раннего

Таблица 2

Распространенность отдельных классов болезней среди детей в возрасте 15 лет (на 1000 лиц соответствующего возраста и пола, ‰) и структура выявленных болезней (в ‰)

Класс болезней	Мальчики		Девочки		Итого	
	‰	%	‰	%	‰	%
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	250,0	7,2	212,6	6,6	231,4	6,9
Нервно-психические расстройства	656,3	18,9	661,4	20,5	658,8	19,7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	359,4	10,4	393,7	12,2	376,5	11,3
Болезни уха и сосцевидного отростка	39,1	1,1	15,7	0,5	27,5	0,8
Болезни системы кровообращения	531,2	15,3	488,1	15,2	509,8	15,2
Болезни органов дыхания	289,1	8,3	165,4	5,1	227,7	6,8
Болезни органов пищеварения	250,0	7,2	354,4	11,0	302,0	9,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	171,9	5,0	102,4	3,2	137,3	4,1
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	843,8	24,3	637,8	19,8	741,2	22,2
Болезни мочеполовой системы	15,6	0,4	149,6	4,6	82,4	2,5
В том числе: воспалительные болезни женских половых органов	—	—	63,0	42,1	—	—
расстройств менструаций	—	—	63,0	42,1	—	—
Прочие	62,4	1,8	39,4	1,2	50,5	1,5
Всего...	3468,8	99,9	3220,5	99,9	3345,1	100,0

выявления и возможности проведения успешной коррекции являются болезни костно-мышечной, эндокринной и нервной систем, органов пищеварения, кровообращения, дыхания, болезни глаза и кожи, а также болезни мочеполовой системы, особенно гинекологическая патология у девочек.

Представленные данные свидетельствуют о том, что для раннего выявления и адекватной своевременной коррекции нарушений здоровья необходимо внести изменения в программу планового профилактического медицинского осмотра детей в возрасте 12, 15, 16 и 17 лет путем расширения не только перечня врачей-специалистов, участвующих в осмотре, но и спектра инструментальных и лабораторных исследований. Это рекомендуется, исходя из структуры наиболее часто встречающихся болезней у юношей и девушек старшего подросткового возраста, структуры причин ограничения годности к военной службе, а также уровня и структуры экстрагенитальной патологии (табл. 3).

В штатах детских поликлиник, проводящих профилактические медицинские осмотры, предусмотрены кардиолог, аллерголог-иммунолог, гастроэнтеролог. Врача-дерматолога рекомендуется привлекать к проведению осмотра из числа специалистов, работающих в территориальном специализированном учреждении (диспансере).

Лечебно-оздоровительная работа в рамках федеральной и/или региональной программы должна планироваться и строиться, исходя из тех же принципов, что и для диагностического блока программы.

В качестве профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий для детей подросткового возраста рекомендуются следующие комплексы:

— прием витаминно-минеральных комплексных препаратов (при болезнях эндокринной системы, органов дыхания, пищеварения, кожи, костно-мышечной системы);

— санаторно-курортное лечение и пребывание в оздоровительных учреждениях (при расстройствах питания, нервно-психических расстройствах, болезнях системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения, кожи, костно-мышечной и мочеполовой систем);

— фитотерапия и коррекция нарушений фитотерапевтическими препаратами (при нервно-психических расстройствах, болезнях системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения, кожи, мочеполовой системы);

— прием минеральных вод (при болезнях органов пищеварения, мочеполовой системы);

— ЛФК, массаж, лечение в реабилитационных учреждениях с использованием других методов

восстановительного лечения (при расстройствах питания, болезнях системы кровообращения, органов дыхания, костно-мышечной системы);

— коррекция зрительных нарушений аппаратными методами.

При планировании индивидуальных программ лечебно-оздоровительной работы с юношами на этапах подготовки к военной службе следует учитывать, что большинство из них обучаются в образовательных учреждениях, поэтому оздоровительные и восстановительные мероприятия должны проводиться в детской поликлинике (отделение восстановительной медицины, дневной стационар), реабилитационном центре, санатории и др., а также в образовательных учреждениях.

Для расчета дополнительных объемов диагностической и лечебно-оздоровительной помощи необходимо знать численность детского населения в возрасте 12, 15, 16 и 17 лет (в стране в целом или в регионе) в том году, когда планируется начать реализацию программы. Численность определяется по числу родившихся в соответствующем году с учетом повозрастных коэффициентов смертности.

На основании данных о частоте отдельных классов болезней рассчитывают примерное абсолютное число случаев различных функциональных нарушений и хронических болезней, которые будут выявлены в том году, когда начинается реализация программы. Учитывая, что по отдельным классам болезней примерно в 30% случаев у одного ребенка может быть диагностировано несколько отклонений, входящих в данный класс болезней, следует рассчитать приблизительное число детей, нуждающихся в лечении и оздоровлении по тому или иному классу патологии. Это прежде всего касается болезней эндокринной системы, нервно-психических расстройств, болезней системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани. По этим классам болезней для расчета числа детей количество диагнозов должно быть уменьшено на 30%.

Исходя из примерного числа диагнозов и количества детей, у которых они выявлены, можно определить необходимый объем лечебно-оздоровительной работы.

Программа может быть включена в Программу государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (при условии ее полного финансового обеспечения). В противном случае она может финансироваться за счет бюджета отрасли с привлечением внебюджетных источников.

Расчет объемов дополнительного финансирования. Стоимость дополнительного осмотра врача-

Таблица 3

Объем обследования детей в возрасте 12, 15, 16 и 17 лет в рамках профилактического медицинского осмотра в 2008 г.

Обследование	Специалист	Исследование
В рамках Программы госгарантий оказания гражданам России бесплатной медицинской помощи	Педиатр, невролог, детский хирург, травматолог-ортопед, оториноларинголог, офтальмолог, детский эндокринолог, акушер-гинеколог, детский уролог-андролог, стоматолог, психолог (педагог)	Скрининг-тестирование, электрокардиография, клинический анализ крови, общий анализ мочи, кала
Дополнительное, предлагаемое для реализации в рамках Программы	Кардиолог, аллерголог-иммунолог, гастроэнтеролог, дерматолог	УЗИ щитовидной железы, сердца, органов гепатопанкреобилиарной системы, органов репродуктивной системы; исследование функции внешнего дыхания, электроэнцефалография, определение рефракции, биохимический анализ крови (10 стандартных параметров)

ми-специалистами и лабораторно-инструментального исследования определяется на основании численности детского населения данных возрастов и тарифов обязательного медицинского страхования (ОМС) на амбулаторно-поликлинический прием с учетом коэффициента по специальности, а также использования различного оборудования при дополнительном обследовании.

Стоимость оздоровления и лечения рассчитывают, учитывая число детей, нуждающихся в лечении, в том числе в восстановительном, федеральные или региональные тарифы ОМС на оказание помощи в дневных стационарах, поликлиниках (по восстановительному лечению), а также стоимость санаторно-курортного лечения в санаториях федерального и регионального подчинения. При расчетах следует исключить затраты на лечение детей-инвалидов, так как финансирование лечебно-оздоровительных мероприятий этой категории детей осуществляется за счет бюджетов государственного уровня.

Таким образом, на основании детального анализа уровня и структуры заболеваемости детей подросткового возраста, структуры причин ограничения годности юношей к военной службе, а также частоты гинекологических расстройств, структуры экстрагенитальной патологии, снижающей возможность реализации репродуктивной функции девушек, обоснованы и разработаны основные меры по совершенствованию диагностической и ле-

чебно-оздоровительной помощи детям подросткового возраста. Представлены механизмы расчетов дополнительных объемов медицинской помощи и размеров их финансового обеспечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные проблемы военно-врачебной экспертизы на уровне субъекта Российской Федерации / Под ред. В. В. Куликова и др. — М., 2006.
2. Актуальные проблемы подростковой медицины / Под ред. А. Г. Румянцева, Д. Д. Панкова. — М., 2002.
3. Баранов А. А., Сухарева Л. М. // Вопр. соврем. педиатр. — 2006. — Т. 5, № 6. — С. 23—32.
4. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Ильин А. Г. // Сборник трудов Научной сессии академий наук, имеющих гос. статус. — М., 2007. — С. 68—69.
5. Баранов А. А., Кучма В. Р. // Вопр. соврем. педиатр. — 2007. — Т. 6, № 2. — С. 8—12.
6. Баранов А. А., Ильин А. Г., Намазова Л. С. и др. // Справочник педиатра. — 2008. — № 2. — С. 13—40.
7. Ильин А. Г. // Практика педиатра. — 2007. — Март. — С. 20—22.
8. Кучма В. Р., Ямпольская Ю. А. // Медицинские и социальные аспекты адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности: Руководство для врачей / Под ред. А. А. Баранова и др. — М., 2006. — С. 93—114.
9. Кучма В. Р., Сухарева Л. М., Рапопорт И. К. // Материалы I Конгресса Российского о-ва школьной и университетской медицины и здоровья. — М., 2008. — С. 94—95.
10. Подростковая медицина: Руководство. — 2-е изд. / Под ред. Л. И. Левиной, А. М. Куликова. — СПб., 2006.
11. Рапопорт И. К., Бирюкова Е. Г. // Гиг. и сан. — 2007. — № 1. — С. 67—70.
12. Ямпольская Ю. А. // Гиг. и сан. — 2006. — № 1. — С. 3—6.

Поступила 15.08.09

© А. В. ЧИКИНЕВА, 2010
УДК 614.253.52:616-07

А. В. Чикинева

ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ СТАНДАРТИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

Государственный Новосибирский областной клинический диагностический центр

Совершенствование лечебно-диагностического процесса и повышение его качества зависят не только от управления, но и от разумного внедрения новых технологий. На сегодня доказательная сестринская практика представляет собой активно развивающееся направление сестринского дела. Разработанные в Государственном Новосибирском областном диагностическом центре стандарты сестринской деятельности направлены на уменьшение дублирования работы, обеспечение безопасности персонала и пациентов. Аудит выполнения стандартов и мониторинг сестринского процесса позволяют своевременно вносить корректирующие действия в обеспечение качества оказания сестринской помощи.

Ключевые слова: сестринское дело, стандарты, медицинская помощь

THE PROVISION OF QUALITY AND SECURITY OF MEDICAL CARE ON THE BASIS OF STANDARDIZATION OF MEDICAL NURSE ACTIVITIES IN COUNSELING DIAGNOSTIC CENTER

Chikineva A.V.

The enhancement of curative diagnostic process and the increase of its quality depend not only on the management, but on the reasonable implementation of high-tech new technologies. Nowadays, the evidence-based medical nursing practice represents an actively developing direction of medical nurse business. The State Novosibirsk oblast diagnostic center has developed the standards of nurse activities targeted to decrease the duplication in work, the provision of personnel and patient security. The audit of implementation of standards and the monitoring of nursing process permit to timely input the adjustments to the provision of quality of medical nurse care.

Key words: nurse business, standard, medical care

В 2002 г. 55-я сессия Ассамблеи ВОЗ приняла

А. В. Чикинева — главная медицинская сестра (383-226-27-01).

32

резолюцию с призывом ко всем странам уделять самое пристальное внимание укреплению безопасности и развитию систем мониторинга в здравоохранении. В октябре 2004 г. ВОЗ создала Всемир-

ный альянс за безопасность пациентов для координации и ускорения мер по улучшению ситуации в области обеспечения безопасности пациентов в международном масштабе.

В докладе института медицины Соединенных Штатов Америки "Человеку свойственно ошибаться: построение более безопасной системы здравоохранения" (1999 г.) отмечалось, что в американских больницах "ошибки медицинского характера" каждый год приводят к смерти 44—98 тыс. человек. Рабочая группа по качеству стационарной медицинской помощи организации "Больницы для Европы" представила данные о том, что в 2000 г. каждый 10-й пациент европейских больниц пострадал от предотвратимого вреда здоровью или нежелательных эффектов лечения [8].

Исходя из опыта других отраслей с высокой степенью риска для здоровья человека, можно утверждать, что угроза безопасности пациентов исходит прежде всего от недостатков в структуре, организации и управлении системами оказания медицинской помощи, нежели от действий отдельных медицинских работников или качества отдельных продуктов. Большинство нежелательных событий происходят не по халатности и не от недостатка квалификации, а вследствие скрытых пороков системы [4].

Агентство по исследованиям и качеству в здравоохранении США (Agency for Healthcare Research and Quality — AHRQ) в результате работы по исследованию проблем качества (2000 г.) установило, что на любом этапе процесса оказания медицинской помощи неизбежно имеются уязвимые (с точки зрения обеспечения безопасности пациентов) места: побочное действие лекарств и их сочетаний; риск, сопряженный с использованием медицинской техники; некачественная и бракованная продукция, поступающая в систему здравоохранения; человеческий фактор; скрытые системные недостатки.

На основе анализа систем, обладающих высоким риском возникновения нежелательных событий, авторы показали, что дефекты медицинской помощи выглядят таким образом, как если бы они были "заранее" обусловлены или спровоцированы составляющими элементами определенной медицинской структуры. Поэтому по современной концепции обеспечения безопасности пациентов ответственность за нежелательные события следует возлагать в первую очередь на структурные, организационные и оперативные недостатки системы здравоохранения, а не на отдельных медицинских работников.

Совершенствование лечебно-диагностического процесса и повышение его качества зависят не только от управления, но и от разумного внедрения новых технологий. Особое значение при этом приобретает безопасность пациента и персонала медицинского учреждения [1, 3, 5, 7].

Ее обеспечение достигается прежде всего путем применения вмешательств с максимально высокой клинической результативностью и минимальным риском для больного, что легло в основу доказательной медицинской практики [1].

На сегодня доказательная сестринская практика представляет собой активно развивающееся направление сестринского дела. Ее цель — повышение качества работы медсестер. Данное направле-

ние может быть успешно интегрировано с такими современными принципами оказания сестринской помощи, как сестринская диагностика или сестринский процесс в целом [2].

Своим появлением доказательная сестринская практика во много обязана концепции доказательной медицины (ДМ), которая была предложена клиническими эпидемиологами из канадского университета Мак-Мастера (McMaster University), Онтарио.

Авторы концепции ДМ предлагают врачам и другим специалистам, работающим в медицине, исходить при принятии решений об оказании медицинской помощи из анализа достоверных фактов, приводимых в научной медицинской литературе. Систематический поиск и анализ доказательной информации должны также служить основой для разработки протоколов (стандартов) ведения больных [6, 9, 10].

Сестринскую практику считают основанной на доказательствах, если для принятия решений используется интеграция индивидуального опыта с лучшими результатами, полученными в систематических исследованиях, и при этом учитываются потребности пациента. То есть доказательная сестринская практика — понятие более широкое, нежели простое применение в практике результатов исследований.

Доказательная сестринская практика может быть представлена следующим алгоритмом действий:

- формулирование вопроса в отношении проблемы и ситуации, в которой находится пациент;
- систематический поиск результатов научных исследований, которые могут быть использованы для ответа на поставленный вопрос;
- интеграция доказательств, приведенных в исследованиях, с другой информацией, которая может повлиять на решение проблем пациента: клинический опыт медицинской сестры; предпочтения пациента в отношении альтернативных форм помощи; доступность ресурсов;
- принятие решения об оказании доказательной сестринской помощи;
- оценка результатов принятого решения.

При этом важной проблемой и, возможно, самой глобальной является отсутствие профессиональных стандартов и как следствие — государственных образовательных стандартов нового поколения, основанных на компетентностных подходах к подготовке специалиста. Создание профессионального стандарта — сам по себе процесс сложный и длительный. Отсутствие же нормативных документов, определяющих требования к выполнению специалистами сестринского дела трудовых функций и необходимых для этого компетенций, делает этот процесс еще более проблематичным (приказ Министерства здравоохранения РФ № 4 от 09.01.01 "Об отраслевой программе развития сестринского дела в Российской Федерации").

Профессиональный стандарт — это многофункциональный нормативный документ, определяющий в рамках конкретного вида экономической деятельности (области профессиональной деятельности) требования к содержанию и условиям труда, квалификации и компетенциям (знаниям, умениям, степени ответственности и самостоятельности и т. д.) работников по различным квалификационным уровням.

Задачи стандартов — повысить качество сестринской помощи, уменьшить дублирование работы, обеспечить возможность оценки конечных результатов.

Особенностью работы Государственного Новосибирского областного консультативно-диагностического центра, отличающей его от других медицинских учреждений, является возможность выполнения некоторых методик обследования пациентов силами медицинских сестер, лаборантов. Прежде всего это касается отделений функциональной диагностики, рентгенологического, компьютерной томографии. Высокий уровень профессиональной подготовки сестринского персонала этих отделений позволяет освободить врачей от проведения рутинных методик и сэкономить время для заключений и аналитической работы.

В целях оптимизации диагностического процесса и рационального использования ресурсов среднего медицинского персонала были разработаны и внедрены стандарты по организации и выполнению работ медицинской сестры (технологические стандарты) по подготовке и выполнению ряда исследований в клинической лаборатории, отделениях УЗИ, функциональной диагностики, процедурном кабинете, дневном стационаре и др.

В технологические стандарты включены основные разделы, регламентирующие выполнение всех видов работ среднего медицинского персонала: требования к персоналу для допуска к работе, обеспечение безопасности средствами индивидуальной защиты; гигиенические требования; инструкции по подготовке рабочего места, оборудования, инструментария; подготовка больного к исследованию; стандарты организации и технологии проведения исследований; стандарты оформления результатов исследования; противопоказания для проведения исследований; правила действий при аварийных ситуациях, действия при оказании медицинской помощи пострадавшему.

Стандарты позволили обеспечить более высокое качество оказания сестринской помощи и его мониторинг. Учитывая взаимозаменяемость среднего медицинского персонала в отделении, они облегчают процесс адаптации новых сотрудников на рабочем месте (или при смене места работы внутри отделения). Стандарты позволяют создавать условия для качественного проведения экспертной оценки сестрин-

ской деятельности, формируют единые подходы к организации деятельности сестринского персонала.

Медицинская сестра ориентирована в основных смежных специальностях по профилю своей деятельности, способна оказывать сестринскую помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях. Она обладает соответствующими знаниями и умениями.

Для успешной профессиональной деятельности необходимы знания из таких областей, как психология, в частности возрастная психология, психология при различной патологии; педагогика, в частности умение обучить пациента необходимым навыкам, умение правильно и в доступной форме рассказать о способах подготовки к исследованиям; социология; неотложная медицина.

Таким образом, внедрение новой модели организации работы сестринского персонала в диагностическом центре, основанной на принципах ДМ и стандартизации сестринской деятельности, позволяет оптимизировать работу прежде всего врачей тех отделений, где рутинные методики обследования выполняются высококвалифицированным сестринским персоналом, повысить уровень безопасности пациентов, а также создает условия для проведения экспертной оценки качества сестринской деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов В. В. Введение в доказательную медицину. — М., 2001.
2. Торчинский Н. В., Бражников А. Ю. // Мед. сестра. — 2008. — № 4. — С. 32—33.
3. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / Шепин О. П., Стародубов В. И., Линденбратен А. Л. и др. — М., 2002.
4. Barach P., Small S. D. // Br. Med. J. — 2000. — Vol. 320. — P. 759—763.
5. Deming W. Quality, Productivity and Competitive Position. — Cambridge, 1982.
6. DiCenso A., Guyatt G., Ciliska D. Evidence-based Nursing: A Guide to Clinical Practice. — St. Louis, 2005.
7. Donabedian A. // Mibank. Memor. Fund. Qual. — 1966. — Vol. 44, N 3. — P. 166—206.
8. Kohn L. T., Corrigan J. M., Donaldson M. S. (Eds). To Err is Human: Building a Safer Health System. — N. Y., 1999.
9. McDonald L. // Evid. Based Nurs. — 2001. — Vol. 4. — P. 68—69.
10. Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM / Sackett D. L., Straus S. E., Richardson W. S. et al.: 2nd Ed. — Edinburgh, 2000.

Поступила 13.04.10

© Е. А. Финченко, И. А. Цыцорина, 2010
УДК 614.2(470+571)

Е. А. Финченко¹, И. А. Цыцорина²

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В СУБЪЕКТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

¹ФГУ Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии Росмедтехнологий; ²ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава

Совершенствование системы охраны здоровья населения в субъекте Российской Федерации позволяет повысить эффективность мероприятий по охране здоровья, профилактике и формированию здорового образа жизни населения, а также оказанию медицинской помощи.

Ключевые слова: охрана здоровья населения, эффективность, субъект Российской Федерации

THE SYSTEMATIC APPROACHES TO POPULATION HEALTH PROMOTION IN THE SUBJECT OF
THE RUSSIAN FEDERATION

Finchenko E.A., Tzitzorina I.A.

The development of population health promotion system in the subject of the Russian Federation permits to increase the effectiveness of activities concerning health promotion, prevention and organization of healthy life-style and provision of medical care.

Key words: population health promotion, effectiveness, subject of the Russian Federation

Состояние и тенденции в изменении здоровья населения требуют объединения усилий органов государственного управления, ведомств, организаций, учреждений, предприятий в области охраны здоровья и медико-социального обеспечения. Для решения задачи формирования общей государственной стратегии "Здоровье для всех" компоненты системы охраны здоровья должны стать самостоятельными подсистемами, а сама система должна оцениваться характеризующими каждую ее составляющую показателями, которые позволят выявить влияние на здоровье населения всех включенных в систему компонентов, в том числе и здравоохранения [4].

До настоящего времени отсутствует единая концепция охраны здоровья населения на уровне субъекта Российской Федерации [1, 2, 6, 7]. Проблемы охраны здоровья населения решаются преимущественно усилиями здравоохранения, при этом акцент делается на оказание медицинской помощи. Решение вопросов, связанных с объединением усилий разных отраслей и секторов в целях предотвращения заболеваемости и смертности населения, не носит приоритетного характера [3].

Из внимания здравоохранения выпадает ведущий компонент концепции охраны здоровья населения — здоровый образ жизни. Организационных, функциональных, целевых предпосылок к формированию здорового образа жизни у населения у медицинских служб и учреждений нет. Отсутствие этого звена в здравоохранении служит препятствием к полноценной реализации Концепции охраны здоровья населения в Российской Федерации [2].

Вопросы охраны здоровья населения шире медицинской профилактики, что требует совершенствования номенклатуры структуры учреждений, занимающихся вопросами охраны здоровья населения на муниципальном уровне, определения приоритетов, задач и функций в этой области [5]. В основе построения модели системы охраны здоровья на муниципальном уровне положены принципы разделения лечебной работы (которой занимаются медицинские работники на уровне ПМСП) и профилактической работы (специалисты в области санологии, психологии и др.).

Модель муниципальной системы охраны здоровья населения представлена следующими уровнями.

Первый уровень (социальный) системы охраны здоровья населения и профилактики заболеваний, в значительной мере обусловленных образом жизни, представлен учреждениями и организациями культуры, физической культуры и спорта, образования, молодежной политики, общественными организациями и СМИ. Основными направлениями работы являются формирование как позитивной установки у населения на внимательное отношение к своему здоровью, так и адекватной модели социального и физического поведения, а также отказ от вредных привычек.

Второй уровень (медико-социальный) представлен муниципальными ЦЗ. Наряду с направлениями, реализуемыми на социальном уровне, основными

направлениями работы являются определение уровня здоровья, профилактика заболеваний, в значительной мере обусловленных образом жизни, формирование и поддержание здорового образа жизни у населения, своевременное информирование пациентами медицинских работников о своих проблемах.

Третий уровень (медицинский/немедицинский) представлен муниципальными поликлиниками, подростковыми центрами, центрами охраны репродуктивного здоровья, геронтологическими центрами, негосударственными организациями.

Поскольку основными направлениями работы муниципальных поликлиник являются обследование, учет, диспансерное наблюдение и лечение больных с заболеваниями, в значительной мере обусловленными образом жизни, представляется целесообразной организация в крупных муниципальных образованиях самостоятельных ЦЗ. Структурные подразделения ЦЗ и негосударственные организации, занимающиеся проведением оздоровительных и профилактических мероприятий, могут размещаться на базе муниципальных поликлиник. ЦЗ осуществляют деятельность по разработке индивидуальных программ улучшения здоровья для населения по лечебной физической культуре и физиотерапии, фитнесу, психотерапии и медицинской психологии.

Основными задачами ЦЗ являются:

— санитарно-гигиеническое воспитание населения;

— оказание консультативно-оздоровительной помощи населению по вопросам индивидуальной профилактики заболеваний, в значительной мере обусловленных образом жизни;

— выявление среди населения поведенческих факторов риска возникновения хронических неинфекционных заболеваний и их коррекция;

— организация и проведение совместно с территориальным центром медицинской профилактики обучения медицинского персонала ОВП методам оказания медицинских профилактических услуг населению;

— участие в информационном обеспечении специалистов и населения по вопросам профилактики заболеваний и укрепления здоровья;

— работа со СМИ по вопросам охраны здоровья и профилактики заболеваний, в значительной мере обусловленных образом жизни;

— проведение медико-социальных опросов медицинских работников и прикрепленного населения по вопросам профилактики заболеваний, удовлетворенности и потребности в профилактической помощи, по формированию здорового образа жизни.

В структуре муниципальных поликлиник создаются подразделения, занимающиеся проведением оздоровительных и профилактических мероприятий у прикрепленного к ним населения.

Основным направлением модернизации муниципальных поликлиник является повышение структурной эффективности на основе разделения поликлиники на следующие блоки (структурные подразделения):

— *медицинский* (индивидуальные и групповые ОВП, лаборатория забора материала для проведения исследований, физиотерапевтическое отделение);

Е. А. Финченко — д-р мед. наук, гл. науч. сотр. (fea@obimed.nsk.ru); И. А. Цыпорина — канд. мед. наук, доц. каф. (chipik@bk.ru).

- *информационный* (регистр больных и/или заболеваний, ведение диспансерного учета);
- *профилактический* (профилактика заболеваний, в основном связанных с образом жизни);
- *патронажный* (медико-социальный активный патронаж болеющих граждан).

На уровне субъекта Российской Федерации деятельность совещательных органов (комиссий или комитетов по охране здоровья населения) с неопределенным статусом, задачами, функциями и полномочиями, а также наделение функциями по охране здоровья населения органов управления здравоохранением не привели к ожидаемым результатам. В настоящее время орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации для реализации полномочий в области охраны здоровья населения не обладает необходимыми ресурсами, в его ведении находится только региональный центр медицинской профилактики.

Для формирования эффективной системы охраны здоровья населения в субъекте Российской Федерации требуются механизмы воздействия органов власти на медико-социальную и демографическую ситуацию и механизмы взаимодействия управленческих структур. Все это требует совершенствования структуры администрации субъекта, определения приоритетов, задач и функций управления в области охраны здоровья населения.

Управление деятельностью социальных институтов по вопросам охраны здоровья населения и демографической политики требует организации в структуре органа исполнительной власти субъекта нового подразделения — *органа управления охраной здоровья населения*.

Целью регионального органа управления охраной здоровья населения является подготовка проектов документов и предложений по вопросам охраны здоровья населения для главы администрации субъекта, которые реализуются в виде нормативно-правовых актов, мониторинг мероприятий и анализ их эффективности, в том числе финансовой.

Основными задачами регионального органа управления охраной здоровья населения являются:

- определение приоритетов и мониторинг мероприятий по практической реализации государственной политики в области охраны здоровья населения на территории субъекта Российской Федерации (обеспечение условий для эффективного взаимодействия государственных структур, относящихся к ведению субъекта);
- координация деятельности администраций муниципальных образований;
- формирование, определение приоритетности финансирования и мониторинг реализации целевых программ по решению проблем в области охраны здоровья населения, оценка их эффективности;
- координация деятельности научных и учебных заведений по подготовке кадров и проведению

научных исследований в области охраны здоровья населения;

- организация эффективного взаимодействия с другими подразделениями администрации, федеральными службами в субъекте Российской Федерации, государственными и негосударственными учреждениями и организациями, деятельность которых в той или иной степени направлена на решение проблем в области охраны здоровья населения;

- создание и ведение единой информационной базы по вопросам охраны здоровья населения;

- взаимодействие со СМИ и общественными организациями по вопросам охраны здоровья населения;

- подготовка предложений по совершенствованию нормативно-правовой базы в области охраны здоровья населения;

- анализ состояния здоровья населения и медико-демографической ситуации;

- оценка эффективности работы подразделений администрации субъекта Российской Федерации и администраций муниципальных образований в области охраны здоровья населения;

- подготовка ежегодного доклада администрации субъекта Российской Федерации о реализации политики в области охраны здоровья населения.

Политика в области охраны здоровья населения реализуется через территориальные целевые программы, которые предусматривают решение наиболее актуальных проблем в области охраны здоровья населения.

Таким образом, предлагаемая модель системы и организационные технологии охраны здоровья населения в субъекте Российской Федерации (на уровне субъекта и муниципальном) позволит повысить эффективность мероприятий по охране здоровья, профилактике и формированию здорового образа жизни населения и как следствие — уровень общественного здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко Ю. П., Комаров Г. А., Меламед Л. А. // Пробл. управл. здравоохран. — 2005. — № 2. — С. 5—14.
2. Денисов В. Н., Бабенко А. И. Методология стратегического планирования в здравоохранении. — Новосибирск, 2001.
3. Модестов А. А., Ямщиков А. С., Шевченко В. В. // Пробл. управл. здравоохран. — 2005. — № 2. — С. 15—33.
4. Найговзина Н. Б. Проблемы охраны здоровья, здравоохранения и возможные меры их решения / Проблемы законодательного обеспечения обязательного медицинского страхования в Российской Федерации // Аналит. вестн. Совета Федерации ФС РФ. — 2004. — № 9. <http://www-budgetrf.ru/Publications/Magazines/VestnikSE/2004/vestniksf229-09/vestniksf229-09020.htm>.
5. Стародубов В. И., Соболева Н. П. // Экономика здравоохран. — 2002. — № 1. — С. 4—9.
6. Щепин В. О., Овчаров В. К. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2005. — № 2. — С. 3—7.
7. Щепин О. П. // Бюл. НИИ обществ. здоровья. — 2004. — Вып. 2. — С. 9—15.

Поступила 13.04.10

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва

В настоящее время в России отсутствует нормативно-правовое определение понятия "медицинская помощь" с последующим определением ее отдельных структурных видов, в частности "консультативной медицинской помощи". Определение этого понятия и его законодательное закрепление позволят дать нормативно-правовую базу для структурного формирования единой системы консультативной медицинской помощи, включающую как старые формы медицинской и парамедицинской деятельности, так и новые, обусловленные научно-техническим прогрессом и социальной эволюцией общества.

Ключевые слова: медицинская помощь, нормативно-правовое определение, консультативная работа

THE THEORETICAL CHARACTERISTICS OF THE ORGANIZATION OF THE SYSTEM OF CONSULTATIVE MEDICAL CARE

Nechaev V.S., Edinarova I.E.

In the Russian Federation, nowadays, there is no normative legal definition of the concept of medical care and subsequent definition of its structural types, including "the consultative medical care". The definition of this concept and its legal consolidation provide the normative legal base for structural development of comprehensive system of medical consultative care which will embrace both previous forms of medical and paramedical activities and new forms conditioned by scientific and technical progress and social evolution of society.

Key words: medical care, normative legal definition, consultative activity

Глобализация всех отраслей практической деятельности человека привела к тому, что наибольшей ценностью современного постиндустриального общества стала информация. Наличие актуальной, полной и достоверной информации обеспечивает не только экономические, но и, что существенно важнее, социальные и политические преимущества.

Консультативная медицинская помощь по своей сути — это информационный процесс, пронизывающий все явления, имеющие отношение к здоровью индивидуума, формируя не только внутренние корпоративные установки по тому или иному вопросу среди медицинских работников, но и в немалой степени влияющая на формирование как образа жизни населения, так и общественного мнения в целом.

В то же время научное профессиональное медицинское сообщество уделяет недостаточно внимания этой важной отрасли. Практически полностью отсутствует теоретическая разработка основ консультативной медицинской помощи: нет системной классификации явлений, относящихся к медицинскому консалтингу, нет не только критериев включения и исключения тех или иных явлений в эту систему, но и вообще критериев медицинской помощи в целом. Отсутствие четкого нормативно-правового определения этих вопросов (включая медицинскую помощь, так как консультативная медицинская помощь — это ее иерархическая часть) создает юридическую возможность заинтересованным лицам включать и исключать из "Положения о лицензировании медицинской деятельности" (постановление Правительства РФ № 30 от 22.01.07 в редакции от 07.04.08) целые отрасли медицинского рынка.

Консультативная медицинская помощь при

В. С. Нечаев — д-р мед. наук, зав. отд. (vn52@inbox.ru);
И. Е. Единарова — мл. науч. сотр. (arina1978@inbox.ru).

централизованном, едином системном подходе может стать одним из ключевых интегративных механизмов системы здравоохранения в целом, не зависящим от таких субъективных факторов, как развитие системы здравоохранения в каждом территориальном образовании и условия функционирования каждого конкретного учреждения. В связи с этим становится ясна важность формирования и нормативно-правового закрепления понятийного аппарата системы консультативной медицинской помощи.

В настоящее время в России отсутствует нормативно-правовое определение понятия "медицинская помощь" как с организационно-методических позиций, так и со структурно-организационных [7]. Определение этого понятия, его законодательное закрепление позволят дать нормативно-правовую базу для структурного формирования единой системы консультативной медицинской помощи, включающую как старые формы медицинской и парамедицинской деятельности, так и новые, обусловленные научно-техническим прогрессом и социальной эволюцией общества (например, проблема эвтаназии при последующем развитии приведет к возникновению новой отрасли медицинских и парамедицинских услуг) [12].

В связи с этим отсутствие нормативно-правового определения понятия "медицинская помощь" с последующим определением ее отдельных структурных видов, в частности "консультативной медицинской помощи", выводит за правовые рамки целый ряд новых, но уже получивших широкое распространение явлений (заочное консультирование, консультирование врачом при продвижении парамедицинских товаров).

В международной практике уже появились прецеденты нормативно-правового определения на законодательном уровне этого, скорее теоретического, понятия. Например, в законе Республики Армения "О медицинской помощи, обслуживании

Структура медицинской помощи



населения" (ст. 1) дано следующее определение: "медицинская помощь, обслуживание — оказание населению профилактической, лечебной, лекарственной помощи, проведение диагностических исследований, реабилитационного лечения, медицинской экспертизы, оказание услуг парамедицинского и других услуг нелечебного характера"[1].

В России, несмотря на отсутствие нормативно-правового определения терминов "медицинская помощь" и "медицинское обслуживание", сами эти понятия широко используются законодателем, в том числе в базовых документах, устанавливающих принципы оказания медицинской помощи и медицинских услуг [3, 6, 7].

До настоящего времени отсутствует и единая система структуризации медицинской помощи. При этом законодатель выделяет отдельные виды медицинской помощи и функциональные единицы — лиц, которые могут оказывать тот или иной ее вид (см. рисунок).

При этом правовая структуризация системы здравоохранения РФ построена полностью на понятии "медицинская помощь". В "Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" (ст. 37.1) выделяют такие виды медицинской помощи, как скорая, первичная медико-санитарная, специализированная и высокотехнологичная.

Таким образом, законодатель, хотя и не определяет границы включений тех или иных организационных медицинских и парамедицинских явлений в систему медицинской помощи, но, несмотря на это, проводит структурное разделение всех организационных медицинских и парамедицинских явлений по двум "типам".

Группировка осуществляется на основании степени вложения материально-экономических ресурсов на один законченный случай (законченные случаи первичной медико-санитарной и высокотехнологичной помощи имеют совершенно разную стоимость) и уровня организации государственного управления, сопряженного с затратностью определенного вида медицинской помощи.

Отсутствие законодательно закрепленных критериев включения отдельных организационных явлений в общее понятие медицинской помощи исключает возможность точного определения того, что непосредственно относится к отдельным видам медицинской помощи, является их структурной частью или не является медицинской помощью вообще. Именно из-за этого теоретического и нормативно-правового пробела большая группа организационных медицинских явлений выпала из-под регулирования и контроля. Де-факто активно раз-

вивающаяся в настоящее время заочная консультативная медицинская помощь [4, 5, 9—11] де-юре не существует [1, 6]. Поэтому для оказания, например, заочных медицинских консультативных услуг не требуется фактически ничего (даже медицинского образования), кроме желания такую помощь предоставлять.

Анализ содержания ст. 37.1 [1] показал, что основными признаками вида медицинской помощи являются:

- Принцип распространенности

Например, первичная медико-санитарная помощь существует как в столице РФ Москве, так и в самых отдаленных поселках нашей страны.

- Принцип общей базовой функционально-структурной единицы

Например, функциональная единица структуры скорой медицинской помощи, будь это в Санкт-Петербурге или в поселке на Кавказе, — бригада местной станции скорой и неотложной медицинской помощи. В более широком рассмотрении функциональной единицей вида медицинской помощи будет лицо, организованная группа лиц, имеющая медицинское либо медико-биологическое образование и оказывающая в соответствии с уровнем своего образования, специализацией и квалификацией тот или иной набор медицинских услуг.

- Принцип функциональной взаимосвязи

Между каждым видом медицинской помощи существует функциональная взаимосвязь, стержнем которой является преемственность. Например, бригада скорой помощи доставляет больного с инфарктом миокарда в кардиологической стационар для оказания специализированной кардиологической помощи, в котором пациенту будет поставлен диагноз аневризмы стенки желудка сердца и для достижения максимально возможного в его случае уровня здоровья его переведут в специализированный стационар для оказания высокотехнологичной кардиохирургической медицинской помощи.

Если исходить из этих принципов, то консультативная медицинская помощь — отдельный вид медицинской помощи. Консультации узких специалистов в том или ином виде существуют не только в России, но и в зарубежных странах. Общей базовой функционально-структурной единицей консультативной медицинской помощи является врач-консультант (медицинский работник-консультант), он — обязательный элемент системы, без которого система не может существовать.

Например, на консультативном кардиологическом пульте станции скорой и неотложной медицинской помощи (ССиНМП) им. А. С. Пучкова Москвы такой единицей является врач-кардиолог, консультирующий выездные бригады. В системе консультативной психиатрической помощи городской клинической больницы № 60 Москвы — врач-психиатр психиатрического отделения, на которого возложены функции по консультативной работе в отделениях.

Таким образом, термин "врач-консультант" (или медицинский работник-консультант) можно определить как "лицо, имеющее специализированное медицинское или медико-биологическое образование соответствующего профиля и квалификации, оказывающее на постоянной или временной осно-

ве консультативные услуги, соответствующие профилю своей специализации".

Консультативная медицинская помощь может быть оказана одновременно с другими видами медицинской помощи. Например, на ССиНМП им. А. С. Пучкова Москвы существуют не только линейные выездные бригады, но и специализированные, в том числе консультативные, оказывающие как специализированную помощь, так и консультативную (консультативные психиатрические, инфекционные бригады и др.), чаще всего в других лечебных учреждениях. В то же время именно врач-консультант принимает решение о необходимости лечения больного у специалиста его профиля. Несмотря на то что это противоречит роли лечащего врача, установленной законодателем в ст. 58 [7], на практике происходит именно так.

Таким образом, при оказании консультативной медицинской помощи соблюдается принцип функциональной взаимосвязи между различными видами медицинской помощи, основанный на достижении максимально возможного уровня здоровья для каждого конкретного пациента. А кроме того, консультативная медицинская помощь — ключевой момент в продвижении пациента по иерархическим горизонтальным уровням (видам) системы медицинской помощи, ее важный интегративно-организационный элемент.

С целью дальнейшего совершенствования системы консультативной медицинской помощи в Российской Федерации представляется важным реализовать следующие предложения:

1. Разработать и внести в [7] нормативно-правовое определение понятия "медицинская помощь" и "консультативная медицинская помощь".

2. Законодательно закрепить структуру видов медицинской помощи и критерии включения в нее тех или иных явлений.

3. Законодательно выделить и закрепить консультативную медицинскую помощь как отдельный вид медицинской помощи.

Разработка и нормативно-правовое закрепление основных теоретических позиций по базовым организационным понятиям являются важным шагом по преодолению противоречивости и несоответствия отечественного законодательства по здравоохранению реалиям настоящего времени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон Республики Армения "О медицинской помощи, обслуживании населения" http://www.base.spinform.ru/show_doc.fwx?Regnom=3059.
2. Здравоохранение в России 2009 г. Статистический сборник. (http://www.gks.ru/doc_2009/zdravo.zip).
3. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12.12.1993 г. (с поправками от 30.12.2008 г.). — М., 2008.
4. Медцентр — Москва (http://moskva.doktor.ru/konsultacija_vracha/vopros_online/vopros_travmatolog.html).
5. О Городской целевой среднесрочной программе развития здравоохранения "Столичное здравоохранение" на 2008—2010 гг. (постановление Правительства Москвы № 259-ПП). — М., 2007.
6. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации: Закон РФ от 28.06.1991 г. (ред. от 24.07.2009 г.). — М., 2009.
7. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1). — М., 1993.
8. Положение о лицензировании медицинской деятельности. (постановление Правительства РФ от 22.01.2007 г. № 30, в редакции от 07.04.2008 г.). — М., 2008.
9. Сельцовский А. П., Костомарова Л. Г., Плавунев Н. Ф. Организация консультативного кардиологического пульта на станции скорой и неотложной медицинской помощи. — "Национальные проекты", № 6 (13). — 2007. (<http://www.rus-reform.ru/magazine/archive/13/healthprotection/10000844>).
10. Barclay D. Lie. Physician-Patient Telephone Calls May Rise to Medical Communication Errors. J Gen Intern Med. 2005. (<http://www.antibiotic.ru/index.php?article=1293>).
11. V-Block Medical Service Nuernberg (<http://www.v-block-medserv.de/Consil>).
12. Establishing specialized health services for professional consultation in euthanasia: Experiences in the Netherlands and Belgium. // BMC Health Serv Res. 2009. Published Online December 4 2009. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797003/?tool=pmcentrez&report=abstract>).

Поступила 25.02.10

© С. К. КАМАЛОВА, 2010

УДК 614.2:616-07(470+571)

С. К. Камалова

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В СУБЪЕКТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ОГУЗ Амурская областная клиническая больница, Благовещенск

В статье изложены основные проблемы состояния регионального здравоохранения на современном этапе, в частности проблемы ресурсного обеспечения диагностической службы регионов и технического состояния диагностического оборудования. Обращается внимание на необходимость совершенствования организации диагностической помощи населению и предлагаются принципиальные подходы к ее организации на региональном уровне.

Ключевые слова: *диагностические ресурсы, консультативно-диагностическая помощь, диагностическая служба*

THE ISSUES OF ORGANIZATION OF CONSULTATIVE DIAGNOSTIC CARE TO POPULATION IN THE SUBJECT OF THE RUSSIAN FEDERATION

Kamalova S.K.

The article deals with the basic issues of state of regional health system. The issues of resource supply of diagnostic service in the regions and technical conditions of diagnostic technologies are discussed. The attention is focused on the need to develop the organization of diagnostic care to population. The essential approaches to its organization on the regional level are proposed.

Key words: *diagnostic resources, consultative diagnostic care, diagnostic service*

Последствия социально-экономических реформ в России негативным образом отразились на состоянии здравоохранения. Резкое сокращение бюджетного финансирования отрасли привело к значительному ухудшению состояния ресурсного обеспечения лечебно-профилактических учреждений. Снижение объемов финансирования способствовало закрытию целого ряда медицинских учреждений.

Спад экономики и перенос центра тяжести в финансировании социальной сферы с федерального на территориальный уровень привели к негативным последствиям в организации и доступности специализированной медицинской помощи населению регионов Российской Федерации.

Переход экономики к рыночным отношениям, либерализация цен и тарифов на товары и услуги в полной мере коснулись системы здравоохранения и повлекли за собой удорожание медицинской помощи и еще более обострили существовавшую проблему ресурсного обеспечения отрасли.

Резкое ухудшение материального благополучия способствовало увеличению смертности и сокращению рождаемости сельских жителей в большей степени, чем городского населения.

Сельские жители в полтора раза реже городских посещают амбулаторные учреждения, а госпитализируются лишь при крайней необходимости, отказываясь от плановой госпитализации из-за трудностей бытового характера (уход за детьми, наличие подворья, сезон сельскохозяйственных работ и др.).

Состояние здоровья населения, и особенно сельских жителей, за последние годы имеет выраженную негативную тенденцию. В связи с этим проблема охраны и улучшения состояния здоровья сельского населения выходит на уровень государственной социально-экономической политики [4].

Принцип социальной справедливости в здравоохранении не позволяет пациенту получить любое лечение и обследование, которое он пожелает. Реализация принципа равных для всех объемов медицинской помощи и их доступности основывается на реальных финансовых возможностях общества. Поэтому внедрение дорогих и сверхсовременных медицинских технологий, требующих больших капиталовложений, всегда входит в противоречие с ценами на медицинские услуги, обостряя проблемы реализации научно-технического прогресса, сохранения стандартов объема медицинской помощи.

Указанные противоречия определяют необходимость постоянного поиска путей рационального размещения ресурсов и средств здравоохранения, достижения эффективности деятельности системы в целом.

Реформирование здравоохранения Российской Федерации, формирование отечественного рынка медицинских услуг в условиях ослабления государственного монополизма требуют адаптации классических и поиска новых адекватных методов и форм управления [3].

Условия ограниченного финансирования осложняют работу лечебно-профилактических организаций, составляющих основное звено системы

общественного здравоохранения. Нехватка финансовых средств при возрастающей потребности населения в медицинской помощи с особой остротой ставит вопрос о необходимости повышения эффективности использования имеющихся ресурсов.

Важное значение для решения этой проблемы имеет изучение состояния ресурсного потенциала, а также определение экономической эффективности использования ресурсов, позволяющего вскрыть дополнительные резервы и возможности с целью принятия адекватных управленческих решений, совершенствования управления в здравоохранении с улучшением его информационного обеспечения, а также подготовки и закрепления руководящих кадров, внедрения в практику прогрессивных организационных технологий, оптимизации финансовых потоков и обеспечения сбалансированности макро- и микроэкономических интересов в здравоохранении.

Между тем состояние систем здравоохранения характеризуется наличием фундаментальных проблем, требующих принятия принципиальных решений в целях дальнейшего развития государства.

Среди многообразия практических и организационных вопросов развития и совершенствования здравоохранения одним из наиболее важных является оптимизация диагностической службы, успешная деятельность которой служит основой для принятия обоснованных решений, касающихся выбора необходимых лечебно-профилактических мероприятий.

Вопросы рационального использования ресурсного потенциала диагностических служб являются ключевыми в осуществлении реформы отечественного здравоохранения, направленной на совершенствование качества и доступности медицинской помощи населению, повышение достоверности диагностики и мониторинга эффективности лечебно-диагностического процесса [2].

Решение вопросов эффективного использования диагностических ресурсов на региональном уровне имеет свои особенности, обусловленные недостаточным финансированием здравоохранения и структурными диспропорциями в его деятельности на протяжении многих лет, а темпы обновления материально-технической базы диагностических служб недостаточны для их перевооружения.

Отмечается неравномерное распределение диагностических ресурсов по секторам здравоохранения и уровням оказания медицинской помощи с концентрацией их в стационарах многопрофильных лечебных учреждений.

Недостаточное взаимодействие специалистов диагностического профиля и клиницистов, отсутствие координации их действий и обусловленное этим нерациональное, экономически необоснованное использование диагностической аппаратуры приводят к удлинению сроков обследования пациентов, дублированию и удорожанию исследований, а зачастую и к диагностическим ошибкам.

Не везде на местах специалисты в области диагностики знакомы с современной нормативной базой по организации деятельности диагностических служб, отсутствуют регламентирующие нормативные документы по порядку направления больных на обследование в лечебно-профилактические учреждения вышестоящего уровня. Пациенты часто

С. К. Камалова — зам. гл. врача (renat_87-87@mail.ru).

направляются в областную консультативную поликлинику даже без указаний диагноза и целей обследования, из-за чего возникают необоснованные и повторные назначения исследований [5].

До настоящего времени ни Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, ни местными органами управления здравоохранением не предложена единая система анализа материально-технических и кадровых служб. Традиционная система оценки использования диагностических ресурсов ограничивается сравнением количества исследований, выполняемых в отделении или медицинском учреждении в целом, что не позволяет оценить ни интенсивность работы, ни полноту использования возможностей оборудования, ни экономическую или медицинскую эффективность его применения. Такой анализ, к сожалению, до сих пор не является обязательным в деятельности лечебно-профилактических учреждений и в основном проводится в случаях принятия решения о закупках дорогостоящего оборудования для доказательства целесообразности его приобретения.

Недостаточный уровень подготовленности руководителей подразделений и медицинских учреждений по вопросам управления диагностическими подразделениями в новых условиях хозяйствования обусловил низкую эффективность использования имеющихся ресурсов и организационные недоработки при решении вопросов стратегического планирования и обоснования приоритетных направлений развития диагностических служб.

До настоящего времени планирование диагностических ресурсов в регионах, их размещение по уровням оказания медицинской помощи осуществляются без серьезной и ответственной научной проработки клинических и экономических аспектов, всестороннего анализа уровня и структуры заболеваемости населения, без учета местных условий и территориальных особенностей.

В рамках реализации программ приоритетного национального проекта "Здоровье" развитие материально-технической базы муниципальных лечебно-профилактических учреждений далеко не в каждом регионе отражается на улучшении качества оказания медицинской помощи, потому что до сих пор основной проблемой в принятии решений по развитию диагностической службы остается вопрос закупки оборудования, а не задача обеспечения лечебной сети конкретного района необходимым объемом и спектром диагностических услуг хорошего качества.

Результаты ежегодных отчетов лечебно-профилактических учреждений по итогам работы на протяжении многих лет дают мало информации об эффективности использования диагностических ресурсов. Нерационально используется во многих регионах эндоскопическая, ультразвуковая, рентгенологическая, лабораторная диагностическая аппаратура, так как отсутствует единая методология оценки диагностических технологий в лечебно-профилактических учреждениях, нет единой системы анализа затрат и результатов использования диагностического оборудования.

Наряду с имеющимися проблемами в организации диагностической помощи населению регионов большое значение имеет существующая недостаточность ресурсного обеспечения диагностической

службы. При этом особую актуальность приобрели вопросы технического состояния диагностического оборудования: значительная часть аппаратуры подлежит списанию по причине многократной выработки своего ресурса; крайне недостаточна доля диагностического оборудования, находящегося в рабочем состоянии; чрезвычайно высок процент диагностической аппаратуры, которая морально устарела и требует замены на более современное высокотехнологичное оборудование.

Важнейшим условием оптимизации диагностической службы является создание консультативно-диагностических центров, в которых сконцентрированы все виды современной диагностической аппаратуры и которые обеспечены высококвалифицированными медицинскими кадрами [5].

Оптимизация структуры лечебно-диагностического процесса, совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи в большинстве регионов нашей страны на современном этапе осуществляются именно путем создания консультативно-диагностических и специализированных медицинских центров.

К настоящему времени в российской медицинской практике существует немало моделей лечебно-диагностических центров, а ведущие из них уже объединились в Ассоциацию диагностических центров.

Создание консультативно-диагностических центров в регионах позволит оптимизировать трехуровневую систему диагностики в целом на территории, осуществить переход к оптимальной организации системы распознавания болезней, от раздельного к комплексному использованию методов обследования на основе интеграции и интенсификации в диагностике.

Организация диагностической службы региона может быть представлена следующим образом.

Первый уровень — диагностические подразделения (кабинеты) ЛПУ (амбулатории, районные и городские поликлиники) с набором диагностического оборудования, технологий и методик, обеспечивающих диагностику типичных форм наиболее часто встречающихся заболеваний, лечение которых осуществляется цеховым, участковым терапевтом, педиатром или врачом общей практики.

Диагностическая помощь второго уровня — диагностические подразделения, межрайонные филиалы диагностических центров, диагностические подразделения центральных районных больниц и городских больниц, крупных самостоятельных поликлиник.

В ЛПУ второго уровня проводятся исследования по специальным методикам, дорогостоящие исследования в соответствии с утвержденной номенклатурой, а также все виды консультативно-диагностической и организационно-методической помощи учреждениям первого уровня.

Третий уровень — областной многопрофильный лечебно-диагностический центр как самостоятельное ЛПУ либо в структуре областной клинической больницы на базе консультативной поликлиники, задачами которого являются проведение наиболее сложных, уникальных диагностических исследований, разработка и внедрение высокоэффективных медицинских технологий, подготовка и повышение кадров по основным направлениям диагностики, отработка современных технологий и методов

логии организации деятельности диагностических служб, их взаимодействия на различных уровнях оказания медицинской помощи, обеспечение организационно-методических функций по оптимизации диагностической службы в регионе.

На современном этапе реформирования здравоохранения создание областных многопрофильных консультативно-диагностических центров с внедрением прогрессивных форм организации амбулаторной помощи станет серьезной альтернативой неэффективного и затратного функционирования диагностических подразделений амбулаторно-поликлинической службы, позволит шире внедрять в практику самые перспективные формы организации медицинской помощи населению — специализированные медицинские центры: аллергологические, сурдологические, нефрологические, перинатальные, диагностические, колопроктологические и др. Для принятия управленческих решений по оптимизации диагностических служб регионов необходима комплексная оценка анализа затрат и ре-

зультатов полученных диагностических услуг, распределения диагностических ресурсов в соответствии с уровнями оказания медицинской помощи по методике оценки диагностических технологий, разработанными Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2004 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Линденбратен А. Л., Азизова Б. Г.* // Мед. диагн. Управл. и качество. — 2008. — № 1 (4). — С. 9—11.
2. Методические рекомендации МЗиСР Российской Федерации "Диагностическая служба, варианты реструктуризации и пути повышения диагностической эффективности". — М., 2006.
3. *Щепин В. О.* // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2003. — № 1. — С. 34—38.
4. *Щепин О. П., Купеева И. А., Щепин В. О., Какорина Е. П.* Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России. — М., 2007.
5. *Яковлева Т. В.* // Развитие сельского здравоохранения: Сборник докладов Всероссийского совещания 20 янв. 2004 / Под ред. Ю. Л. Шевченко. — М., 2004. — С. 18—20.

Поступила 09.03.10

© С. А. МАГОМЕДОВА, 2010
УДК 614.2:616.1-082(470.67)

С. А. Магомедова

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Дагестанский государственный университет

Представлен анализ заболеваемости болезнями системы кровообращения и смертностью от них населения Республики Дагестан. Даны предложения по реформированию медицинской помощи в республике.

Ключевые слова: *заболеваемость, смертность, болезни системы кровообращения, медицинская помощь*

THE DISEASES OF CIRCULATORY SYSTEM AND THE CHARACTERISTICS OF ORGANIZATION OF CURATIVE PREVENTIVE CARE IN THE REPUBLIC OF DAGESTAN

Magomedova S.A.

The analysis of the circulatory system diseases morbidity and its mortality in the Republic of Dagestan is presented. The recommendations on the reformation of medical care in the Republic are presented.

Key words: *morbidity, mortality, circulatory system diseases, medical care.*

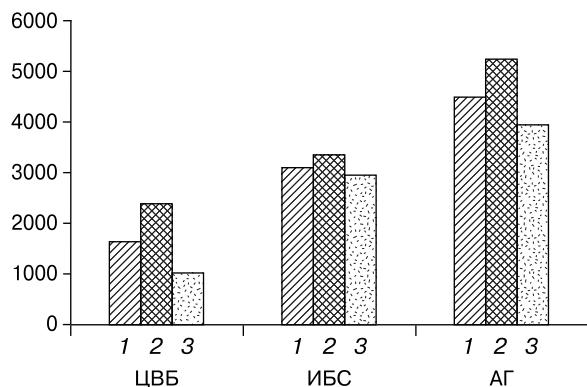
Согласно определению ВОЗ, здоровье человека — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. Здоровье — одна из важнейших человеческих ценностей, без которой невозможно построение гармоничного в социальном отношении общества. Поэтому одной из ведущих задач современного здравоохранения является установление и предупреждение основных причин заболеваемости, смертности и инвалидизации населения, к которым относятся болезни системы кровообращения (БСК).

В этом отношении Россия находится в русле общемировых тенденций. Политико-экономические изменения конца XX века, современные экономические сложности сформировали повышенную тревожность в обществе, страх за свое благополучие и благополучие близких. Все это не может не

отразиться как на общем фоне состояния здоровья человека, так и на росте "стрессиндуцированных" заболеваний, в первую очередь БСК [4]. В Республике Дагестан отмечают как непосредственный рост болезненности и заболеваемости этими нозологиями, так и рост смертности, связанной непосредственно с БСК. Если в 2005 г. смерть от причин, обусловленных БСК, была зарегистрирована в 7234 случаях, то всего через 3 года, в 2008 г., — уже 7874. Также на фоне общей убыли населения параллельно отмечается рост числа случаев смерти, обусловленных нарушениями психики человека: в 2005 г. — 38 случаев, в 2008 г. — 43. В связи с этим вполне закономерен рост болезненности и заболеваемости как сердечно-сосудистыми заболеваниями, так и психическими расстройствами.

В настоящее время на стыке кардиологии и психиатрии сформировалась новая отрасль медицины — психокардиология, включающая в себя такие группы расстройств здоровья, как органические неврозы (кардионевроз и другие соматоформные психические расстройства); нозогении (психогении в

С. А. Магомедова — канд. мед. наук, науч. сотр. (msaika@yandex.ru).



Заболееваемость ЦВБ, ИБС и артериальной гипертензией (АГ) в Республике Дагестан в 2005 г. (на 100 000 населения).

1 — в целом по республике; 2 — городское население; 3 — сельское население.

связи с непосредственным соматическим диагнозом); психосоматические заболевания (ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь) в традиционном их понимании; симптоматические психозы (соматогении — экзогенные реакции вследствие воздействия соматической вредности на психическую сферу).

Кардионевроз (кардиофобия, синдром Да Коста, псевдостенокардия, вегетативная соматоформная дисфункция сердечно-сосудистой системы по МКБ-10) является одним из наиболее распространенных психосоматических расстройств. По данным А. Смулевича и соавт. [5], органический невроз (кардионевроз) встречается у 4,7% пациентов общемедицинской сети (в амбулаторной практике у 15,6% больных), в многопрофильном стационаре — у 2%. Чаще всего (в 66% случаев) кардионевроз развивается у женщин.

К сожалению, большая часть пациентов, страдающих БСК, не имеют возможности обратиться за профессиональной психиатрической и психотерапевтической помощью во многом и в силу психологических причин, когда считается чем-то неправильным лечиться у психиатра, психотерапевта. В амбулаторной и стационарной общесоматической сети, как правило, эта проблема также не находит должного понимания у лечащих врачей, которые психокардиологические проблемы облачают в рамки диагноза вегето-сосудистой дистонии и цереброваскулярной болезни (ЦВБ). В то же время исследования показали, что в течении таких заболеваний психики, как сосудистая депрессия, сосудистая и смешанная деменции, большую роль играют кардиоваскулярные нарушения [9], в том числе ЦВБ [1].

В Республике Дагестан в 2005 г. заболеваемость ЦВБ составила 1648,7 на 100 000 населения.

В целом по республике ЦВБ, ИБС и АГ чаще диагностируются у городского населения, но в селах ЦВБ диагностируется практически в 2 раза реже (см. рисунок). Возможно, это связано с отсутствием у сельских жителей таких стрессогенных факторов урбанизации, как скученность людей в городах, более интенсивный ритм жизни, а также с более низким качеством диагностической и лечебной помощи на селе по сравнению с городами. Это находит свое подтверждение в структуре смертности — в селах от АГ умирают чаще, чем в городах. Смертность от БСК в Республике Дагестан в 2005 г. составила около половины общей смертности

населения. Структура смертности по этим заболеваниям также сохраняет выявленные общие тенденции, за исключением смерти вследствие ЦВБ.

В сельской местности смертность от АГ существенно выше, чем от ИБС и ЦВБ (табл. 1).

В то же время в структуре смертности, как в городах, так и на селе, достаточно высока доля умерших от ЦВБ. Возможно, это обусловлено общими тенденциями диагностики этого заболевания на территории РФ, а также небольшой долей вскрытий умерших, что связано в том числе и с религиозно-культурными традициями (нежелательность вскрытия тел умерших мусульман).

Важной организационно-методической точкой соприкосновения БСК и психики человека является проблема деменции лиц пожилого и старческого возраста. Деменция в пожилом и старческом возрасте, как правило, обусловлена прогрессированием ЦВБ. Такой пациент находится под наблюдением терапевта либо кардиолога, а в случае инсульта может наблюдаться неврологом [3]. Во всероссийском эпидемиологическом исследовании когнитивных нарушений "ПРОМЕТЕН" установлено, что до 25% пожилых пациентов, пришедших на прием к неврологу, страдают деменцией; по другим данным, от 5 до 15% всех пожилых лиц в зависимости от возрастной группы страдают этим заболеванием [2, 8]. Но диагноз "деменция" в нашей стране может быть установлен только врачом-психиатром и, как правило, несет определенные, в том числе и правовые, последствия (возможность постановки перед судом вопроса о дееспособности, госпитализация в психиатрический стационар и т. д.). В связи с этим отмечается недостоверность статистических данных, отражающих сведения о распространенности деменции, которая является основной причиной смерти лиц пожилого и старческого возраста в классе "Психические расстройства и расстройства поведения" [7].

В Республике Дагестан смерть от болезней психики в пенсионном возрасте была зарегистрирована в 13 случаях, причем только в городах. В сельских районах не выявлено ни одного случая, что, учитывая общую распространенность деменции, предположительно является недостоверным и требует дополнительной проверки. Возможно, такие данные обусловлены отсутствием психиатрической помощи лицам старческого и пожилого возраста в сельских районах Республики Дагестан. В то же время смерть от болезней нервной системы в пенсионном возрасте существенно выше в городах, чем в сельских районах (табл. 2—4), что скорее всего обусловлено отсутствием отрицательного влияния урбанизации, низким качеством диагностической помощи, а также культурно-религиозными особенностями, обуславливающими низкий про-

Таблица 1
Смертность кардиологических больных (старше 18 лет) за 2005 г.

Территория	Смертность от БСК, % от общей смертности	Смертность от ИБС, % от БСК	Смертность от АГ, % от БСК	Смертность от ЦВБ, % от БСК
Республика Дагестан	50,8	53,1	5,2	24,5
Города	51,0	54,3	4,4	26,5
Сельские районы	50,7	52,3	5,6	23,4

Основные причины смерти по Республике Дагестан в 2008 г.

Код МКБ	Причина смерти	Трудоспособное население		Пенсионеры	
		мужчины	женщины	мужчины	женщины
F01—F99	Психические расстройства и расстройства поведения	27	3	7	6
G00—G98	Болезни нервной системы	45	26	13	16
I00—I99	Болезни системы кровообращения	621	132	2906	4207

Таблица 3

Основные причины смерти по городам Республики Дагестан в 2008 г.

Код МКБ	Причина смерти	Трудоспособное население		Пенсионеры	
		мужчины	женщины	мужчины	женщины
F01—F99	Психические расстройства и расстройства поведения	19	1	7	6
G00—G98	Болезни нервной системы	19	6	5	12
I00—I99	Болезни системы кровообращения	297	53	1042	1568

Таблица 4

Основные причины смерти по сельским районам Республики Дагестан в 2008 г.

Код МКБ	Причина смерти	Трудоспособное население		Пенсионеры	
		мужчины	женщины	мужчины	женщины
F01—F99	Психические расстройства и расстройства поведения	8	2	—	—
G00—G98	Болезни нервной системы	26	20	8	4
I00—I99	Болезни системы кровообращения	324	79	1864	2639

цент посмертных вскрытий.

Учитывая вышесказанное, для изменения ситуации представляются оправданными следующие научно-практические предложения по реформированию медицинской помощи в Республике Дагестан:

1. Внести изменения в медико-экономические стандарты диагностики и лечения БСК. Ввести для больных ИБС, АГ, ЦВБ обязательные консультации врачей-психиатров, психотерапевтов, прошедших специальную подготовку в области психокардиологии.

2. Провести дополнительную подготовку врачей, участвующих в оказании кардиологической помощи (кардиологов, терапевтов), в области психокардиологии.

3. Организовать дополнительную подготовку врачей-кардиологов, терапевтов, врачей общей практики, неврологов по методикам скринингового обследования (тест "часы" и т. п.) на предмет выявления когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста.

4. Министерству здравоохранения Республики Дагестан совместно с ведущими научными и медицинскими организациями разработать методики диагностики когнитивных нарушений у лиц с низким уровнем образования (не умеющих читать и писать).

5. Провести независимую экспертизу организации медико-статистического учета заболеваний психики и психиатрической помощи в Республике Дагестан.

6. Оснастить кабинеты врачей общей практики, участковых терапевтов, оказывающих помощь на селе, наглядно-методическими пособиями для разъяснения важности ранней диагностики БСК, ЦВБ и деменции.

7. При разработке программ по формированию

здорового образа жизни населения учитывать влияние стрессиндуцирующих факторов на возникновение и усугубление патологических процессов в сердечно-сосудистой системе.

8. Разрабатывать и широко внедрять целевые программы по популяризации психиатрической, психотерапевтической и психокардиологической помощи населению.

9. Проводить разъяснительную работу с привлечением культурно-религиозных лидеров сельской местности о необходимости вскрытия тел умерших.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьева О. В. Депрессия как фактор, сопутствующий цереброваскулярной болезни // Консилиум-Медикум, 2007. — Том 9. — № 2. http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/07_02/129/shtml.
2. Дамулин И. В. Болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция. — М., 2002.
3. Захаров В. В. Современные подходы к ведению пациентов с деменцией (2007). <http://www.cardiosite.ru/articles/article.asp?id=4437>.
4. Кательницкая Л. И. Состояние и перспективы развития кардиологической службы ЮФО. Южно-Российский медицинский журнал № 2, 2004; <http://medi.ru/doc/6840202.htm>.
5. Смулевич А., Дробизев М., Иванов С. Современные проблемы психокардиологии. — Русский Врач № 6, 2004; <http://www.rusvrach.ru/articles/vrach-6-2004str4-8>.
6. Устав (Конституция) Всемирной Организации Здравоохранения (Нью-Йорк, 22 июля 1946 года). <http://www.med-prof.ru/vm212.html>.
7. Харченко В. И., Какорина Е. П. и соавт. Смертность от болезней системы кровообращения в России и в экономически развитых странах. Необходимость усиления кардиологической службы и модернизации медицинской статистики в Российской Федерации // Российский кардиологический журнал. 2005, № 2; <http://medi.ru/doc/6650201.htm>.
8. Яхно Н. Н. // Достижения в нейрогеронтологии / Под ред. Н. Н. Яхно, И. В. Дамулина. — М., 1995. — С. 9.
9. Devanand D. P., Adorno E., Cheng J. et al. // J. Affect. Disord. — 2004. — Vol. 78, N 3. — P. 259—267.

Поступила 25.02.10

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Росздрава

Представлены результаты исследования, проведенного у 304 пациенток амбулаторно-поликлинического приема с экзогенно-конституциональным ожирением. Нарушения пищевого поведения изучены с использованием датской анкеты пищевого поведения "DEBQ". Выявлены значимые мотивы обращения женщин к врачу с целью коррекции веса: проблемы со здоровьем — 75%, в 37,3% случаев — продвижение по служебной лестнице, в 26,4% — самоутверждение и на последнем месте — за компанию с подругой, мамой, коллегой (4%); неопределенными (любопытство) остались мотивы в 3,9% случаев. Разработаны программы профилактики и реабилитации пациентов с избыточной массой тела и ожирением с учетом типа пищевого поведения и факторов повышения комплаентности.

Ключевые слова: масса тела, пищевое поведение, факторы комплаентности

THE MEDICAL CARE TO PATIENTS WITH DIET BEHAVIOR DISORDERS IN CASE OF OBESITY

Salmina-Hvostova O.I., Alekseeva N.S.

The article deals with the results of the study applied to 304 patients with exogenic constitutional obesity during their reception. The Danish questionnaire DEBQ related to the issues of diet behavior was applied. The study revealed significant motivations of women to visit their physician with the purpose of weight adjustment: health problems (75%), need to obtain quick promotion (37%), self-affirmation (26%), to keep girlfriend, mother, colleague company (4%), curiosity (3%). The programs of prevention and rehabilitation are developed for patients with overweight and obesity to take into account the type of diet behavior and factors to increase the patient's.

Key words: body mass, diet behavior, compliance factors

Задачами здравоохранения являются активизация работы по профилактике широко распространенных заболеваний, имеющих важное социально-экономическое значение, и совершенствование медицинской помощи.

Расстройства пищевого поведения клинически проявляются избыточной массой тела и ожирением, распространенность которых среди трудоспособного населения Российской Федерации составляет 30 и 25% соответственно [1, 3, 7, 9, 11, 12]. По данным ВОЗ, к 2025 г. в России страдать ожирением будут 40% мужчин и 50% женщин. Серьезную тревогу вызывает тот факт, что ожирение "молодеет" и охватывает все большее число людей активного возраста [2, 13, 14].

У большинства пациентов с ожирением наблюдаются нарушения психологических форм пищевого поведения, способствующие усилению влечения к пище [6]. Различают эмоциогенное, ограничительное и экстернальное пищевое поведение, свойственное пищевым аддиктам [4, 5]. В 60% случаев у пациентов с ожирением отмечается эмоциогенный тип нарушения пищевого поведения, 40% больных с ожирением активных жалоб на переживание не предъявляют [8].

Традиционные методы лечения ожирения (диета, физические упражнения) необходимо применять в комплексе с психотерапией и фармакотерапией, что позволяет предотвратить отказы от терапии, избежать декомпенсации в психической и вегетативной сферах, добиться нормализации пищевого поведения, предотвратить рецидивы заболевания [10].

Для успешного лечения от пациента требуются изменение образа жизни и четкое следование терапевтическому режиму. Знание психологических особенностей, оказывающих выраженное влияние на поведение пациента, связанное с заболеванием, дает возможность осуществить врачебный кон-

троль для достижения и поддержания планируемого результата и привлечения пациентов к активному участию в процессе лечения.

Цель нашего исследования — изучить мотивы обращения женщин к врачу с целью коррекции массы тела, разработать программы профилактики и реабилитации с учетом факторов повышения приверженности к лечению пациентов с расстройствами пищевого поведения при ожирении.

Были обследованы 304 женщины амбулаторно-поликлинического приема с экзогенно-конституциональным ожирением, ассоциированным с расстройством пищевого поведения, в возрасте 20—60 лет. Средний возраст пациенток составил $38,2 \pm 10,1$ года, преобладали женщины в возрасте от 40 до 50 лет (46%). Индекс массы тела (ИМТ) в среднем соответствовал $34,55 \pm 2,75$ кг/м² (от 25,25 до 37,35 кг/м²). На момент обследования 168 (55%) женщин были замужем, 136 (45%) в браке не состояли.

Для выявления нарушений пищевого поведения использовали датскую анкету пищевого поведения "DEBQ" для оценки ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения [15]. Для постановки диагноза ожирения определяли ИМТ по формуле ВОЗ (1997).

Выявлено, что экстернальный тип пищевого поведения женщин амбулаторного приема связан с избыточной массой тела (37,3%) и в меньшей степени с ожирением II степени (26,9%; $p > 0,5$). При эмоциогенном типе пищевого поведения чаще отмечалось ожирение II—III степени. Ограничительный тип пищевого поведения при небольшом превалировании встречался у пациенток с ожирением III степени (25%) и избыточной массой тела (22,4%). Рационального типа пищевого поведения придерживались женщины с избыточной массой тела (9%) и ожирением II степени (7,7%).

В ряде работ указывается на приоритетное зна-

чение психологических факторов в генезе ожирения и психосоматический характер данного заболевания. Определенную роль в успехе лечения играет стадия готовности пациента к этим изменениям.

В 1993 г. разработана теория мотивации на изменение поведения, которая зависит от стадии готовности пациента к этим изменениям. Выделяют 5 стадий этой готовности.

На 1-й, предваряющей, стадии больные недооценивают пользу изменений и боятся трудностей при их осуществлении. Чаще всего эти пациенты не готовы к изменениям образа жизни, избегают разговоров об этом и защищаются, если на них оказывается давление. Как правило, таких пациентов можно встретить на амбулаторном приеме, например у эндокринолога, терапевта, куда они обратились по любому экстренному случаю, но только не в связи с избыточной массой тела. На этой ступени пациенты еще не имеют намерений в ближайшем будущем что-то менять в своей жизни. Если пациенту трудно оценить характер питания и вспомнить, что он ел за последние дни, — он, вероятно, находится на предварительном этапе. Нужно выяснить, понимает ли пациент связь между состоянием его здоровья и характером питания. Если нет, он действительно находится на предварительном этапе.

На 2-й стадии (размышления) пациент обдумывает свои проблемы, у него появляется желание предпринять действия для изменения образа жизни и питания. Он еще сомневается, не уверен в своих силах, преувеличивает трудности, испытывает противоречивые чувства относительно изменений в своей жизни, но осознает, что лишний вес является проблемой и способствует ухудшению здоровья. Пациент уже готов к изменениям, но не в достаточной степени.

На 3-й ступени готовности к переменам (стадия подготовки) пациент задумывается о необходимости действий и готов к некоторым поступкам в течение ближайшего времени, но не допускает и мысли об изменении своих привычек. Например, он уже понимает, что характер его питания может отрицательно сказаться на здоровье, верит, что польза от изменений перевесит те трудности, с которыми он может столкнуться, однако видит для себя множество препятствий к его изменению. В этом случае нужно помочь пациенту устранить препятствия к изменению образа жизни. Следует выяснить, кто в семье пациента занимается закупкой продуктов, питается ли пациент вне дома, имеются ли у него нереалистичные представления о степени изменений диеты. Подробный анализ этих вопросов поможет больному перейти к непосредственному планированию изменений в диете. Можно предложить пациенту несколько путей, не очень сложных для выполнения. Например, когда нет ощущения чувства голода, а по привычке возникнет желание перекусить, то можно выпить стакан воды.

На 4-й стадии активного действия пациент уже понимает, что его питание неправильное, негативно влияет на здоровье, и готов соблюдать определенные ограничения в диете, но еще велик соблазн употребления в пищу недопустимых продуктов "за компанию". На данной ступени пациент начинает предпринимать активные действия по изменению

пищевых привычек и стереотипов питания. Эта ступень отличается высокими обязательствами и энтузиазмом со стороны больных. Наиболее частыми переживаниями являются опасения по поводу возможности вернуться к старому образу жизни. Необходимо помочь пациенту в разработке четкого плана мероприятий по изменению образа жизни. Важно разделить план на небольшие, легко выполнимые этапы.

На 5-й, заключительной, стадии модели изменения поведения, сохранения результата, пациенты предпринимая усилия для сохранения изменений пищевых привычек и образа жизни на более длительный срок.

Неверно считать, что все размышления по стадиям выглядят линейно. Чаще всего наблюдается спиральная модель изменений. Возможен срыв на каком-то этапе, после чего попытки возобновляются. При этом человек думает, что потерпел полный провал и все его тяжелые усилия потрачены в пустую. Однако это не движение по кругу, а восходящая спираль. Отмечается стадия А — не готов к изменению, В — не уверен в готовности, С — готов к изменению.

Нами выявлено, что среди пациенток амбулаторного приема на 1-й стадии находились 7,2% пациенток, на 2-й — 25%, на 3-й — 17,8%, на 4-й — 31,9%, на 5-й стадии — 18,1%. Таким образом, на момент лечения большинство пациенток находились на стадии размышления. У них отмечалось желание предпринять действия для изменения образа жизни и питания, но оставалась неуверенность в своих силах. Пациентки осознали, что их лишний вес является проблемой.

Е. С. Креславский и др. (1984) предложили схему реабилитационной программы больных с ожирением (партнерство, разносторонность усилий, единство психосоциальных и биологических методов воздействия).

Т. Г. Вознесенская (2004) указывает, что лечение ожирения нужно начинать с усиления мотивированности на снижение массы тела. Необходимо формировать реалистичные ожидания и достижимые цели. До начала лечения пациента необходимо информировать о характере заболевания и методах лечения.

Готовность пациента к лечению складывалась из нескольких показателей: мотива обращения к врачу; предшествующего опыта по уменьшению массы тела; осведомленности о причинах развития заболевания и его отрицательном влиянии на здоровье; готовности к длительной работе с врачами по изменению образа жизни; наличия сопутствующей патологии, других вредных привычек; установления доверительных отношений с врачом и веры в успех лечения. Работа в группе являлась более продуктивной, так как позволяла пациентам обмениваться опытом, общаться с людьми, имевшими положительные результаты лечения, что подкрепляло их мотивацию к лечению.

Результаты проведенного исследования выявили определенные мотивы обращения пациенток к врачу с целью коррекции массы тела.

На первом месте среди причин, побудивших обратиться к врачу с целью коррекции избыточной массы тела, были проблемы со здоровьем (75%), в 37,3% случаев — продвижение по служебной лестнице, в 26,4% — самоутверждение и на последнем

Наиболее значимые мотивы обращения женщин к врачу с целью коррекции массы тела (с учетом нескольких вариантов ответа)

Причина	Доля женщин, %
Проблемы со здоровьем	75,0
Самоутверждение	26,4
Плохой пример детям	13,8
Осуждение близких и окружающих	10,2
Продвижение по служебной лестнице	37,3
Влюбленность	15,0
Измена мужа или значимого мужчины	9,8
Желание изменить гардероб	22,0
"За компанию" с подругой, мамой, коллегой	4,0
Неопределенные ("любопытство")	3,9

месте — "за компанию" с подругой, мамой, коллегой (4%); неопределенными (любопытство) остались мотивы в 3,9% случаев (см. таблицу).

Для оптимизации помощи пациентам с расстройствами пищевого поведения и ожирением нами разработаны программы профилактики и реабилитации, отличающиеся объемом психотерапевтических и психофармакологических мероприятий, которые направлены на личностный рост, повышение самооценки, укрепление мотивации на лечение, нормализацию и поддержание рационального пищевого поведения, снижение массы тела.

Первая программа (для пациентов с избыточной массой тела) включала рациональную, суггестивную, косвенную, поведенческую психотерапию, холокolorную (воздействие цветом) терапию, тренинг психологической устойчивости (совместно с людьми, окружающими пациента в семье), диетпрограмму.

Вторая программа (для пациентов с эмоциональным типом пищевого поведения) содержала рациональную (с заключением психотерапевтического контракта) психотерапию, формирование значимой мотивации на лечение, нейролингвистическое программирование, диетпрограмму, психофармакотерапию.

Третья программа (для пациентов с экстернальным типом пищевого поведения) включала рациональную психотерапию (с заключением психотерапевтического контракта), формирование активной положительной эмоционально-волевой мотивации на достижение конечной цели, косвенные внушения (с учетом репрезентативной системы), суггестивную психотерапию, диетпрограмму; психофармакотерапию.

Четвертая программа (программа профилактики расстройств пищевого поведения для студентов) включала психологический тренинг для повышения стрессоустойчивости и программу повышения образовательного уровня в вопросах здорового питания.

В настоящее время одним из путей повышения эффективности лечения многих неинфекционных заболеваний является повышение комплаенса (англ. — compliance). Для определения понятия степени выполнения пациентом назначений врача предлагалось множество терминов. Раньше других появился термин "комплаентность", который определяется как "повиновение" медицинским назначениям, объединяет комплекс мероприятий, направленных на безукоризненное и осознанное выполнение больным врачебных рекомендаций в целях стабилизации состояния (при хроническом заболе-

вании). С пониманием необходимости активного участия пациента в лечении было предложено несколько вариантов замены: "приверженность лечению", "соблюдение назначений", "конкордантность". В настоящее время в литературе используются термины "приверженность лечению", "комплаентность".

Любое соматическое заболевание, в том числе сахарный диабет, ожирение, гипертоническая болезнь и многие другие, влияет как на физическое состояние больного, так и на его психический статус. Однако в современной медицине традиционно наибольшее внимание уделяется так называемым объективным данным, при этом важная часть информации о психологической, социальной, эмоциональной составляющей единой индивидуальной картины болезни остается вне поля зрения врача. Вместе с тем больной является участником лечебного процесса, а не пассивным объектом терапии, поэтому его психологический статус и готовность к сотрудничеству, т. е. комплаенс, имеют важное значение для эффективности лечения и течения заболевания в целом. Даже при правильной и своевременной диагностике, адекватно назначенном лечении результаты лечения будут неудовлетворительными, если больной не выполняет рекомендации врача.

Комплаенс находится под влиянием ряда клинических факторов. Он ниже при более раннем начале заболевания, малой продолжительности, приступообразном течении, высокой частоте рецидивирования и малой длительности ремиссий. Снижение комплаенса достоверно связано с повышенным риском госпитализации, поступлением по скорой помощи. Предсказать комплаенс на основании симптоматического улучшения после выписки трудно, поскольку на этом этапе целью становится не избавление от симптомов, а поддержание бессимптомного состояния. Наиболее низкий уровень комплаентности наблюдается при наличии множественной патологии и, значит, сложной тактике терапевтического вмешательства, которое должно выполняться на протяжении всей жизни.

Факторы повышения комплаентности. 1. *Оптимальный уровень психологического комфорта и хорошее физическое самочувствие.* Как правило, в анамнезе почти у каждого пациента с ожирением имеются многократные неэффективные попытки снизить массу тела с помощью различных диет, зачастую весьма изнурительных и экстравагантных. Главной причиной неэффективности чаще всего является непродолжительность, конечность этих попыток — тот самый "курсовой" подход к терапии ожирения, о котором мы упоминали выше. Разочарование приводит пациентов к тому, что они воспринимают рекомендации врача по коррекции питания как заведомо малоэффективные и отказываются от дальнейших усилий. Кроме того, у многих больных при соблюдении неадекватных диетических рекомендаций (например, слишком резкое ограничение калорийности или голодание) развиваются слабость, постоянное чувство голода, явления гиповитаминоза.

Практические врачи пока недостаточно информированы о том, что, по имеющимся данным, примерно у 60% лиц с избыточной массой тела и ожирением переедание является следствием реакции на стресс или конфликтную ситуацию, на скрытую

депрессию или тревогу, причем эти состояния могут даже не осознаваться пациентом и не проявляться какой-либо типичной клинической симптоматикой. Это состояние получило название "гиперфагическая реакция на стресс". Прием пищи стимулирует выработку в головном мозге эндорфинов ("гормонов удовольствия") и повышает проницаемость гематоэнцефалического барьера для аминокислоты триптофана — предшественника серотонина, играющего в свою очередь важную роль в регуляции настроения. Таким образом, пища служит мощнейшим антидепрессантом и транквилизатором для ряда больных, помогая им справиться со стрессовой действительностью. Резкое ограничение потребления пищи оставляет пациента без этого привычного и удобного "лекарства", что ведет к ухудшению настроения вплоть до депрессии, повышению эмоциональной лабильности, раздражительности и отказу от какой-либо диеты вообще.

2. Индивидуализация диетических рекомендаций. Несмотря на то что базовые принципы диетотерапии ожирения — снижение калорийности и уменьшение доли жиров в структуре питания — остаются одинаковыми для всех пациентов, вероятность их успешного применения почти целиком и полностью зависит от того, насколько при их реализации врач будет учитывать пищевые привычки и исходную калорийность питания конкретного пациента и корректировать их плавно, постепенно, наименее болезненным для пациента способом.

Многие больные, а нередко и врачи, только начинающие работать с тучными пациентами, возлагают надежды на применение так называемого недельного меню, в котором строго регламентируются количество и вид продуктов, их распределение на приемы в течение дня и даже способ приготовления блюд. Несмотря на то что меню составлены грамотно и учитывают все необходимые теоретические рекомендации, шанс на длительное их соблюдение довольно мал. С энтузиазмом начав жить по составленному врачом расписанию, пациент вскоре вдруг обнаруживает, что того или иного продукта он не может или не успел купить, третий продукт он не любит и есть не будет, еще два блюда категорически не нравятся его домашним, поэтому их перестают готовить, а назначенное время приемов пищи не соответствует графику его работы. Причина этого очевидна — подобные меню составляются для гипотетического пациента, а не для реального человека, имеющего индивидуальные склонности, вкусовые предпочтения, наконец, финансовые возможности. Врачу, который составляет такое меню, неизвестно, что предпочтет или может позволить себе пациент — дорогой творог "Даниссимо" с нулевым содержанием жира или более дешевое молоко 0,5% жирности, а в зимнее время — импортные баклажаны или квашеную капусту со своего огорода.

Поскольку пища с меньшим содержанием жира нередко кажется безвкусной или менее вкусной, отчасти это можно компенсировать, допустив привычный для пациента способ приготовления пищи и применение приправ. Например, если пациент не может отказаться от жареного, можно порекомендовать ему жарить на сковороде с антипригарным покрытием (тефлоновой) с минимальным количеством масла или совсем без масла. Для заправки салатов вместо растительного масла, майонеза,

сметаны или соусов можно рекомендовать лимонный сок или разбавленный уксус со специями, обезжиренный и несладкий йогурт. Если пациент любит супы, их можно варить, как прежде, на обычном мясе, не вываривая его дважды, но после охлаждения супа в холодильнике снять с него жир и только после этого есть — при этом вкусовые качества любимого блюда полностью сохранятся, а калорийность будет снижена.

Допустимы и редкие "поблажки" — отклонения от качественной структуры питания (сладости, избыток жира, изредка алкогольные напитки), если при этом общая суточная калорийность не превышает рекомендованной нормы. Если же переедания избежать не удалось, следующий день может быть разгрузочным. Мы не являемся сторонниками непререкаемого "планового" включения регулярных разгрузочных дней в диетотерапию ожирения. Скорее, их следует рекомендовать именно в качестве компенсации за предыдущее переедание (например, за праздничным столом). Когда пациент четко знает, за что именно он "платит" разгрузочным днем, разгрузка переносится легче. Если же пациент не превысил рекомендованной калорийности, не будет и разгрузочного дня.

Калорийность разгрузочного дня составляет 700—900 ккал. Стандартные рекомендации по питанию во время разгрузочного дня включают яблоки, капусту, помидоры, кефир и т. д. Как показывает практика, большинство пациентов неудовлетворительно переносят такие разгрузки, поскольку эти продукты обладают кислотным потенциалом, стимулируют желудочную секрецию и усиливают аппетит. По опыту наших пациентов, гораздо легче переносятся разгрузочные дни, включающие продукты с нейтральным или щелочным потенциалом (груши, персики, кабачки, баклажаны, молоко 0,5% жирности, постное отварное мясо и т. д.).

Индивидуализация диетических рекомендаций возможна только после того, как врач будет иметь полную входную информацию о названных выше характеристиках пациента. На практике получить ее можно только с помощью дневников питания.

Из последней колонки дневника питания — графы "Примечания" — пациент и врач могут узнать много любопытного, что существенно повлияет на тактику борьбы с лишним весом. Следует лишь попросить пациента всякий раз, когда он собирается что-либо съесть, записать, почему он сейчас будет есть. Здесь и станет очевидным, что в большом проценте случаев прием пищи вовсе не был связан с чувством голода. Именно записи в данной графе покажут, насколько часто пациентка начинает есть, потому что ей грустно, скучно, тоскливо, хочется повысить себе настроение, расслабиться, успокоиться, "заедание" с целью улучшить настроение. В подобных ситуациях необходима помощь психолога или психотерапевта, который будет работать с причинами этих состояний и предложит методы их устранения. Другая группа поводов для приема пищи, которую можно выявить по записям в графе дневника "Примечания", — это еда в отсутствие аппетита: "за компанию", "от нечего делать", для развлечения, еда как реакция на запах и внешний вид пищи и т. д. Таким образом, именно дневник питания помогает пациенту увидеть, где скрыты большие резервы для сокращения потребления пищи и постепенно перейти к принципу "ем, толь-

ко когда голоден".

Пищевое поведение во многом является усвоенным и формируется под влиянием окружения, в первую очередь семьи, основы его закладываются в детстве. Поскольку бытовое понимание здорового и красивого ребенка неправильно ассоциируется с полным ребенком, перекармливание становится правилом во многих семьях. Несмотря на то что организм ребенка способен адекватно регулировать потребление пищи, ориентируясь на чувство голода, систематическое перекармливание ведет к формированию стойкой привычки есть в отсутствие голода. Поощрение детей пищей, особенно жирной и сладкой (шоколад, торты и т. д.), использование ее как подарка или, наоборот, лишение такой пищи в качестве наказания также способствуют тому, что в дальнейшем уже взрослый человек будет "заедать" плохое настроение, а любые попытки ограничить потребление пищи будут восприниматься им как резко негативно влияющие на психологическое состояние. В целом работа с членами семьи пациента с ожирением — очень важное условие успеха диетотерапии, поскольку соблюдать какие-либо ограничения одному при доступности пищевой пищи весьма трудно.

Перечислим лишь некоторые рекомендации, которые могут быть даны любым врачом и которые способствуют коррекции неправильных пищевых привычек: избегать ситуацию есть "за компанию"; если нет аппетита, оставить на тарелке недоеденное; не есть, если уже имеется чувство насыщения (чувство насыщения в процессе приема пищи возникает не сразу, а спустя 20—30 мин после еды); есть медленно, после каждого куска обязательно класть на стол вилку или ложку; незадолго до окончания еды делать перерыв на 4—5 мин, после чего, возможно, доедать до конца не захочется.

Следует рекомендовать пациентам покупать продукты строго по заранее составленному списку, не отправляться за продуктами в состоянии голода, а постоянный маршрут на работу или к месту учебы выбрать так, чтобы не проходить мимо предприятий быстрого питания. Эти рекомендации особенно важны для пациентов с экстернальным типом пищевого поведения, которые не могут устоять против запаха и внешнего вида пищи.

3. Позитивный характер общения с пациентом. То, что английское слово комплаентность в обсуждаемом нами контексте не имеет краткого и точного перевода на русский язык, еще раз подчеркивает, что в отечественной медицине все еще господствует традиция императивных отношений с больными, предполагающая выполнение рекомендаций без рассуждений и объяснений. Сами рекомендации, как правило, носят запретительный характер, и вина за их несоблюдение возлагается полностью на самого пациента. Такой подход никогда не будет сопровождаться высокой приверженностью к лечению. Не оправдано и запугивание больных отдаленными последствиями заболеваний, связанных с ожирением. Специальные исследования показали, что если в основе соблюдения каких-либо рекомендаций лежит только страх, то продолжительность их соблюдения у большинства больных с хроническими заболеваниями не превышает полугодя.

Вместо формулировок "Вы должны" или "Вам нельзя" необходимо перейти к формулировке "Вы

можете", соответственно вместо запрета предложив конструктивную альтернативу. За пациентом, как за взрослым человеком, нужно оставлять право выбора действия, решение о снижении массы тела должен принимать он сам. На приеме у врача пациент с ожирением должен почувствовать, что он наконец-то оказался с врачом не по разные стороны баррикады, когда один постоянно не слушается и обманывает, а другой старается уличить и обвинить. В психологии такие отношения называют ребенок—родитель. Обучение должно строиться по типу отношений взрослый—взрослый, даже в том случае, если пациентом является подросток. Больной должен почувствовать, что его проблемы понимают, его мнение и опыт уважают и сделают все возможное, чтобы помочь ему. Это уменьшит чувство вины и его обратную сторону — агрессию и ложь.

Таким образом, изучение проблемы комплаентности, безусловно, имеет большое значение при лечении различных заболеваний неинфекционной природы. Однако медицинским работникам необходимо четко структурировать свои действия. Социально-экономические и организационные аспекты комплаентности вносят существенный вклад в эффективность лечения. К сожалению, быстрого решения этих вопросов в условиях современного здравоохранения добиться достаточно трудно, поэтому все усилия, на наш взгляд, необходимо сконцентрировать именно на решении медико-психологических аспектов комплаентности.

В настоящее время для повышения комплаентности пациентов с ожирением с расстройствами пищевого поведения необходимо расширять сотрудничество врачей первичного звена здравоохранения с психотерапевтами, обучаться приему убеждения с помощью рациональной психотерапии. Помимо этого, необходимо сосредоточить внимание на повышении уровня знаний медицинских работников в области психологии (варианты реагирования пациентами на болезнь, психологический портрет больного, техника активного слушания со стороны врача и др.). Это позволит повысить эффективность терапевтического процесса, в частности создать оптимальные отношения в диалог врач—пациент и оптимизировать лечебный процесс. Нами разработана учебная программа факультативных занятий по теме: "Повышение психологической компетенции медицинских работников" для курсантов циклов общего и тематического усовершенствования ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава (72 ч).

ЛИТЕРАТУРА

1. Барановский А. Ю., Ворохобинной Н. В. Ожирение (клинические очерки). — СПб., 2007.
2. Бессесен Д. Г., Кушнер Р. Избыточный вес и ожирение. — М., 2004. — С. 61—68.
3. Вахмистров А. В., Вознесенская Т. Г., Посохов С. И. // Журн. неврол. и психиатр. — 2001. — № 12. — С. 19—24.
4. Дедов И. И., Мельниченко Г. А. Ожирение. — М., 2004. — С. 234—271.
5. Дедов И. И. // Ожирение и метаболизм. — 2006. — № 1. — С. 2—4.
6. Егорова А. Ю. // Человек, алкоголь, курение и пищевые аддикции (соматические и наркопсихиатрические аспекты): Материалы 2-го междисциплинарного конгресса с международным участием (24—25 апр. 2008 г.). — СПб., 2008. — С. 203.
7. Калинин О. Ю. // Вестн. новых мед. технол. — 2006. — Т. 13, № 2. — С. 188—190.

8. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., Загоруйко Е. Н. Идентичность. Развитие. Перенасыщенность. Бегство. — Новосибирск, 2007.
9. Кыбанова Е. С., Малютина С. К., Насонова Н. В. и др. // Тер. арх. — 2005. — № 3. — С. 64—67.
10. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения. — М., 2007.
11. Мельниченко Г. А. // Рус. мед. журн. — 2001. — Т. 2, № 9. — С. 82—87.
12. Окорочкова И. А., Бабий А. Т., Федорцова Л. П. // Здоровое питание: воспитание, образование, реклама: Материалы 6-й Всероссийской конф. — М., 2003. — С. 144—145.
13. Ромацкий В. В., Семин И. Р. // Бюл. сиб. мед. — 2006. — № 4. — С. 83—91.
14. Старостина Е. Г. // Врач. — 2005. — № 2. — С. 28—31.
15. Van Strein T., Frijtere J., Bergere G. et al. // Int. J. Eat. Disord. — 1986. — Vol. 5, N 2. — P. 295—315.

Поступила 04.05.09

© В. О. ЩЕПИН, О. Г. ЛЮБЕНКО, 2010
УДК 614.2:616.314-08-056.266-039.57

В. О. Щепин¹, О. Г. Любенко²

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ИНВАЛИДАМ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

¹Национальный НИИ общественного здоровья РАМН; ²Стоматологическая поликлиника № 50, Москва

Изложены основные проблемы оказания стоматологической помощи инвалидам. Представлена организация стоматологической помощи в условиях городской стоматологической поликлиники. Доля пациентов старшей возрастной группы среди получивших помощь врачей ортопедического отделения в поликлинике и на дому была наибольшей.

Состояние и организация стоматологической помощи инвалидам диктуют необходимость мер социального характера в отношении предоставления им стоматологических услуг, включающих профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую помощь, и являются важным этапом в сохранении и укреплении здоровья данной категории населения.

Ключевые слова: городская стоматологическая поликлиника, стоматологическая помощь, инвалид, инвалид-колясочник

THE STOMATOLOGICAL CARE OF DISABLED PATIENTS IN THE CONDITIONS OF URBAN POLYCLINIC

Schepin V.O., Lubenko O.G.

The article deals with the issues of providing stomatological care to disabled persons. The organization of stomatological care in the urban stomatological polyclinic is presented. The elder patients who received dental care in the orthopedic department were in sound majority. The conditions and organization of stomatological care to disabled patients dictate the necessity to apply the measures of social implementation as regarded the provision of stomatologic services including preventive, curative, diagnostic, rehabilitative, prosthetic and orthopaedic care.

Key words: Urban stomatologic polyclinic, stomatologic care, disabled patient, From the health practitioner experience

Изучение общественного здоровья на сегодня является актуальной темой не только для государства, но и для всего человечества. Здоровье населения — основной признак, основное свойство любой человеческой общности, ее естественное состояние, которое зависит от социально-экономических и экологических условий. Любые изменения в условиях жизни очень быстро отражаются на качестве здоровья. Многие негативные проблемы общественного здоровья связаны преимущественно с социально-бытовыми, производственными и экологическими факторами (низкие доходы населения, плохое качество питания и питьевой воды, недостаточная обеспеченность жильем, загрязнение окружающей природной среды и пр.) [6].

В течение последнего 10-летия в России регистрируется увеличение распространенности практически всех классов болезней. Ухудшение здоровья населения страны обусловлено не только комплексом общих социально-экономических факторов, но и рядом негативных тенденций в системе здравоохранения, одна из которых — несбалансированность структуры оказываемой населению медицинской помощи, характеризующихся сдвигами в сто-

рону высоких и высокочрезвычайных медицинских технологий.

В связи с ростом заболеваемости, ухудшением социально-экономического положения и уровня жизни всех слоев населения, в том числе пенсионеров, снижением качества медицинской помощи и недоступностью многих ее видов отмечается рост инвалидности в последние годы и ожидается рост инвалидности в перспективе [5, 7, 8].

Общая численность инвалидов составляет 11,4 млн человек (в 1997 г. — 7,9 млн), из них 613 тыс. — дети-инвалиды.

Основными причинами инвалидности являются болезни системы кровообращения, нервной системы и органов чувств, костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Исследованиями последних 10 лет подробно изучены отдельные вопросы организации стоматологической помощи: клинико-социологический состав пациентов, причины обращений, характер и объем оказываемой помощи, ее качество. Рассматривался и вопрос совершенствования лечебного процесса с позиций решения организационных, экономических и управленческих вопросов. Отмечено также, что эффективность стоматологической помощи имеет большую социальную значимость.

В этой связи актуальность приобретают вопросы повышения качества оказания стоматологиче-

В. О. Щепин — чл.-кор. РАМН, д-р мед. наук, проф., зам. дир. (917-92-75); О. Г. Любенко — канд. мед. наук, гл. врач (sp50@mosgorzdrav.ru).

ской помощи на основе изучения современной организационной структуры оказания стоматологических услуг населению [4].

Распространенность кариеса зубов среди лиц пожилого возраста составляет 99%, средняя интенсивность (по индексу КПУ) — 21,79%. В структуре индекса преобладает компонент У (удаленные зубы), который в среднем составляет 17,29, тогда как компоненты К (нелеченый кариес) и П (пломбированные зубы) равны соответственно 2,52 и 1,98 [3].

В связи с этим при планировании стоматологической помощи данной категории населения организаторам стоматологической службы следует принимать во внимание разработанные европейским региональным бюро ВОЗ цели стоматологического здоровья, которые должны быть достигнуты к 2020 г.: в возрасте 65—74 лет 90% населения должны иметь полноценную окклюзию (естественную или восстановленную протезами), при этом число беззубых лиц не должно превысить 1%.

В последние годы выполнены исследования, посвященные изучению проблем улучшения организации стоматологической помощи как населению в целом, так и отдельным категориям. Вместе с тем до настоящего времени не проводились углубленные исследования по изучению проблем совершенствования стоматологической помощи инвалидам в новых социально-экономических условиях и формирования системы здравоохранения.

Инвалидность представляет собой социальный феномен, избежать которого не может ни одно общество, и каждое государство сообразно уровню своего развития, приоритетам и возможностям формирует социальную и экономическую политику в отношении инвалидов. Однако возможности общества в борьбе с инвалидностью как социальным злом в конечном итоге определяются не только степенью понимания самой проблемы, но и существующими экономическими ресурсами. Конечно, масштаб инвалидности зависит от множества факторов, таких как состояние здоровья нации, развитие системы здравоохранения, социально-экономическое развитие, состояние экологической среды, исторические и политические причины, в частности участие в войнах и военных конфликтах, и др. В России все перечисленные факторы имеют ярко выраженную негативную направленность, которая предопределяет значительное распространение инвалидности в обществе.

Инвалиды, как и все люди, имеют право на медицинское, психическое или функциональное лечение. Учитывая, что данная категория людей испытывает определенные трудности с получением необходимого лечения, Генеральная Ассамблея ООН 9 декабря 1975 г. провозгласила Декларацию о правах инвалидов для содействия включению их в нормальную жизнь. Пункт 6 этой Декларации гласит, что "инвалиды имеют право на медицинское, психическое или функциональное лечение, включая протезные и ортопедические аппараты, на восстановление здоровья". Международная стоматологическая ассоциация (FDI) 18 сентября 2003 г. поддержала данную Декларацию ООН и адаптировала ее в области стоматологии: "инвалиды не должны подвергаться дискриминации в отношении доступа к медицинскому обслуживанию. Стоматологическая помощь инвалидам должна осуще-

ствляться по тем же нормам, которые существуют для людей без инвалидизации, с учетом последствий заболеваний полости рта и/или их лечения для инвалидов" [2].

В нашей стране одной из основных форм социального обслуживания инвалидов является социальное обслуживание на дому. Оно направлено на максимально возможное продление пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов в привычной социальной среде в целях поддержания их социального статуса, а также на защиту их прав и законных интересов. В отношении нуждающихся в надомных социальных услугах инвалидов осуществляется социально-медицинское обслуживание на дому.

Стоматологическая поликлиника № 50 с декабря 2001 г. решением Комитета здравоохранения Москвы имеет статус городского Центра реабилитации зубочелюстной системы инвалидов с нарушением функций опорно-двигательного аппарата Комитета здравоохранения Москвы (Центр). Медицинская помощь застрахованным по ОМС гражданам оказывается в соответствии с Московской городской программой ОМС, которая является составной частью действующей в настоящее время Территориальной программы оказания населению Москвы бесплатной медицинской помощи.

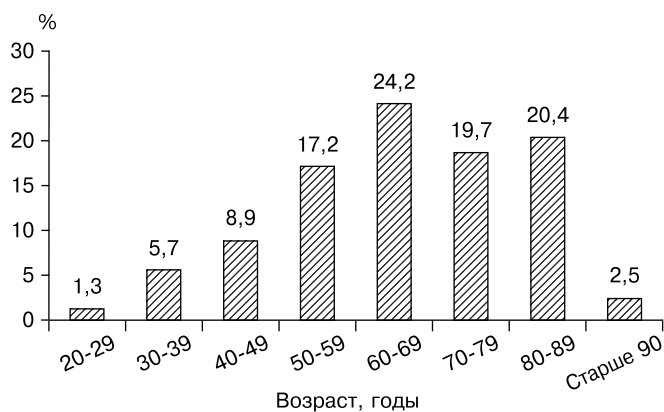
Целью создания данного Центра является оказание лечебно-диагностической помощи инвалидам с нарушением функций опорно-двигательного аппарата в амбулаторных условиях, а также оказание стоматологической помощи инвалидам с нарушением функций опорно-двигательного аппарата в условиях дневного стационара и на дому.

В Центре врачи-стоматологи оказывают следующие виды услуг: стоматология терапевтическая, хирургическая, ортопедическая, в том числе зуботехнические работы, физиотерапия, рентгенологическая диагностика. Мощности поликлиники рассчитана на 135 посещений в смену и на 35 600 посещений в год. В связи со спецификой обслуживаемого контингента Центр оснащен всем необходимым медицинским оборудованием, рабочие места приспособлены для приема больных инвалидов, специально оборудованы подъездные пути прямо к стоматологическому креслу.

Помощь инвалидам организована следующим образом: запись осуществляется по телефону за 1 день до приема; по обращаемости прием происходит в тот же день; оказывается терапевтическая, хирургическая, ортопедическая помощь.

В поликлинике функционирует дневной стационар, основной задачей которого является повышение эффективности работы за счет увеличения объема стоматологической помощи в результате возможности оказания лечебно-хирургических и ортопедических услуг каждому лицу в одно посещение и значительное сокращение (в 2—3 раза) количества посещений при оптимальном режиме работы. Это очень важно для данной группы населения, так как каждый выезд в поликлинику для инвалидов сопряжен со значительными физическими и моральными трудностями. Дневной стационар осуществляет преемственность в оказании стоматологической помощи между врачами-стоматологами различных специальностей (терапевт, хирург, ортопед).

Также одним из видов организации стоматоло-



Распределение (%) пациентов-инвалидов, принятых в 2007 г. врачами ортопедического отделения, по возрасту.

гической помощи инвалидам-колясочникам является недавно введенная выездная форма оказания медицинской помощи. Выездные бригады оснащены всем необходимым медицинским оборудованием и оказывают высококвалифицированную помощь наиболее тяжелым группам инвалидов.

В 2007 г. врачами ортопедического отделения стоматологической поликлиники № 50 Москвы был пролечен 231 человек с установленной инвалидностью, в том числе 167 инвалидов I группы (от общей численности обслуженных инвалидов они составили 72,3%) и 64 (27,7%) инвалида II группы. Это люди не просто с заболеванием, а с нарушением здоровья и стойким расстройством функций организма, имеющие ограничение жизнедеятельности и нуждающиеся в мерах социальной защиты и поддержки.

Наибольшие трудности с передвижением от квартиры до поликлиник имеют лица, чья причина инвалидности связана с опорно-двигательной системой. Они имеют определенные сложности с самостоятельным передвижением 2-й и 3-й степени. При II группе инвалидности возникает умеренное нарушение функции движения, которое выражается в ограничении способности к передвижению 2-й степени, т. е. больные способны передвигаться самостоятельно, но вынуждены использовать вспомогательные средства и (или) помощь других лиц. При I группе инвалидности возникает уже выраженное нарушение функции движения, проявляющееся в ограничении передвижения 3-й степени. Такие люди не способны передвигаться самостоятельно и полностью зависят от других лиц. Среди обслуженных в 2007 г. инвалидов врачами ортопедического отделения 177 (76,6%) имели инвалидность, связанную с опорно-двигательной системой, в том числе 83 (46,9%) из них в качестве средства передвижения использовали инвалидную коляску (инвалиды-колясочники).

В стоматологической помощи нуждаются люди любого возраста, однако в зависимости от возрастной категории меняется потребность в конкретных ее видах (терапевтической, ортопедической, хирургической и т. д.). Среди инвалидов, которым была оказана помощь врачами ортопедического отделения стоматологической поликлиники, наибольший удельный вес имели люди старшей возрастной группы: 17,2% были в возрасте 50—59 лет; 24,2% приходилось на группу 60—69 лет; 19,7% на-

ходились в возрасте 70—79 лет; среди 80—89-летних было 20,4% принятых инвалидов. Были среди них и люди более старшего возраста — 2,5% уже отметили свое 90-летие (см. рисунок).

Таким образом, среди пациентов-инвалидов ортопедического отделения стоматологической поликлиники, принятых в 2007 г., большую часть (84%) составляли люди старше 50 лет.

В 2007 г. врачами ортопедического отделения городской стоматологической поликлиники № 50 было проведено лечение на дому 53 инвалидам, что составило почти 1/4 (22,9%) всех обслуженных инвалидов в этом году, в том числе 15,7% инвалидов I группы. Из всех инвалидов с заболеванием опорно-двигательной системы были пролечены в домашних условиях лишь незначительная часть — 8,5%, чуть большая доля инвалидов-колясочников были обслужены дома — 10,8% из 83. Среди пациентов старше 60 лет помощь на дому получили 36,9%.

Современный период характеризуется двумя чертами: во-первых, инвалидность в пенсионном возрасте стала играть едва ли не решающую роль в динамике общего показателя первичной инвалидности; во-вторых, категория инвалидности приобретает важнейшую роль и служит инструментом в дальнейшем развитии политики социальной помощи малоимущим.

На сегодняшний день анализ состояния существующих подходов к обоснованию объемов стоматологической помощи населению свидетельствует о том, что необходимо учитывать истинный уровень потребления населением стоматологических услуг, зависящий от уровня возрастно-половой структуры и стоматологической заболеваемости. В таблице представлены половозрастная характеристика и некоторые аспекты инвалидности.

Контингент обслуженных на дому инвалидов представляет собой людей гораздо более старшей возрастной группы, чем те, которые были приняты в отделение. Так, среди них лица моложе 50 лет составляли лишь 3,9%, тогда как среди обслуживаемых в поликлинике каждый пятый был из этой возрастной группы. Гораздо более половины обслуженных на дому были старше 70 лет (72,6%).

Характеристика обслуженных в 2007 г. инвалидов (%)

Показатель	На дому	В поликлинике	Всего
Пол:			
мужчины	34	41,6	39,8
женщины	66	58,4	60,2
Возраст, годы:			
до 50	3,9	20,5	16,0
50—59	15,7	17,0	17,2
60—69	7,8	30,4	24,2
70—79	29,4	14,3	19,7
80—89	37,3	17,0	20,4
90 и старше	5,9	0,8	2,5
Инвалидность:			
I группы	58,5	93,8	85,7
II группы	41,5	6,2	14,3
Из них:			
инвалиды с заболеванием опорного аппарата	30	64,7	51,1
инвалиды-колясочники	17	41,6	35,9
Итого...	53 (100%)	178 (100%)	231 (100%)

Среди принятых в поликлинике лишь треть была данной возрастной категории (32,1%). Наибольшее число пациентов, которым стоматологическая помощь оказывалась дома, были в возрасте от 80 до 89 лет (37,3%). Большинство инвалидов — пациентов поликлиники более молодые люди — 30,4% имели возраст 60—69 лет.

На современном этапе развития российского общества особую актуальность приобретают вопросы правовой охраны главных ценностей человека — его жизни и здоровья. Законы и иные нормативные акты — весьма важные инструменты, посредством которых может быть реализовано право гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь, закрепленные в Конституции России. Конечно, не все проблемы могут быть решены законами. Однако улучшение в деле охраны здоровья людей невозможно без соответствующей правовой базы. Обеспечение конституционного права человека и гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь в условиях происходящих в нашей стране социально-экономических реформ и потрясений последних лет является чрезвычайно сложной проблемой. Это всецело касается и такого массового вида медицинского обслуживания, как стоматологическая помощь, особенно инвалидам [1]. Значение данного сектора охраны здоровья определяется прежде всего высокими и при этом не имеющими пока тенденции к снижению показателями стоматологической заболеваемости населе-

ния. Болезни зубов и полости рта — самый распространенный вид патологии человеческого организма. Практически все люди (98—99%) с раннего детства и до глубокой старости нуждаются в тех или иных видах и объемах стоматологической помощи. Не является исключением и такая часть населения, как инвалиды, которые не меньше, а возможно, и гораздо больше, чем здоровые люди, нуждаются в хорошо организованной медицинской помощи, в том числе и стоматологической.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гайдаров Г. М., Кицул И. С., Васюкова В. С., Степанов В. В. Организация и экономика стоматологической службы. — М., 2001.
2. Гайдаров Г. М., Кицул И. С. // Здравоохранение (Москва). — 2003. — № 8. — С. 39—47.
3. Кицул И. С., Бахарева А. Е. Стоматологическая заболеваемость и потребность населения в стоматологических услугах / Под ред. Г. М. Гайдарова, В. Г. Васильева. — Иркутск, 2002.
4. Леонтьев В. К., Шестаков В. П. // Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны. — М., 1991. — С. 58—71.
5. Максимова Т. М. Закономерности формирования и современные социально-гигиенические оценки здоровья населения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1993.
6. Прохоров Б. Б., Тикунов В. С. // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 5. География. — 2001. — № 5. — С. 22—31.
7. Щепин В. О., Тишук Е. А. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2006. — № 2. — С. 3—11.
8. Щепин О. П. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 1999. — № 3. — С. 7—10.

Поступила 26.02.10

Из опыта организатора здравоохранения

© С. Н. Толстов, М. В. Тихомолов, 2010

УДК 616-058:378

С. Н. Толстов, М. В. Тихомолов

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СФЕРЕ ОХРАНЫ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

ГОУ ВПО Шуйский государственный педагогический университет

Представлены результаты совместного исследования ученых Шуйского государственного педагогического университета и специалистов муниципального образования "Палехский муниципальный район" психолого-педагогических основ подготовки специалистов в сфере социального здоровья для сельских районов.

Ключевые слова: социальное здоровье, кадры, здоровьесбережение, культура здоровья

THE SUPPLEMENTARY PROFESSIONAL EDUCATION IN THE FIELD OF SOCIAL HEALTH CARE

Tolstov S.N., Tihomolov M.V.

The results of study of psychological educational basis of the training of professionals in the field of social health to work in rural areas are presented.

Key words: social health, personnel, health preservation, culture of health

Основной задачей государства всегда должно оставаться сохранение общественного здоровья для повышения качества жизни граждан. Необходи-

мым условием этого является подготовка кадров, в том числе и в сфере охраны социального здоровья.

Основными видами подготовки и переподготовки кадров социальной сферы для здоровьесберегающей деятельности являются:

— обучение культуре здоровья будущих специалистов для социокультурной сферы города и села;

С. Н. Толстов — д-р мед. наук, проф. (akmcentr@mail.ru);
М. В. Тихомолов — канд. мед. наук, науч. сотр. (pacrb@mail.ru).

— подготовка в области здоровьесбережения специалистов по адаптивной физической культуре, логопедии, олигофренопедагогике, психологии, социальной педагогике, безопасности жизнедеятельности, дошкольному воспитанию;

— непрерывное обучение специалистов социальной сферы в области культуры здоровья с использованием дистанционного обучения.

Шуйский государственный педагогический университет совместно со специалистами муниципального образования "Палехский муниципальный район" проводит исследования психолого-педагогических основ подготовки специалистов в сфере социального здоровья для сельских районов. Наиболее эффективной организационной формой профессионального образования является комплексирование специалистов различного профиля в группы подготовки по определенным направлениям охраны социального здоровья: педагогов, медиков, работников культуры, представителей средств массовой информации и правоохранительных органов, руководителей социальной сферы. Тематические циклы для таких интегрированных групп могут включать такие разделы, как "Система охраны социального здоровья населения", "Профилактика аддиктивного поведения молодежи", "Комплексная работа с инвалидами в условиях сельского района" и др.

Комплексирование групп подготовки может осуществляться на этапах непрерывного профессионального образования в области социального здоровья:

I этап — внутриучрежденческое обучение, совмещенное с профессиональной деятельностью (самообразование, взаимодействие, методические мероприятия по плану учреждений);

II этап — дистанционное обучение посредством электронных интерактивных форм для переподготовки и повышения квалификации специалистов социальной сферы;

III этап — стационарное последипломное обучение на базе факультетов дополнительного и последиplomного образования по авторским учебным программам в области социального здоровья с оценкой качества образования и разработкой слушателями проектов по охране социального здоровья на уровне конкретного муниципального образования.

Технология профессионального обучения в области социального здоровья включает 3 модуля: комплексная диагностика состояния культуры здоровья специалиста и выявление образовательных потребностей слушателей в сфере социального здоровья; разработка и реализация учебных программ личностно-профессионального развития в сфере социального здоровья; мониторинг качества обучения.

Одним из условий эффективности обучения специалистов являются средства и методы, используемые для оптимизации профессионального обучения в области социального здоровья. Это социально-педагогическая, психолого-педагогическая и информационная составляющие, которые способствуют развитию не только профессиональной культуры здоровья, но и культуры здоровья самого специалиста.

Особые требования предъявляются к информационному сопровождению обучения в области со-

циального здоровья: информационная безопасность; информационное опережение; информационная доступность медицинских знаний; культура потребления медицинской информации; учет информационных потребностей специалистов.

Целеполагание процесса профессионального обучения в области социального здоровья осуществляется на основе диагностики потребностей развития ценностно-мотивационного, рефлексивного, деятельностного и когнитивного компонентов культуры здоровья специалиста.

Обучение предусматривает развитие внутренней мотивации к деятельности в сфере здоровьесбережения, повышение осознания личной ответственности воспитателей за охрану здоровья.

Формирование рефлексивной позиции включает признание личной активной роли в организации здоровьесберегающего образовательного процесса, а также объективизацию оценки и самооценки здоровьесберегающей деятельности.

Формирование навыков здоровьесбережения включает овладение методами здоровьесберегающих обучающих технологий, обучение пропаганде здорового образа жизни, оказанию первичной медицинской помощи (ПМП), методам донологической диагностики и профилактики заболеваний, формирование навыков по гигиеническому воспитанию.

Повышение информационной грамотности в области социального здоровья служит основой развития когнитивного компонента культуры здоровья специалиста.

Эффективность программ формирования социального здоровья должна не только оцениваться по психолого-педагогическому критерию (повышение уровня культуры здоровья субъектов социального взаимодействия), но и охватывать:

— внутриучрежденческий уровень — включение целей и ценностей формирования социального здоровья в документы, регламентирующие деятельность учреждений социальной сферы;

— муниципальный и региональный уровень — внедрение программ формирования социального здоровья местными органами власти.

В заключение можно выделить ряд актуальных для данного направления проблем.

Во-первых, проблемы идеологического характера. До настоящего времени ощущается влияние сложившегося за многие годы взгляда на охрану здоровья как сферу чисто медицинской деятельности. Подобное делегирование ответственности за здоровье медицинским работникам препятствует межведомственному взаимодействию в данной сфере, снижает активность специалистов немедицинского профиля и уменьшает эффективность программ здравоохранения.

Во-вторых, методологические проблемы. До настоящего времени нет единых подходов к определению категории "социальное здоровье".

Социальное здоровье, с одной стороны, рассматривается как здоровье общества [3]. С другой стороны, существует категория социального здоровья индивида, включающая степень овладения человеком социальным опытом, готовность к ответственной деятельности и участию в общественных отношениях [1]. В этом контексте здоровье — это состояние организма, которое обеспечивает полноценное и эффективное выполнение индивидом со-

циальных функций [2]. Несомненно, социальное здоровье индивида неразрывно связано с другими компонентами здоровья: физическим, психическим, психологическим и нравственным. Поэтому при рассмотрении проблемы формирования социального здоровья одним из ведущих подходов является биопсихосоциальный, учитывающий переход от биологического уровня здоровья к психологическому, а от него — к социальному.

Существует потребность в разработке категории "культура социального здоровья", включающей позитивный социальный опыт в сфере здоровьесбережения и готовность к реализации этого опыта на практике. Четкое определение данного понятия позволит учитывать динамику развития личностных и профессиональных показателей культуры здоровья при анализе эффективности профессионального обучения в сфере социального здоровья.

В-третьих, это организационно-педагогическая

проблема, связанная с требованиями к преподавателю последипломного образования, который должен владеть системой междисциплинарных знаний. Необходима подготовка специалистов, сочетающих различные профессиональные квалификации (либо при получении второго высшего образования, либо при наличии научной степени): врач-педагог, врач-психолог, специалист-педагог по физической культуре и спорту.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байкова Л. А. // Кадровые ресурсы инновационного развития образовательной системы: Материалы I Всероссийского педагогического конгресса. — М., 2007. — Ч. 1. — С. 78—84.
2. Медицинская акмеология: Учеб. пособие / Горобец Т. Н., Жданов О. И., Секач М. Ф. и др.; под общ. ред. А. А. Деркача. — М., 2005. — С. 20—21.
3. Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. — СПб., 2003.

Поступила 28.01.10

История медицины

© Е. В. ШЕРСТНЕВА, 2010
УДК 614.258.1:93(470+571)

Е. В. Шерстнева

ВКЛАД МЕДИЦИНСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОСТИ РОССИИ В ОРГАНИЗАЦИЮ НАУКИ (ВТОРАЯ ПОЛОВИНА XIX — НАЧАЛО XX ВЕКА)

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва

В статье представлены данные о деятельности медицинской общественности России во второй половине XIX — начале XX века, направленной на совершенствование организации медицинской науки. Описана работа медицинских обществ по формированию научно-исследовательских и экспериментальных учреждений, созданию научных библиотек и музеев, рассмотрен их вклад в углубление специализации в медицине, в подготовку научных медицинских кадров.

Ключевые слова: медицинская общественность, научные медицинские общества, организация науки

THE INPUT OF RUSSIAN MEDICAL COMMUNITY INTO ORGANIZATION OF SCIENCE (SECOND HALF OF XIX-EARLY XX CENTURIES)

Sherstneva E. V.

The article presents data on the activities of medical community in the second half of XIX-early XX century targeted to the development of organization of medical science.

Key words: medical community, scientific medical society, organization of science

Развитие естественных наук во второй половине XIX — начале XX века, в том числе и медицины, определяло необходимость создания соответствующей научно-исследовательской базы — специальных учреждений для проведения опытов и экспериментов, выполнения диагностических и других научных исследований, требовало формирования вспомогательных научных учреждений — библиотек и музеев и, безусловно, подготовки научных кадров, иными словами — решения научно-организационных вопросов. Научные медицинские общества России, объединившие в своих рядах передовых отечественных ученых и врачей, сделали весьма существенные шаги в указанном направлении.

Прежде всего медицинские общества инициировали создание первых в России противоэпидемических и других научно-исследовательских учреждений — бактериологических лабораторий и институтов, аналитических станций, позволивших вес-

ти исследовательскую работу, особенно в области эпидемиологии, бактериологии, экспериментальной гигиены. Примером тому может служить создание в Одессе в 1886 г. по инициативе общества врачей первой в России (и второй в мире) бактериологической станции — "предохранительного от бешенства института"¹. Возглавил работу станции И. И. Мечников, его заместителем был Н. Ф. Гамалея. Станция быстро зарекомендовала себя как выдающееся научно-практическое учреждение и сыграла важную роль в борьбе за передовую науку. Именно в годы работы на станции (1886—1888) Н. Ф. Гамалея изучал бешенство и написал серию классических работ, посвященных данному заболеванию. В них содержались важные дополнения к пастеровскому методу прививок.

В 1887 г. по инициативе медицинского общества был открыт Пастеровский институт в Харькове. Одновременно была создана бактериологическая станция для изучения других инфекци-

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

¹Васильев К. Г. Деятельность Общества одесских врачей. // Сов. здравоохран. — 1990. — № 1. — С. 70.

онных болезней, которую возглавлял известный патолог, микробиолог и эпидемиолог В. К. Высокович. Станция была преобразована в Харьковский бактериологический институт, имевший общегосударственное значение. Бактериологическими препаратами институт снабжал весь юг России, прилегающие губернии Кавказа и Среднюю Азию. На базе института была развернута большая научная работа по бактериологии, В. К. Высоковичем была начата подготовка врачей-бактериологов. Так была создана харьковская бактериологическая школа², в состав которой входили В. И. Недригайлов, Г. Я. Острианин, В. И. Савченко, С. С. Амираджиби, С. В. Коршун и многие другие.

Одной из актуальных проблем гигиенической науки в последней четверти XIX века являлась оценка качества пищевых продуктов, в том числе проблема их фальсификации. В этот период все гигиенические институты и лаборатории Западной Европы обстоятельно занимались данным вопросом, в гигиенической литературе он занимал центральное место. На II Пироговском съезде в 1887 г. московский профессор гигиены С. Ф. Бубнов поставил вопрос об организации санитарно-пищевого надзора и создании аналитических станций. Первая в России станция была открыта при Военно-медицинской академии (ВМА) по инициативе Русского общества охранения народного здоровья (РООНЗ) в 1888 г. Руководили ее работой профессор ВМА, члены РООНЗ А. Ф. Брандт, А. П. Дианин, А. П. Доброславин, В. В. Пашутин и П. П. Сушинский. Станция занималась гигиенической оценкой и выявлением фальсификации продуктов питания на основе глубокой научной разработки данных проблем. В 1889 г. РООНЗ была создана специальная лаборатория по изучению фальсификации вин. Организация станции РООНЗ дала толчок для создания подобных учреждений городскими самоуправлениями. Уже в 1891 г. при содействии РООНЗ была открыта городская санитарно-аналитическая станция в Санкт-Петербурге. Руководил ею профессор ВМА, активный член РООНЗ С. А. Пржибытек. В 1895 г. при станции было открыто бактериологическое отделение³.

В том же 1891 г. при Гигиеническом институте Московского университета была открыта городская санитарная станция, которую возглавил профессор гигиены Ф. Ф. Эрисман, создатель Московского гигиенического общества, разработавший научную программу деятельности станции. При этом Гигиеническое общество в Москве являлось связующим звеном в работе всех учреждений города, имевших отношение к санитарии: кафедры гигиены университета, санитарной станции, городской и земской санитарных организаций. В конце 80-х — начале 90-х годов XIX века санитарные станции возникли еще в ряде городов: Харькове, Варшаве, Одессе, Киеве и др. Со временем станции занялись научной разработкой проблем водоснабжения, санитарно-гигиенических норм для оценки качества водопроводной воды и работы фильтров. Таким образом, деятельность лабораторий и станций, которые создавались чаще всего для решения конкретных практических вопросов, в результате приобретала уровень, позволявший проводить научно-исследовательские работы, значительная часть которых легла в основу написания диссертаций по медицине. Гигиенические кафедры университетов были тесно связаны с санитарными станциями и лабораториями. Их совместная работа способствовала подъему гигиенической науки и теоретически вооружала практических санитарных врачей.

Важным фактором совершенствования организации науки стало создание специализированных медицинских обществ во второй половине XIX века (гигиенических, хирургических, неврологических, акушерско-гинекологических и др.), что, с одной стороны, являлось следствием дифференциации медицинской науки, а с другой — способствовало дальнейшему углублению специализации в медицине. Так, РООНЗ, являвшееся первым в России специализированным гигиеническим научным обществом, имело 5 отделений: биологическое; статистики и эпидемиологии; по оздоровлению населенных мест, общественных и частных зданий и промышленных заведений; по гигиене воспитания и образования; по гигиене предметов потребления. Очевидно, что структура РООНЗ отражала и формирующиеся отрасли гигиенической науки. Более того, занимаясь экспериментальной и теоретической разработкой многих гигиенических проблем, по характеру своей деятельности это общество приблизилось к научно-исследовательскому институту.

Углубление специализации наблюдалось и в других отраслях медицины. Так, в частности, из Русского хирургического общества Пирогова (1881) вскоре выделились Научное общество аку-

шеров-гинекологов (1886 г., председатель А. Я. Крассовский) и урологическое общество (1907 г., председатель С. П. Федоров).

Необходимо отметить и тот существенный момент, что вошедшая в начале XX века в практику организация обществами съездов и совещаний медицинских специалистов позволила перейти к плановой и углубленной разработке наиболее актуальных проблем той или иной отрасли медицинской науки. Таким образом, медицинские общества и съезды своей деятельностью способствовали углублению специализации в медицине и даже компенсировали несоответствие числа университетских кафедр дифференциальной медицинской науки, которое являлось одним из существенных тормозов ее развития.

Несмотря на то что уже к концу XIX века Россия занимала одно из ведущих мест в мире по методической и теоретической разработке в ряде отраслей медицины (работы И. М. Сеченова, И. П. Павлова, И. И. Мечникова и других имели мировое значение), развитие медицины в целом сдерживалось как недостаточной дифференциацией университетской науки, так и нехваткой лабораторий и несоответствием их оборудования современному уровню эксперимента, ощущался дефицит научных кадров.

Не случайно проблема организации научно-исследовательских учреждений, кафедр, расширения исследований активно обсуждалась в начале XX века на пироговских съездах и выходила за рамки чистой полемики. По названным вопросам правление Пироговского общества неоднократно ходатайствовало перед правительством. Так, например, по докладу В. И. Беляева "О задачах медицинской бактериологии и об отношении к другим близким отделам медицины" правлением Пироговского общества в 1903 г. было составлено ходатайство в правительственные органы об открытии кафедр бактериологии на медицинских факультетах университетов и в ветеринарных институтах, по докладам П. И. Диатроптова и Н. М. Берестенева в секции бактериологии VIII пироговского съезда — ходатайство о разрешении работ по изучению способов борьбы с чумой и приготовления сывороток и вакцин против чумы в лабораториях и институтах "соответственно обставленным и представляющим достаточную гарантию против распространения заразы" и т. д.⁴

Проблема рациональной организации научной работы в начале XX века волновала крупных ученых, над этим вопросом стали задумываться и наиболее дальновидные промышленники. Неблагоприятную ситуацию в науке особенно усугубила реакция, последовавшая за событиями 1905—1907 гг., когда курс министра просвещения Кассо привел к массовым увольнениям из учебных заведений "неблагонадежных" преподавателей и студентов. В результате этого замерла подготовка научных кадров, мельчала научная тематика. Сложившиеся обстоятельства требовали создания новых учреждений для занятия наукой, что в свою очередь ставило вопрос о финансировании как строительства, так и самих исследовательских работ. Этим объясняется появление в начале XX века ряда обществ содействия развитию отечественной науки.

Первое из них было создано в 1909 г. при Московском университете и Высшем техническом училище на средства, завещанные крупным промышленником Х. С. Леденцовым, умершим в 1907 г. В деятельности общества принимали участие выдающиеся ученые И. П. Павлов, В. И. Вернадский, В. Р. Вильямс, И. И. Мечников, К. А. Тимирязев, Д. Н. Прянишников. Благодаря деятельности общества в России был создан ряд научно-исследовательских учреждений, были изданы труды Д. И. Менделеева, И. И. Мечникова, Н. А. Умнова. Финансовые средства общества помогли построить биостанцию на Карадаге. Общество оказало содействие в организации исследований И. П. Павлову, М. Н. Шатерникову, химику-органику Н. Я. Демьянову и многим другим⁵.

Одновременно в среде ученых родилась идея создания на частные средства Московского научного института, который должен был объединить отдельные лаборатории и возглавить русскую науку. С этой целью в 1912 г. было организовано Общество Московского научного института, которое называлось также "Обществом в память 19 февраля 1861 г.". Общество было организовано на паевых началах, хозяйственное управление им осуществляло собрание пайщиков, а научное — ученый комитет, в который входили (из медиков) доктора медицины И. И. Мечников, И. П. Павлов. В Уставе общества была определена его цель: "... а) способствовать своими трудами и материальными

⁴Сводка ходатайств Пироговского общества врачей перед Правительственными учреждениями за 20 лет (1883—1903). Сост. К. И. Шидловский. — СПб., 1904. — С. 42.

⁵Б л о х и н а Н. Н. "Общество содействия успехам опытных наук и их практических применений им. Х. С. Леденцова" (1909—1918) // Бюл. ННИИ общественного здоровья РАМН. — Ноябрь, 2009. — С. 71—73.

средствами разработке научных вопросов по всем отраслям знания; б) оказывать содействие лицам, желающим производить научные исследования в какой-либо области; в) устраивать для этой цели научные учреждения, в т. ч. лаборатории, кабинеты, музеи, библиотеки" и т. п.⁶ Комплекс зданий, входивших в Московский научный институт, был построен на средства общества на Миусской площади в Москве⁷.

Еще одна подобная организация — Свободная ассоциация для развития и поддержания положительных наук — была создана весной 1917 г. по инициативе видных деятелей науки и культуры А. М. Горького, В. И. Вернадского, В. А. Стеклова и др. Таким образом, появившиеся в начале XX века общества содействия наукам ставили себе основной задачей финансовое обеспечение исследований и создания научных учреждений современного уровня. При этом видные ученые-медики, входившие в число учредителей таких обществ, выступали квалифицированными экспертами при оценке актуальности и научной достоверности результатов исследований, финансируемых обществами.

Важным направлением деятельности научных медицинских обществ являлось создание вспомогательных учреждений — научных библиотек и музеев. Так, например, Вольное экономическое общество к 60-м годам XIX века имело богатую научную библиотеку, насчитывавшую 200 тыс. книг. Формированием библиотек занимались и специализированные общества. Русским хирургическим обществом Пирогова, например, была сформирована библиотека, насчитывавшая более 8 тыс. наименований. Значительную часть ее составляли книги, некогда принадлежавшие умершим членам общества — В. А. Ратимову, Н. В. Экку, М. С. Субботину и др. Библиотека находилась в музее Пирогова, созданном обществом. Из государственной публичной библиотеки сюда же был принят для "вечного хранения" атлас распилов замороженных трупов человека с собственноручными пометками Н. И. Пирогова. Общество акушеров-гинекологов в Петербурге с первых дней своего существования занялось формированием профильной научной библиотеки. В конце XX века в ней насчитывалось около 3 тыс. экземпляров специальной литературы⁸. Формирование научных библиотек было характерной чертой работы обществ не только столичных и университетских городов, но и городов провинциальных. При этом благодаря активному обмену научной литературой провинциальные медицинские общества были в курсе последних научных открытий и достижений.

Положительную роль в пропаганде науки и организации образовательного процесса играли созданные медицинскими обществами музеи. Так, еще в 40-е годы XIX века было положено начало созданию анатомо-патологического музея и коллекции фармацевтических препаратов Виленского общества. Гигиенический музей РООНЗ был открыт в Санкт-Петербурге одновременно с первым торжественным собранием учредителей общества в ноябре 1877 г. Общество стремилось создавать музеи и в других городах, где имелись его отделения, в том числе музеи отдельных нозологий (туберкулез, оспа и т. д.). Деятельность Русского хирургического общества Пирогова была направлена, в частности, на создание мемориального музея Н. И. Пирогова и сохранение всего, что отражало развитие хирургии как науки. Открытие музея состоялось в октябре 1897 г.⁹

Уникальным в своем роде являлся неврологический музей проф. А. Я. Кожевникова, основателя научной школы неврологов и Общества психиатров и невропатологов в Москве. Музей был создан в 1892 г. при клинике нервных болезней Московского университета. Он был задуман как самостоятельное научно-вспомогательное учреждение, которое служило пособием при изучении нервной системы для студентов-медиков, врачей и других специалистов (психологов, криминалистов, антропологов и др.). Дальнейшему развитию музея во многом способствовала деятельность Московского научного общества невропатологов и психиатров¹⁰. Физико-медицинское общество при университете Св. Владимира в Киеве (1896) также создало свой

⁶Устав Общества Московского научного института в память 19 февраля 1861 года. М., 1913. — С. 1—3.

⁷Левит М., Горелова Л. Роль Общества Московского научного института в развитии отечественной науки // Сов. здравоох. — 1973. — № 3. — С. 69—73.

⁸Абрамченко В. В., Гендель М. Г. Роль А. Я. Красовского в организации первого в России Общества акушеров-гинекологов. // Акуш. и гин. — 1987. — № 1. — С. 76.

⁹Гудим-Левкович Н. В., Зебольд А. Н., Мороз В. В., Шейнис В. Н. Ленинградское хирургическое общество Пирогова // История хирургических обществ России и Советского Союза. — Л., 1969. — С. 273—274.

¹⁰Шендерович Л. М. Очерки развития отечественной невропатологии. — М., 1962.

музей, где было собрано более 150 анатомических препаратов, представляющих значительную научную ценность¹¹.

Большая активность была проявлена медицинской общественностью в организации выставок. Так, например, проведение всех хирургических съездов сопровождалось выставками, на которых демонстрировались новые хирургические инструменты, материалы и пр. Событием в отечественной медицинской науке и здравоохранении стала организованная Пироговским обществом Всероссийская гигиеническая выставка 1913 г., к проведению которой Пироговское общество подтолкнуло участие России в гигиенической выставке в Дрездене в 1911 г.¹²

Важно отметить, что особое впечатление на посетителей и участников выставки в Дрездене произвел отдел русской экспозиции, посвященный земской медицине, в подготовке которого приняло непосредственное участие правление Пироговского общества¹³.

Медицинскими обществами России был внесен весомый вклад в дело подготовки врачебных и научных кадров, что являлось одним из основных условий развития науки. Так, медицинская общественность заняла активную позицию в вопросе о допуске женщин к высшему медицинскому образованию. Знаменательно, что первый шаг в этом направлении был сделан в дни проведения в 1867 г. I съезда русских естествоиспытателей и врачей, на котором Е. И. Конради обратилась от имени всех русских женщин к участникам с просьбой разрешить женщинам посещать занятия в университете. А идея создания в Москве женского медицинского института была выражена в дни проведения XII Международного съезда врачей в 1897 г. С этой целью было создано "Общество для учреждения в Москве женского медицинского института". В 1899 г. были открыты Высшие женские курсы, а в 1904 г. началась организация медицинского факультета при них. За время своего существования (1906—1918) медицинский факультет выпустил более тысячи женщин-врачей.

Идею создания медицинского факультета при частных Высших женских курсах в Тифлисе активно поддерживало Кавказское медицинское общество, мотивируя целесообразность этого тем, что женщины-врачи, знающие местные языки и особенности местных условий жизни, могут оказать неоценимую помощь в деле охраны здоровья населения Закавказья¹⁴. В 1910 г. Харьковское медицинское общество организовало Женский медицинский институт, который за 8 лет существования дал стране 1500 женщин-врачей¹⁵.

Формированию научного потенциала России способствовала сама позиция наиболее крупных медицинских обществ университетских городов, привлекавших к участию в своей работе студентов-медиков, для которых такое участие являлось серьезной школой. Например, заседания Общества киевских врачей, одного из старейших в России, почти на всем протяжении его существования охотно посещали студенты медицинского факультета Киевского университета. Проф. Н. А. Хржоншевский, председатель общества, неоднократно поднимал вопрос об организации при обществе поликлиники для работы студентов V курса с обязательным посещением больных на дому и бесплатным лечением. Этот проект осуществить, к сожалению, не удалось¹⁶.

Результатом такого сотрудничества стало создание в 1881 г. в Киеве при университете самостоятельного Клинического общества студентов-медиков, причем, образовалось оно на 15 лет раньше, чем Физико-медицинское общество при Киевском университете (1896), включавшее профессоров этого учебного заведения. Инициатором создания общества являлся студент Александр Кисель (Александр Андреевич Кисель), впоследствии выдающийся педиатр, профессор Московского университета. Вокруг него сгруппировались 11 студентов, сообща выполняли устав, в котором было зафиксировано, что целью общества является "самообразование его членов". Для достижения этой цели "Общество устраивает собрания для чтений и обсуждения рефератов и научных сообщений по всем отраслям медицины", помогает "своим членам в их научно-медицинских работах и требует отчета о последних"¹⁷. Общество имело научную

¹¹Бенюмов Р. Я. Из прошлого отечественной медицины // Врачебное дело. 1957. — № 11. — С. 1217—1220.

¹²Общественный врач. — 1911. — № 8. — С. 88.

¹³Страшун И. Д. Россия и русские на Дрезденской выставке 1911 г. // Сов. здравоох. — 1961. — № 12. — С. 84—87.

¹⁴Никобадзе И. И. О Кавказском медицинском обществе // Очерки истории русской общественной медицины. — М., 1965. — С. 172.

¹⁵Петров П. Т. Ук. соч. — С. 151.

¹⁶Квитницкий-Рыжов Ю. Н. К истории обществ врачей в России. Из прошлого Киевского общества врачей // Сов. здравоох. — 1958. — № 1. — С. 41—46.

медицинскую библиотеку из русских и иностранных сочинений и периодических изданий, музей научных пособий, а также свою лабораторию, которую предоставляло для исследований своим членам. В 1912 г. после смерти проф. В. К. Высоковича студенческое общество учредило стипендию его имени, которая предоставлялась за лучшее сочинение в области теоретической медицины, написанное студентом-медиком. Обществом был также учрежден фонд им. В. К. Высоковича¹⁸. Клиническое общество студентов-медиков при университете Св. Владимира, оказывая по мере своих возможностей материальную поддержку увлеченным наукой студентам, демонстрировало преемственность линии, проводимой многими медицинскими обществами. Хорошо известно, что премии за выдающиеся исследования были учреждены при многих крупных медицинских обществах России. Так, например, Хирургическим обществом в Москве было учреждено три премии за лучшие медицинские сочинения по хирургии на русском языке: первая была учреждена С. И. Костаревым, в 1896 г. была учреждена премия им. И. Н. Новацкого, позднее — премия им. А. А. Боброва.

Существенным моментом в деятельности обществ, способствовавших воспитанию научных кадров и формированию потенциала отечественной медицинской науки, являлось проведение апробаций научных работ. Так, например, подавляющее большинство диссертаций, подготовленных под руководством Н. А. Хрононцевского и П. И. Перемежко в Киевском универ-

¹⁷Устав Клинического общества студентов медиков Киевского университета Св. Владимира // История Клинического общества студентов медиков Киевского университета Св. Владимира с 1881—1913 г. Приложение. Киев, 1913.

¹⁸История Клинического общества студентов медиков Киевского университета Св. Владимира с 1881—1913 г. Киев, 1913. — С. 1; 14; 23—24.

ситете, значились также и в списке сообщений, заслушанных Киевским обществом врачей. Большую работу в этом направлении проводило РООНЗ. На его заседаниях были обсуждены первые исследования по проблеме водоснабжения населенных мест: диссертация С. В. Шидловского "Очистка песком воды для питья в больших размерах. Наблюдения за действием фильтров экспедиции заготовления государственных бумаг" (СПб., 1881), диссертация Е. И. Баженова "Бактериологические исследования фильтрованной и нефилтрованной воды" (СПб., 1895). Ряд диссертаций, представленных вниманию членов РООНЗ, был посвящен проблемам эпидемиологии ("Брюшной тиф в С.-Петербурге" (1897) С. П. Верекундова и др.). Многие работы учеников В. В. Пашутина по экспериментальной гигиене, опубликованные и защищенные потом как диссертации, были предварительно обсуждены на заседаниях общества, среди них — работы П. М. Альбицкого "О влиянии углекислоты и недостатка кислорода в воздухе закрытых помещений на организм человека" (1884), Н. В. Веселкина "О влиянии углекислоты на теплообмен" (1913), А. А. Жондара "О влиянии вдыхаемого воздуха на животный организм" (1897) и др.¹⁹

В дискуссии со специалистами формировались и крепились научные концепции, происходил отбор кандидатов для научной работы.

Таким образом, медицинская общественность России внесла весомый вклад в совершенствование организации отечественной медицинской науки, содействуя формированию ее научно-экспериментальной базы, углублению специализации, созданию научных библиотек и музеев, формированию кадрового научного потенциала страны.

Поступила 22.01.10

¹⁹Лотова Е. И. Русская интеллигенция и вопросы общественной гигиены. М., 1962. С. 66; 80.

© И. В. ГРОШЕВ, 2010

УДК 614.2:616-084:93(470.326)

И. В. Грошев

У ИСТОКОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Тамбовский государственный университет им. Г. Р. Державина

В статье проанализированы этапы становления профилактической медицины в Тамбовской области. Показаны региональные особенности формирования современной системы здравоохранения. Особое внимание уделено изучению регионального опыта по использованию информационно-просветительских технологий в формировании здорового образа жизни молодого поколения.

Ключевые слова: *здоровье, население, медицина, профилактическая деятельность, технологии*

AT THE ORIGINS OF PREVENTIVE MEDICINE IN THE TAMBOVSKAYA OBLAST

Groshev I.V.

The article analyzes the stages of becoming of preventive medicine in Tambovskaya oblast. The regional characteristics of development of actual public health system are exposed. The focus is made on the studying of regional experience of implementing the informational and educational technologies in the formation of healthy life-style among youth generation.

Key words: *health, population, medicine, preventive activities, technology.*

Начало провинциальной медицины в Тамбове было положено в 1737 г. Указом Сената об учреждении института "городовых лекарей". Указом предлагалось в "...городах, лежащих в близости от Санкт-Петербурга и Москвы, а именно, Пскове, Новгороде, в Твери и Ярославле, и прочих знатных городах, по усмотрению медицинской канцелярии, для пользования обывателей в их болезнях содержать лекарей, а жалованье производить им в городах от ратуш до 12 рублей в месяц с свободною квартирою..."¹.

В 1840 г. оператором Тамбовской врачебной управы был назначен доктор медицины Николай Васильевич Петров, питомец

Московского университета. Он прослужил в Тамбове более 15 лет. Н. В. Петров занимался как медицинской, так и педагогической и просветительской деятельностью, будучи первым врачом — преподавателем Тамбовской мужской гимназии².

В 1842 г. доктор Э. Н. Фальк взял на себя почетную миссию не только оборудования городской больницы но, главное, повышения лечебной культуры врачей. Как одно из первых своих начинаний он "...завел в больнице книжный шкаф, положив начало больничной медицинской библиотеки", впоследствии

¹Мартынов Б. // Сборник трудов врачей Тамбовской области. — Тамбов, 1956. — Вып. 2. — С. 24.

²Шмуттер А. В. — Там же. — 1968. — Вып. 6. — С. 21—28.

Грошев И. В. — д-р психол. наук, д-р экон. наук, проф., проректор (4752-71-25-41).

ставшей Тамбовской областной научной медицинской библиотекой³.

15 января 1870 г. состоялось первое заседание Тамбовского научно-медицинского общества. Инициаторами его создания и первыми руководителями стали доктора медицины Н. С. Абаза, В. К. Зедергольм и Э. Х. Икавиц. Первым президентом научно-медицинского общества был избран В. К. Зедергольм, исполнявший эти обязанности с 1870 по 1874 г.⁴.

В разное время влияние на успешность работы общества оказывали его действительные члены: И. И. Моллесон, проф. В. П. Сербский, А. А. Троянов, Н. М. Какушкин, Ф. И. Бартерлинк, доктор медицины Э. М. Виклейн, проф. И. Э. Гаген-Торн, проф. А. Х. Ринек, доктор медицины Т. А. Бурдзинский и многие другие. Почетными членами Тамбовского научно-медицинского общества были Н. И. Пирогов, С. С. Боткин, Н. В. Склифосовский, Р. Вирхов и другие не менее известные врачи и ученые⁵.

Во время эпидемии 1892—1893 гг. врачи — члены научно-медицинского общества выезжали на борьбу с эпидемией в очаги холеры. На экстренных заседаниях общества обсуждались наиболее эффективные методы лечения холеры, разрабатывались предупредительные меры, вопросы вскрытия больных холерой. Особое внимание при этом уделялось так называемым "Наставлениям населения", в которых пояснялось не только поведение заболевших людей, но и действия по профилактике заболеваний⁶.

По рекомендации членов общества в 1880 г. Министерством народного просвещения было разрешено, в виде опыта, исправляющему обязанности врача при одном из городских училищ проходить безвозмездно с учениками 3-го класса краткий популярный медицинский курс, по одному уроку в неделю, с тем, чтобы уроки эти давались во внеклассное время и лишь желающим ученикам. По донесению учебного начальства, результаты сего первого опыта не оставляют никакого сомнения в своевременности и полезности обучения в городских училищах названному предмету⁷. В 1897 г. была прочитана первая публичная лекция для населения "О рентгеновских лучах". Автором лекции был действительный член Тамбовского научно-медицинского общества М. П. Дробязко⁸. В 1898 г. под руководством И. И. Моллесона начато издание "Листка заразных заболеваний", который вскоре превратился в журнал "Санитарное обозрение", а затем стал выходить под названием "Санитарные хроники Тамбовской губернии"⁹.

В 1904 г. по инициативе А. Муратова начали проводиться первые врачебные конференции в психиатрической лечебнице, где рассматривались вопросы профилактики психических болезней¹⁰.

В 1905 г. учащиеся фельдшерско-акушерской школы в целях организации собственного досуга объявили забастовку и отказались заниматься, требуя свободы собраний, посещения театра, концертов, организации научных кружков, товарищеских судов. 15 октября 1905 г. с пением революционных песен и красными флагами они прошли по улицам Тамбова. Наиболее активных участников забастовки (55 учащихся) из школы исключили¹¹.

Период становления использования информационно-просветительских технологий в Тамбовском регионе приходится на середину 20-х годов XX века, когда открылась библиотека Тамбовского научного медицинского общества, впоследствии с переходом в Тамбовскую больницу¹².

Врач В. Ф. Вамберский в 1922 г. первым включился в санитарно-просветительскую работу, рассказывая об опасности ракового заболевания и необходимости раннего обращения к врачу¹³.

В 1925 г. в Тамбове открывается первая профилактическая амбулатория (впоследствии — детская поликлиника), где уделя-

ется внимание обслуживанию грудных детей, обучению матерей правильному вскармливанию и уходу за детьми, был введен патронаж на дому¹⁴.

Во время войны, в 1942 г., в Тамбове учрежден областной дом санпросвета¹⁵.

В социалистический период широкое использование информационно-просветительских технологий отмечалось в 1967 г., когда в Тамбове были организованы первые группы здоровья: в спортзале Дворца пионеров, в обществах "Спартак", "Динамо", где проводились групповые беседы по формированию здорового образа жизни¹⁶.

В 1970-е годы в газете "Тамбовская правда" часто помещали статьи санитарно-просветительного содержания в рубриках: "Здоровье: как его сберечь", "Советует врач", "Лекарства вокруг нас" и др.¹⁷.

В 1976 г. работники женской консультации № 1 Тамбова (зав. И. Г. Добрынина) организовали день будущих молодых отцов, где мужчины получали информацию и рекомендации по уходу за детьми для сохранения их здоровья¹⁸.

С 1978 г. медико-санитарные части на промышленных предприятиях начинают проводить ежегодные диспансеризации работающих на этих предприятиях, добиваясь раннего выявления различных заболеваний. При этом решались проблемы профилактики заболеваний, укрепления здоровья практически здоровых людей¹⁹.

В университете "Здоровье и долголетие", работающем при областном эндокринологическом диспансере со 2-го сентября 1981 г., пациенты стали получать медицинскую информацию по укреплению своего здоровья²⁰.

В 1982 г. областная научная медицинская библиотека провела 56-й "День информации" о новой литературе для медицинских работников (первый — в марте 1968 г.)²¹.

В 1983 г. в Тамбове начал работать клуб здоровья "Оптимист", где население имело возможность получать полезную информацию по укреплению здоровья²².

С 1985 г., в связи с принятием специального постановления, всеми лечебными учреждениями Тамбова велась активная противоалкогольная пропаганда. В этом же году была создана областная организация Всесоюзного добровольного общества борьбы за трезвость²³.

В 1986 г. исполнилось 25 лет со дня создания первых общественных санитарных инспекций — добровольных борцов за отличную санитарную культуру²⁴.

В 1988 г. прозвучала тревожная информация на объединенном городском медсовете врачей: больны 88% школьников, 50% из них имеют хронические заболевания, 60% первоклассников имеют пограничные изменения в психике²⁵. В этом же году начал работать клуб "Оптимист" по исцелению алкоголиков, где больные алкоголизмом стали проходить лечение по методу Шичко²⁶. Клуб создан при областном совете общества борьбы за трезвость²⁷. Через полгода состоялся первый выпуск слушателей этого клуба.

В 1989 г. в поликлиниках города Тамбова зафиксировано 3 000 000 посещений. 80% взрослого населения и 50% горожан курили, более 10 000 были больны алкоголизмом, 30% имели избыточную массу тела. "Скорую помощь" жители Тамбова вызывали 20 000 раз. В стационарах города Тамбова не хватало более 1500 коек, имелся значительный дефицит кадров²⁸.

¹⁴Третьякова Г. И., Крестина В. А. Там же. — 1968. — Вып. 6. — С. 29—33.

¹⁵Гасарян А. С. 50 лет Советского здравоохранения в Тамбовском крае: Исторический очерк. — Тамбов, 1968.

¹⁶Кандель Т. И. // Тамбовская правда. — 1967. — 11 ноября. — С. 5.

¹⁷Архангельская В. Там же. — 1976. — 17 октября. — С. 4.

¹⁸Для молодых отцов. Там же. — 03 июля. — С. 4.

¹⁹Данилин В. И. Там же. — 1978. — 07 сентября. — С. 2.

²⁰К сведению жителей Тамбова. Там же. — 1981. — 28 августа. — С. 4.

²¹Здоровье народа — богатство страны. Там же. — 1982. — 01 сентября. — С. 2.

²²Шенфайн А. Там же. — 1975. — 27 июня. — С. 4.

²³Трезвость — в каждый дом. Там же. — 1985. — 19 октября. — С. 3.

²⁴Бандурин С. Там же. — 1986. — 16 февраля. — С. 4.

²⁵Баженова Е. // Город на Цне. — 1996. — 25 октября. — С. 8.

²⁶На круглосуточном посту находятся медицинские бригады быстрого реагирования // Тамбовская жизнь. — 1996. — 27 августа. — С. 3.

²⁷Борисова Г. // Тамбовская правда. — 1989. — 05 декабря. — С. 6.

³Мартынов Б. — Там же. — 1956. — Вып. 2. — С. 25.

⁴Гроздов Т. М. — Там же. — 1998. — Вып. 2. — С. 5—22.

⁵Там же.

⁶Там же.

⁷Из письма директору народных училищ Тамбовской губернии от 4 марта 1882 г. Министерство народного просвещения. ГАТО. ф. 105. — оп. 1.

⁸Гроздов Т. М. // Сборник трудов врачей Тамбовской губернии. — Тамбов, 1998. — Вып. 2. — С. 5—22.

⁹Там же.

¹⁰Писарницкая А. М. Там же. — 1956. — Вып. 2. — С. 32—49.

¹¹Фарбер Я., Крылов П. Тамбовская правда, 1981. от 08 января. — С. 4.

¹²Гроздов Т. М. // Сборник трудов врачей Тамбовской губернии. — Тамбов, 1998. — Вып. 2. — С. 5—22.

¹³Гроздов Т. М. Онкологическая помощь населению Тамбовской области. — Тамбов, 1955. — Вып. 1. — С. 111—123.

В 1990 г. необычно прошла традиционная конференция врачей областной больницы. В этот раз медики вели речь о своей профессиональной библиотеке, которой исполнилось 120 лет²⁹. В этом же году в 4-й городской поликлинике был создан целый комплекс, позволивший установить взаимосвязь всех служб наблюдения за здоровьем женщины. Наблюдение начинается с рождения девочки: детская поликлиника — подростковый кабинет — женская консультация³⁰.

В 1992 г. в малом предприятии "Ника" при Тамбовском государственном педагогическом институте открыты хозрасчетные курсы: "Домашняя медсестра по уходу за взрослыми и детьми", "Патронажная медсестра", "Основы фитотерапии" и др.³¹. В том же году исполнилось 115 лет со дня рождения величайшего гуманиста, выдающегося хирурга, ученого, священнослужителя и богослова Архиепископа Луки (в миру — профессора медицины В. Ф. Войно-Ясенецкого). Прошел ряд мероприятий по формированию здорового образа жизни с использованием информационно-просветительских технологий, раскрывающих как светский подход к сохранению здоровья, так и православные традиции³².

В 1994 г. 2-й городской больнице присвоено имя Архиепископа Луки — проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого и у входа установлен памятник. Автор памятника — врач Г. А. Юсупов. Тогда же начала выходить газета "Ваше здоровье" — приложение к газете "Тамбовский вестник"³³.

В 1995 г. в Тамбовском медицинском колледже по инициативе Владыки Евгения и директора колледжа А. К. Гажи на отделе медицинских сестер созданы группы, где, помимо медицинских предметов в продолжение традиций, заложенных В. Ф. Войно-Ясенецким, стали преподавать основы христианского учения о здоровье и православной морали³⁴.

В 1997 г., когда исполнилось 80 лет Н. В. Архангельскому — драматургу, врачу-хирургу, 36 лет проработавшему в железнодорожной больнице (почти половину из них заведующим хирургическим отделением). Именно в это время в Тамбове начали активно развиваться новые информационно-просветительские технологии — драматизация. Пьесы Н. В. Архангельского уже в 1950-е годы с успехом шли в областном драматическом театре: "Печать доверия", "Сырая кровь", "Упорные сердца", "Тропинки", "Чернозем", "Весна начинается с подснежников". Новую пьесу "Мраморный дог" поставили студенты Тамбовского государственного университета им. Г. Р. Державина к 80-летию автора³⁵. Это направление нашло свое продолжение в профилактически-просветительской работе с подростками по формированию здорового образа жизни общественной организации "Четвертое измерение" (пьеса "Исповедь наркомана", поставленная по дневникам и воспоминаниям наркозависимых)³⁶.

В 1997 г. начал свою работу Второй (XVIII) Всероссийский Прироговский съезд врачей, проходивший в Москве и собравшийся в связи с ухудшением физического и духовного здоровья населения России. В работе съезда принимали участие врачи Тамбовской области. Среди них были главный врач областной больницы Ю. И. Мишенев, главный врач областной детской больницы А. И. Петров, начальник управления здравоохранения Тамбовской области В. И. Буркин — всего 10 человек. В этом же году создан городской Центр медицинской профилактики (ГЦМП) (зав. — канд. педагог. наук И. В. Чувинова) по инициативе начальника отдела здравоохранения мэрии Тамбова А. А. Баранова³⁷.

В 1998 г. издается газета ГЦМП "Формула здоровья". ГЦМП, Центр нравственно-эстетического воспитания, Центр культуры и образования, Комитет по делам молодежи мэрии на базе 1-й художественной школы провели конкурс-выставку

"Здоровый образ жизни глазами детей"³⁸. Этот год является юбилейным для Тамбовского музея истории медицины, которому исполнилось 20 лет. За прошедшие годы музей истории медицины стал методическим центром идейно-воспитательной работы среди населения, центром научно-исследовательской работы по изучению истории медицины и здравоохранения края³⁹.

В 1999 г. с лекциями о новейших разработках в области наркологии в областной психиатрической больнице выступил профессор Е. Соболев⁴⁰.

Управлением здравоохранения городской мэрии совместно с ГЦМП впервые в регионе разработаны две комплексные межведомственные программы на 1999—2000 гг.: медико-педагогическая по сохранению и укреплению здоровья школьников и общегородская по профилактике и борьбе с наркоманией, алкоголизмом и курением. Обе программы утверждены решением городской Думы⁴¹. В основу программ положен межсекторальный подход, позволивший вовлечь в ее реализацию медиков, педагогов, общественность, общественные организации, учреждения культуры и досуга, администрацию города.

Создана городская межведомственная комиссия по профилактике и борьбе с наркоманией, алкоголизмом и курением. Городской Центр планирования семьи проводит большую консультативную работу по рациональной контрацепции, пропаганде здорового образа жизни. Всего проведено 18 707 консультаций, из них для подростков 6356. Прочитано лекций, проведено бесед более чем для 23 600 человек⁴². Одновременно с этим активно работает и ГЦМП: проведено 13 семинаров, 8 конференций, прочитано лекций и бесед для 10 000 человек. ГЦМП и городской Центр планирования семьи активно сотрудничают со средствами массовой информации⁴³.

В 2000 г. Городской Думой и мэром города утверждены и действуют 7 программ. "Развитие городского здравоохранения на 1999—2000 гг.", "Вакцинопрофилактика", "Анти-СПИД", "Безопасное материнство", медико-педагогическая программа сохранения и укрепления здоровья школьников Тамбова в 1999—2000 гг., комплексная программа по профилактике и борьбе с наркоманией, алкоголизмом, курением на 1999—2000 гг., мероприятия по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний на 1999—2005 гг.⁴⁴.

Создан Тамбовский региональный фонд "Спорт против наркотиков"⁴⁵.

В настоящее время в городе действуют профилактические программы по формированию здорового образа жизни. Так, городская программа по профилактике наркомании отмечена на Всероссийском национальном конкурсе "Инновации в региональном и местном управлении", представленная в Российском справочнике "Инновационные программы — 2002". Разработаны и опубликованы "Кейсы" для студентов и слушателей системы повышения квалификации по специальности "Государственное и муниципальное управление". Завершена научно-исследовательская работа "Медико-социальные технологии в сфере культуры и досуга", выполненная ГЦМП, Тамбовским государственным университетом им. Г. Р. Державина (Институтом культуры и искусств, кафедрой философии), Тамбовским государственным техническим университетом (кафедрой русской филологии), которая получила грант Министерства образования РФ за фундаментальные исследования в области гуманитарных наук.

Наиболее популярной и приоритетной формой просветительской работы Центра является взаимодействие со средствами массовой информации. За период с 2002 по 2007 г. состоялось 300 телевыступлений, 200 радиорепортажей.

Поступила 26.01.09

²⁸Здравоохранение: на пути к переменам. Там же. — 1991. — 06 февраля. — С. 3.

²⁹Борисова Г. Там же. — 1989. — 05 декабря. — С. 6.

³⁰Быкова В. И. Медицинская помощь в Тамбове в настоящем и прошлом. — Тамбов, 2001. — С. 198—200.

³¹Сам себе и своим ближним — целитель // Молодежная. — 1992. — 24 марта. — С. 5.

³²Плотникова Н. // Тамбовская жизнь. — 1994. — 12 ноября. — С. 3.

³³Пастернак Л. // Новая Тамбовская газета. — 1994. — 21 октября. — С. 9.

³⁴Кадышева Н. // Город на Цне. — 1996. — 19 июля. — С. 11.

³⁵Баженова Е. // Тамбовская правда. — 1991. — 01 января. — С. 3.

³⁶Там же.

³⁷Кондрашова Е. // Тамбовская жизнь. — 1997. — 25 января. — С. 2.

³⁸Глазами молодых // Город на Цне. — 1998. — 11 февраля. — С. 4.

³⁹Логинов Л. // Тамбовская жизнь. — 1999. — 03 марта. — С. 4.

⁴⁰Кадышева Н. // Город на Цне. — 1999. — 14 июля. — С. 11.

⁴¹Медики в союзе с педагогами. Там же. — 15 декабря. — С. 12.

⁴²Чувинова И. В. // Тамбовские известия. — 2000. — 14 марта. — С. 4.

⁴³Данилин В. И. // Тамбовская правда. — 1978. — 07 сентября. — С. 2.

⁴⁴Муников В. А. Муниципальное здравоохранение в современных условиях. — Воронеж, 2000. — С. 151—155.

⁴⁵Устинова Г. // Тамбовские известия. — 2000. — 14 марта. — С. 3.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В БУРЯТ-МОНГОЛЬСКОЙ АССР В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Детская республиканская клиническая больница, Улан-Удэ

В 1942 г. в Улан-Удэ смертность детей в возрасте от 0 до 15 лет составляла 64% от общего числа умерших. Основными причинами детской смертности оставались на протяжении всей войны туберкулез, пневмония, токсическая диспепсия и дизентерия. В октябре 1942 г. правительство страны в специально принятом постановлении обязало Наркомздрав СССР восстановить существовавшую до войны систему медицинской помощи материнству и детству, прежде всего участковый принцип деятельности женско-детских консультаций и поликлиник, принять меры по улучшению детского питания, витаминизации пищи. За военный период в Бурят-Монгольской АССР не было допущено ни одной эпидемии инфекционных заболеваний. В трудный период войны открылись и работали первая многопрофильная детская больница, городская инфекционная больница с детскими койками.

Ключевые слова: Наркомздрав Бурят-Монгольской АССР, Улан-Удэнская фельдшерско-акушерская школа, детская, материнская смертность, молочные кухни, рождаемость, детская многопрофильная больница, "Мать-героиня", эпидемия

THE ORGANIZATION OF MATERNITY AND CHILD CARE IN THE BURYAT-MONGOLS KAYA ASSR DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR

Batoyev S.D.

In Ulan-Ude, in 1942, the mortality of children at the age from 0 to 15 years consisted 64% of total numbers of died persons. The main causes of children mortality during all the war were tuberculosis, pneumonia, toxic dyspepsia and diarrhea. In October 1942, the government adopted a special decree obligated Narcomzdrav of the USSR to re-establish the system of maternity and child care existed before the war. The focus was made on the district principle of functioning of women and children consultations and polyclinics and to take measures to enhance the children diet and food vitaminization. In Buryat-Mongolskaya ASSR, during the war period, no epidemics of infectious diseases were allowed. In this difficult period of life the first multifield children hospital and municipal infection hospital with children beds were established and functioned with success.

Key words: Narkomzdrav, Buryat-Mongolskaya ASSR, Ulan-Ude, children mortality, women mortality, natality, epidemic

В 1934 г. медицинскую помощь в Бурят-Монгольской АССР оказывали 7 врачей-педиатров в городском секторе и 5 в сельской местности. На селе функционировали 55 фельдшерских пунктов, 10 акушерских пунктов и 6 женско-детских консультаций. Детских коек в районных больницах выделено не было. Стационарная помощь оказывалась в детском отделении областной больницы¹. Республика остро нуждалась в национальных кадрах, особенно акушерских и фельдшерских, поэтому в 1930 г. была открыта Улан-Удэнская фельдшерско-акушерская школа. В 1933 г. выпущен первый отряд национальных кадров из 40 человек — это 17 медсестер с отделения охраны материнства и младенчества и 23 акушерки. Уже в 1940 г. было подготовлено 157 специалистов среднего медицинского звена.

В 1931 г. выделяется городское детское лечебно-профилактическое объединение, куда входят все учреждения охраны материнства и младенчества, охраны здоровья детей и подростков².

В 1933 г. также в городах БМА ССР были развернуты 33 родильные койки (4,2 койки на 10 000 населения), работали 5 акушеров-гинекологов и 10 акушерок; 50 родильных коек с 48 обслуживающими их акушерками функционировали в сельской местности. Результатом работы красных юрт, организованных в 1929 г. для оказания акушерской помощи на селе в Бурятии, явилось то, что уже в 1935 г. 41,3% женщин родоразрешились в родильных домах.

К 1934 г. рождаемость среди бурятского населения повысилась с 16,4 ребенка на 1000 женщин до 31. В городе Верхнеудинске (ныне Улан-Удэ) пустили в эксплуатацию один из корпусов областной больницы в районе Зауды. Это здание 18 июня 1941 г. выделили под городскую инфекционную больницу на 300 коек³, где организовали и детские инфекционные койки.

8 марта 1937 г. сдан городской центральный родильный дом

С. Д. Батоев — врач анестезиолог-реаниматолог (Nahalovo@list.ru).

¹НАРБ. Ф. Р.661.Оп.1.Д.521.Л.1.

²Батоев Д. Б. История здравоохранения Бурятии. Улан-Удэ, 2004. — С. 177.

³НАРБ. Ф. Р.661.Оп.8.Д.3.Л.14,15.

на 50 коек, а в 1939 г. — родильный дом на 45 коек в районе Зауды (пригородный район Улан-Удэ). Детские ясли начали открываться в республике с 1932 г., и число мест в них росло очень быстро. К 1940 г. было построено яслей на 2388 мест, не только в городах Улан-Удэ и Бабушкине, но и в районах-аймаках: Баянговском, Джидинском, Тункинском и др. Росло число врачей-педиатров и акушеров-гинекологов. К 1940 г. помощь оказывали уже 21 врач-педиатр и 20 акушеров-гинекологов, функционировали 54 детские койки в областной больнице и были созданы 5 молочных кухонь.

Решающую роль в дальнейшем подъеме сельского здравоохранения сыграло постановление Совнаркома СССР от 23 апреля 1938 г. "Об укреплении сельского врачебного участка".

К 1940 г. на селе действовали 39 больниц на 711 коек, 122 врачебные амбулатории, 15 венерологических пунктов, 3 туберкулезных пункта, а в городе Кяхте работал тубдиспансер. Были открыты 11 женско-детских консультаций, 6 санэпидстанций, 3 рентгеновских кабинета, 11 зубо-врачебных кабинетов, 3 колхозных тубдиспансера, 22 колхозных родильных дома на 51 койку. При каждом фельдшерско-акушерском пункте было развернуто 2 родильные койки, здесь роженицам оказывали медицинскую помощь.

Действовали 62 фельдшерско-акушерских пункта, 20 акушерских, 11 фельдшерских и 5 фельдшерско-малярийных пунктов, 2 межрайонные и 3 аймачные санэпидстанции, 3 санитарно-бактериологические лаборатории, 2 противомаларийные станции, 7 дезотрядов. Общее число врачей различных специальностей на селе возросло с 70 до 177. Работали 82 терапевта, 18 педиатров, 12 венерологов, 7 фтизиатров, 4 хирурга, 3 окулиста, 5 санитарных врачей, 4 эпидемиолога, 2 маляриолога и 2 бактериолога, 706 фельдшеров и акушерок.

Таким образом, и сельское население республики уже обеспечивалось специализированной медицинской помощью.

За годы первых пятилеток число больничных коек в городах республики увеличилось до 360, а в сельской местности — до 630. В сельских больницах было выделено 60 родильных коек и открыто 9 акушерских пунктов. В 1939 г. в штате детской поликлиники было 52 должности, в числе прочих сотрудников помощь в ней оказывали 4 педиатра, отоларинголог, окулист, венеролог, психоневролог, хирург, фтизиатр и 11 средних медицинских работников. В том же году ассигновано на здравоохранение 10221,9 тыс. руб., а в 1934 г. — 17 860,6 тыс. руб.⁴

Небольшие здания для родильных домов (на 7—10 коек) построены в Бичурском, Хоринском, Закаменском, Селенгинском, Мухоршибирском, Еравнинском и Тарбагатайском аймаках. Таким образом, количество родильных коек увеличилось с 24 в 1923 г. до 487 в 1940 г.

В 1940 г. в Улан-Удэ функционировали Областная больница (главным врачом был В. Н. Ильков), Дом ребенка (З. А. Максимова), городская инфекционная больница (И. М. Дурбанов), химлаборатория (Т. М. Тарантаев), республиканский противотуберкулезный диспансер (Л. П. Коновалова), городская детская поликлиника (М. Ф. Корягина), районная детская амбулатория (З. Я. Вассерман), центральная поликлиника (П. Б. Симонов), рентгенокабинет (А. М. Корбух), городская клиническая лаборатория (С. Шлях), городской дезпункт (Т. М. Кашнелсон), молочная кухня (Е. С. Курбановская), городской родильный дом (А. И. Баева), республиканский кожно-венерологический диспансер (А. М. Пестерев)⁵.

Сеть лечебно-профилактических учреждений республики включала 61 больничное учреждение на 2287 коек, 197 врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, 190 фельдшерско-акушерских и акушерских пунктов. При этом в ведении Министерства здравоохранения республики находились 35 больниц и 15 родильных домов, 171 амбулаторно-поликлиническое учреждение, 171 фельдшерско-акушерский и акушерский пункты⁶.

Сложившаяся структура органов здравоохранения БМА ССР позволяла успешно решать задачи обеспечения санитарно-гигиенического благополучия в условиях господствующей преимущественно инфекционной патологии. Основой этого был сравнительно широкий охват населения квалифицированной медицинской помощью. На 10 000 человек в Бурятии, с учетом ведомственных лечебных учреждений, приходилось 39,7 больничных койки, 7,1 врача, 24,7 среднего медицинского работника⁷.

Но все-таки необходимо отметить, что статистические данные этого периода отражают в основном количественный рост сети лечебных учреждений и кадров. Не всегда своевременное и достаточное финансирование, дефицит врачей-специалистов как на селе, так и в городе, слабая материально-техническая база сельских лечебных учреждений, низкое качество оказываемой ими помощи и как следствие перегруженность городских лечебных учреждений характеризуют здравоохранение республики предвоенных лет⁸. Наркомом здравоохранения БМА ССР являлся Н. А. Абыков. Уже с июля 1941 г. совместно с Комитетом Красного Креста приступили к подготовке медсестер запаса. Было организовано 12 курсов, на которых обучалось 420 человек. Только при поликлинике паровозовагонного завода обучалось 120 человек.

Уже в июле 1941 г. бюджет здравоохранения республики был сокращен на 2824 тыс. руб.⁹. В следующем месяце по предложению Наркомфина БМА ССР расходы по здравоохранению сократились еще на 2424 тыс. руб.¹⁰ При проведении последнего сокращения были сняты с ассигнования и закрыты 30-коечный Селенгинский детский туберкулезный санаторий, 5 женско-детских консультаций, 1 фельдшерский пункт, были ликвидированы 2 должности госсанитарных инспекторов, переведен на хозрасчет рентгенокабинет, сокращен на 30 единиц коечный фонд Аршанского кожно-туберкулезного санатория.

Кроме того, были закрыты: медсестринский здравпункт на мехстеклозаводе, фельдшерский пункт в п. Лазо, неотложная детская помощь, Нижне-Березовский роддом. Также прекратили свою работу медицинские пункты в Баунтовском районе: Шурындинская врачебная амбулатория, 2 фельдшерских и 3 акушерских пункта¹¹. В результате сокращения бюджета и недостатка врачей к концу 1941 г. в БМА ССР были закрыты 7 колхозных родильных домов, 1 роддом в Улан-Удэ, 1 детская амбулатория, Селенгинский детский туберкулезный санаторий, 3 районных туберкулезных пункта, 5 венерических пунктов, 6 женско-детских консультаций, 3 фельдшерских пункта¹². В течение 1941 г. ушли на фронт 193 врача, а вновь прибыли 93 специалиста. Таким образом, на начало 1942 г. в распоряжении Народного комиссариата здравоохранения оказалось 226 врачей¹³.

⁴НАРБ. Ф. Р.661.Оп.8.Д.3.Л.15.

⁵НАРБ. Ф. Р.665.Оп.1.Д.1226.Л.1.

⁶НАРБ. Ф. Р.665.Оп.1.Д.546.Л.11.

⁷НАРБ. Ф. Р.248.Оп.14.Д.81.Л.16.

⁸НАРБ. Ф. Р.665.Оп.1.Д.23.Л.35.

⁹НАРБ. Ф. Р.248.Оп.14.Д.87.Л.64.

¹⁰НАРБ. Ф. Р.665.Оп.1.Д.23.Л.35.35об.

¹¹НАРБ. Ф. Р.665.Оп.1.Д.23.35об,38;Ф. Р.248.Оп.14.Д.88.Л.2.

¹²НАРБ. Ф. Р.665.Оп.1.Д.543.Л.21 об.

¹³НАРБ. Ф. Р.665.Оп.1.Д.543.Л.12,20.

Особенно сложной была ситуация с укомплектованием лечебных учреждений врачами-специалистами: акушерами-гинекологами, венерологами, педиатрами, фтизиатрами¹⁴. В военные годы естественный прирост населения республики сократился с 13 075 человек в 1940 г. до 199 в 1944 г. В августе 1941 г. заболели 1114 детей. Умерли только в госпиталях г. Кяхты 130, в основном дети до 2 лет.

В 1942 г. в Улан-Удэ сложилась настоящая катастрофа: смертность детей в возрасте от 0 до 15 лет составляла 64% к общему числу умерших. В целом за этот период 1942 г. в столице республики умерли 2205 человек, из них 1506 детей¹⁵.

Ситуация высокой смертности была и по аймакам, хотя в сельской местности статистика причин смерти не велась. Основными факторами такой высокой смертности были ухудшившиеся условия жизни, а также недостаточная обеспеченность населения медицинской и лечебно-профилактической помощью, неудовлетворительное санитарное состояние города, особенно окраин, скученность в жилых помещениях, особенно в бараках, недостаточное обеспечение продуктами питания и одеждой, слабый присмотр со стороны взрослых. Основными причинами детской смертности оставались на протяжении всей войны туберкулез, пневмония, токсическая диспепсия и дизентерия. Другой проблемой, связанной с детьми, являлась детская безнадзорность и беспризорность. Поэтому первоочередное значение в обществе приобрела забота о матери и ребенке. Руководство Джидинского вольфрамового комбината расширило ясли для детей рабочих с 50 до 150 коек. В поселке Нижне-Ангарск было дополнительно развернуто 20 ясельных коек для детей рыбаков. Всего в 1942 г. в 594 сезонных яслях находился 19 961 ребенок¹⁶. Согласно приказу Наркомздрава СССР от 22 мая 1942 г. "О противоэпидемической работе городских поликлиник и амбулаторий и укреплении участковой территориальной системы медицинского обслуживания городского населения" наряду с санитарной службой в план противоэпидемической работы были включены больничные и амбулаторно-поликлинические учреждения¹⁷.

В октябре 1942 г. правительство страны в специально принятом постановлении обязало Наркомздрав СССР восстановить существовавшую до войны систему медицинской помощи детям и матерям, прежде всего участковый принцип деятельности женско-детских консультаций и поликлиник, принять меры по улучшению детского питания, витаминизации пищи. Открывались бесплатные столовые для дополнительного питания детей от 3 до 13 лет¹⁸. В военные годы обращалось особое внимание на питание детей до 1 года, открывались молочные кухни. К 1944 г. они функционировали в аймачных районных центрах, а всего по республике их стало 11.

Благодаря сети молочных кухонь многие женщины могли надеяться хотя бы на минимальное количество питания для своих детей. За один 1945 г. в БМА ССР на 7 молочных кухнях было приготовлено и выдано детям 1 831 638 порций детского питания, в том числе 938,9 тыс. молочных смесей.

Рождаемость в Улан-Удэ снизилась. Беременные из Зауды (пригородный район) родоразрешались в городском родильном доме¹⁹. Наркомздрав и Горздрав принимают решение открыть детскую больницу. Так, заведующая городским отделом здравоохранения Вера Георгиевна Белоусова издает приказ об организации городской детской больницы на 101 койку на базе Заудинского роддома 11 ноября 1942 г.²⁰

Были развернуты следующие отделения: терапевтическое — 71 койка, хирургическое — 20, туберкулезное — 10 коек, открыты лаборатория и рентгенокабинет с аппаратурой.

Таким образом, была введена в строй городская детская больница под № 1, первая многопрофильная по тем временам больница с функцией республиканского значения. В уже существовавшей областной больнице детское отделение закрыли, а заведующего отделением А. М. Дудина назначили главным врачом детской городской больницы. Заведовать хирургическим отделением назначили В. Н. Илькова, туберкулезным —

¹⁴И в а щ е н к о И. К. Деятельность эвакогоспиталей Бурятии // Сов. здравоохран. — 1985. — № 5. — С. 56.

¹⁵Тармаханов Е. Е., Гордина И. В. Женщины Бурятии в годы Великой Отечественной войны: проблемы занятости. Улан-Удэ, 2008. — С. 154.

¹⁶НАРБ. Ф. Р.665.Оп.1.Д.23.Л.38.

¹⁷НАРБ. Ф. Р.665.Оп.1.Д.23.Л.38.

¹⁸Мирский М. Б. Медицина и здравоохранение в годы Великой Отечественной войны // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2006. — № 1. — С. 57.

¹⁹Архивный отдел администрации г. Улан-Удэ Ф.20.Оп.2. Приказ № 75 от 7 июля 1942 г.

²⁰Архивный отдел администрации г. Улан-Удэ Ф.20. Оп.2. Приказ № 124 от 28 сентября 1942 г.

Л. П. Коновалову, терапевтическим — Н. И. Фокину и грудным отделением — Р. Х. Вольфа (находилось в составе терапевтического отделения).

В связи с приостановлением работы эвакуогоспиталей к концу 1942 г. в распоряжение Наркомздрава поступили 52 врача. Еще 46 врачей прибыли в республику по распределению. К началу 1943 г. в системе Наркомздрава БМА ССР работали 324 врача (в 1941 г. — 226). Увеличилось количество среднего медицинского персонала, к началу 1943 г. работали 1213 человек. Главным источником пополнения кадров среднего медицинского звена по-прежнему являлась фельдшерско-акушерская школа в Улан-Удэ.

Наряду с этим в 1942 г. отмечался приток медсестер, освобожденных от работы в эвакуогоспиталях²¹.

Улучшению противоэпидемической работы способствовало решение о передаче областной санэпидстанции с дезпунктом и коревой станцией в ведение горздравотдела. В распоряжение вновь организованной городской СЭС из эпидотдела горздрава поступили помощники эпидемиологов и дезинфекторов. Таким образом, была создана единая городская противоэпидемическая служба²².

Наряду с лечебной, противоэпидемической и санитарно-профилактической работой в годы Великой Отечественной войны на плечи медработников, обслуживающего персонала больниц, детских яслей, поликлиник легли все заботы по хозяйственному обеспечению учреждений — текущий ремонт, заготовка дров и угля, картофеля и овощей.

В годы войны правительство страны изыскало возможность и увеличило государственные пособия многодетным и одиноким матерям. Был принят указ Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г. "Об увеличении государственного обеспечения многодетных и одиноких матерей и установлении наград за многодетность". Установлено почетное звание "Мать-героиня", утверждены орден "Материнская слава" и "Медаль материнства"²³.

С августа 1944 г. по май 1945 г. почетное звание "Мать-героиня" было присвоено 71 многодетной матери в БМА ССР, орденом материнской славы были награждены 458 женщин, медалью материнства — 733. Всего были награждены 1262 многодетные матери, в том числе буряток 134, горожанок 142, домохозяйек 355.

Согласно этому указу ежегодно десятки тысяч семей получали пособия. Беременные женщины переводились на легкую работу с сохранением прежней заработной платы. Беременные и кормящие женщины освобождались от сверхурочных и ночных работ. Женщины с 6 мес беременности и родильницы в течение 4 мес получали дополнительное питание.

Кроме того, беременные получали детское приданое как в городе, так и в сельской местности. Число коек в детских больницах увеличилось в 3,5 раза. Дом ребенка в Улан-Удэ был расширен до 150 мест.

В 1945 г. в Верхней Березовке (пригород Улан-Удэ) были открыты детский соматический санаторий на 75 коек и подростковый санаторий для ослабленных детей на 100 мест. Детские ясли № 5 на 50 коек и детский сад на 100 мест были переформированы в санаторные с круглосуточным пребыванием в них детей.

Число женско-детских консультаций увеличилось с 28 в 1943 г. до 36 в 1945 г., детских амбулаторий с 7 до 10 соответственно. Если в 1943 г. по БМА ССР насчитывалось 22 родиль-

²¹НАРБ. Ф. Р.248.Оп.1.Д.111.Л.54.

²²НАРБ. Ф. Р.665.Оп.1.Д.555.Л.26.

²³Тармаханов Е. Е., Гордина И. В. Женщины Бурятии в годы Великой Отечественной войны: проблемы занятости. Улан-Удэ, 2008. — С. 169.

ных дома на 144 койки, то в 1945 г. — уже 28 на 169 коек. Особенно заметен рост числа колхозных роддомов — с 9 в 1944 г. до 16 в 1945 г.²⁴.

Анализируя состояние охраны здоровья материнства и младенчества на территории БМА ССР в предвоенный период и в годы Великой Отечественной войны, можно сделать вывод, что данный этап в истории государства имел как отрицательные, так и положительные моменты в развитии здравоохранения. Государственные структуры власти видели в женском населении самостоятельный объект социальной политики, поэтому в условиях войны принимались решения о централизованной помощи труженицам, о мерах по охране материнства и детства. Но по-прежнему социальная сфера жизнедеятельности женщин военной поры оставалась на втором плане. Удельный вес женщин республики в производстве составлял к концу войны 59,7%, а это означало, что тысячи женщин детородного возраста утратили в войну возможность стать матерями и не сумели сберечь жизнь и здоровье уже рожденных детей²⁵.

В 1945 г. отмечалась малая обеспеченность родильными койками: в сельской местности на 1000 населения приходилось 0,43 койки, в городах 0,56²⁶.

В 1945 г. рождаемость составила 15 на 1000 населения (против 40 на 1000 в 1940 г.). К 1945 г. охват стационарным родовспоможением оставался низким: по городам он был равен 82%, а в сельской местности — лишь 28,8%. Детскую смертность удалось стабилизировать, а затем и снизить. Так, в 1940 г. она составляла 16,4, а в 1945 г. — 7,7²⁷.

Хотя и в годы войны могли иметь место фальсификация или простой недоучет. Общая смертность соответственно равнялась 13,8 в 1940 г. и 8,3 в 1945 г.²⁸.

Младенческая смертность в роддомах по данным годового отчета за 1945 г. характеризовалась следующими цифрами: В 1944 г. — 0,4%, в 1945 г. — 0,1%²⁹. Конечно, сыграло большую роль внедрение в медицинскую практику новых лекарств (сульфаниламид), что привело к существенному снижению смертности от болезней органов дыхания, большинства инфекций. Увеличилось число больниц с 35 в 1940 г. до 49 в 1945 г., амбулаторно-поликлинических учреждений — со 107 в 1940 г. до 122 в 1945 г., женских и детских консультаций — с 25 до 36 соответственно³⁰. Возросли ассигнования, выделяемые на здравоохранение, — с 28,9 млн руб. в 1941 г. до 34,7 млн руб. в 1945 г.

За годы войны в республике не было допущено ни одной эпидемии инфекционных заболеваний.

В трудный период войны открылась и в дальнейшем успешно функционировали первая многопрофильная детская больница, городская инфекционная больница с детскими койками. Четкая организация охраны здоровья матери и ребенка, проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий в суровые годы Великой Отечественной войны при образовавшемся дефиците бюджета и медицинских кадров позволили не только сохранить, но и улучшить состояние и показатели системы охраны материнства и детства в БМА ССР.

Поступила 25.05.09

²⁴НАРБ. Ф. Р.665.Оп.1.Д.558.Л.87.

²⁵Тармаханов Е. Е., Гордина И. В. Женщины Бурятии в годы Великой Отечественной войны: проблемы занятости. Улан-Удэ, 2008. С. 172.

²⁶НАРБ. Ф. Р.665.Оп.1.Д.558.Л.85 об.

²⁷НАРБ. Ф. Р.665.Оп.6.Д.79.Л.123.

²⁸НАРБ. Ф. Р.665.Оп.6.Д.79.Л.122.

²⁹НАРБ. Ф. Р.665.Оп.1.Д.1213.

³⁰Боянова В. Р. Краткий очерк развития здравоохранения Бурятии. Улан-Удэ, 1993. — С. 34.

19 июня 2010 г. в автомобильной катастрофе трагически погиб руководитель отдела истории медицины и здравоохранения Национального НИИ общественного здоровья РАМН, председатель Московского научного общества историков медицины, член редколлегии журнала "Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины" профессор Марк Борисович *МИРСКИЙ*.

Редколлегия журнала выражает соболезнование его семье и коллегам.

ЗНАМЕНАТЕЛЬНЫЕ И ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ 2010 ГОДА***Научно-медицинские общества**

350 лет — Лондонское королевское общество — ведущее научное общество Великобритании (1660 г.).

150 лет — научно-медицинское общество "Беседы саратовских врачей", зародыш Саратовского физико-медицинского общества, одного из крупных периферийных обществ (Саратов, 1860 г.).

150 лет — Берлинское медицинское общество (Германия, 1860 г.).

125 лет — первое в России научное Общество сифилидологов и дерматологов (Петербург, 1885 г.).

125 лет — Общество военных врачей в Москве (1885 г.).

125 лет — Медицинское общество в Каунасе (Литва, 1885 г.).

125 лет — Медицинское общество в Токио (Япония, 1885 г.).

100 лет — создание Якутского отдела Русского общества охранения народного здоровья (1910 г.).

100 лет — Общество (научное) кайзера Вильгельма (Германия, 1910 г.).

75 лет — Общество профессиональной медицины в Лондоне (Англия, 1935 г.).

Съезды

125 лет — I съезд Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова (Петербург, 1885 г.).

125 лет — I Международный конгресс по борьбе с алкоголизмом и наркоманией (лекарственной зависимостью) (Бельгия, Антверпен, 1885 г.).

100 лет — I съезд русских деятелей по общественному и частному призрению (Петербург, 1910 г.).

100 лет — I Всероссийский съезд по борьбе с пьянством (Петербург, 1910 г.).

7 января — 85 лет со дня рождения Владимира Куприяновича Овчарова (1925—2005 гг., родился в селе Саковник Конышевского района Курской области), российского социал-гигиениста, специалиста в области санитарной статистики, члена-корр. РАМН. В 1955—2005 гг. — во ВНИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н. А. Семашко (ныне Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья РАМН): заведующий отделом статистики здравоохранения и медицинской демографии, заместитель директора института (1975—1982 гг. и с 1988 г.), директор института (1982—1988 гг.). Руководитель Центра ВОЗ по Международной классификации болезней. Исследования посвящены проблемам санитарной статистики, информатики, социальной гигиены и организации здравоохранения. Важнейшие из них — разработка методики выборочных региональных исследований здоровья населения России, работы по статистике деятельности учреждений здравоохранения, по проблемам медицинской демографии. Одним из первых применил системный анализ в разработке проблемы потребности в научных кадрах. Внес вклад в разработку и внедрение в практику Международной классификации болезней. Руководитель впервые созданной программы работ по электронизации в здравоохранении. Ряд работ посвящен истории высшего медицинского образования.

Соч.: Пособие к пользованию советской и международной номенклатурами болезней и причин смерти. М., 1959. 448 с. (Совместно с Н. Г. Шаскольским); Заболеваемость, смертность и средняя продолжительность жизни населения в СССР: Минск, 1979. 12 с. (Совместно с А. Ф. Серенко); Международная классификация нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности: Руководство по классификации последствий болезни. М., 1982. 187 с. (Совместно с др.); Исследование социальных факторов формирования здоровья населения // Общественные науки и здравоохранение. М.: Наука, 1987. С.139—151; Современные социально-экономические условия и здоровье населения // Вестн. РАМН. 1997. № 1. С. 51—59; Руководство по переходу системы здравоохранения к работе с международной классификацией болезней 10-го пересмотра. М., 1999. 217 с. (Совместно с др.); Методологические и организационные подходы к развитию социально-гигиенического мониторинга здоровья населения // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. № 5. С. 26—29.

Лит.: В. К. Овчаров // Сов. здравоохранение. 1985. № 4. С. 75; 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2004. С. 465.

*Составитель Н. П. Воскресенская (ст. науч. сотр. национального НИИ общественного здоровья РАМН, 916-04-22).

64

11 января — 50 лет со дня рождения Вероники Игоревны Скворцовой (1960 г., родилась в Москве), российского невролога, члена-корр. РАМН. С 1997 г. — заведующая кафедрой фундаментальной и клинической неврологии с курсами нейрохирургии, лабораторной, функциональной и нейроручевой диагностики в Российском государственном медицинском университете. С 2008 г. — зам. министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Основные научные исследования посвящены проблемам цереброваскулярных расстройств, инсульта, изучению механизмов повреждающего действия церебральной ишемии, регенераторно-репаративных процессов в нервной ткани. Одна из создателей научного направления — превентивной нейропротекции. Приоритетные работы посвящены болезням двигательного нейрона.

Соч.: Ишемия головного мозга. М.: Медицина, 2001. (Совместно с др.); Ишемический инсульт. Орел, 2006. (Совместно с др.); Неврология и нейрохирургия: Учебник. М., 2007. (Совместно с др.); Управление клиническими процессами в неврологии. М., 2007. (Совместно с др.).

Лит.: 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2004. С. 475.

19 января — 100 лет со дня смерти Дмитрия Дмитриевича Ахшарумова (1823—1910 гг., родился в Петербурге), российского врача, деятеля общественной медицины, доктора медицины. Пропагандист общественного направления в вопросах охраны здоровья народа. Основные труды посвящены эпидемиям дифтерии, холеры, чумы, оспы, сибирской язвы и других инфекций, распространению сифилиса и гигиене. Основатель и первый председатель Общества врачей в Полтаве. В 1882 г. организовал съезд врачей Полтавской губернии. Был сторонником пропаганды санитарных знаний среди населения.

Соч. и лит.: см. БМЭ и БСЭ. 3-е изд.

20 января — 60 лет со дня рождения Геннадия Григорьевича Онищенко (1950 г., родился в поселке Чаргын-Таш, Сузакского района Ошской области Киргизии), российского эпидемиолога, академика РАМН, заслуженного врача Российской Федерации. В 1991—1996 гг. — зам. председателя Госсанэпиднадзора Российской Федерации, зам. Главного государственного санитарного врача Российской Федерации. В 1996—2004 гг. — первый зам. министра здравоохранения Российской Федерации, главный государственный санитарный врач Российской Федерации и одновременно (с 1997 г.) — заведующий кафедрой эпидемиологии Российской академии последипломного образования. С 2004 г. — руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Минздравсоцразвития. Основные направления исследований — эпидемиология инфекционных заболеваний, разработка основ эпидемиологического надзора, стратегия и тактика противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях, санитарная охрана страны от распространения особо опасных болезней и др. Лауреат Государственной премии за разработку и внедрение в медицинскую практику основных средств специфической профилактики, диагностики и лечения сибирской язвы" (2002 г.). Награжден Премией Правительства Российской Федерации (2005 г.).

Соч.: Иммунобиологические препараты и перспективы их применения / Под ред. Г. Г. Онищенко. М., 2002. (Совместно с др.); Проблемы эпидемиологической безопасности в регионе Южного федерального округа России. М., 2003. (Совместно с др.); Санитарно-эпидемиологическая служба и ее руководители: Из истории здравоохранения России в XX веке: Очерки. М.: Медицина, 2003. (Совместно с др.); Природные очаги чумы Кавказа, Прикаспия, Средней Азии и Сибири / Под ред. Г. Г. Онищенко. М.: Медицина, 2004. (Совместно с др.); Всесоюзные и Всероссийские научные съезды гигиенистов и санитарных врачей / Под ред. Г. Г. Онищенко. М.: Медицина, 2004. (Совместно с др.); Обеспечение биологической, химической и радиационной безопасности при террористических актах / Под ред. Г. Г. Онищенко. М., 2005. (Совместно с др.); Грипп птиц в Сибири — 2005: лабораторные и эпидемиологические исследования, противоэпидемические и противоэпидемиологические мероприятия в период эпизоотии вируса гриппа среди домашней птицы в Сибирском и Уральском федеральных округах Российской Федерации: июнь—ноябрь 2005 г. / Под ред. Г. Г. Онищенко. Новосибирск, 2006. (Совместно с др.); Энтеральные вирусные гепатиты (этиология, эпидемиология, диагностика, профилактика. М., 2007 (Совместно с др.); Лабораторная диагностика опасных инфекционных болезней: Практ. руководство. М., 2009 (Совместно с др.).

Лит.: 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2004. С. 397—398.

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.

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) 271-30-10*44-20

**Ответственность
за достоверность информации,
содержащейся в рекламных
материалах, несут
рекламодатели.**

Редактор *З. И. Литвиненко*

Художественный редактор
Р. Р. Катеева

Корректор *Л. В. Егорова*

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 03.06.10. Подписано в печать 11.08.2010. Формат 60×88¹/₈.

Печать офсетная. Печ. л. 8,00. Усл. печ. л. 7,84.

Уч. изд. л. , .
Заказ 512.

ОАО «Издательство "Медицина"»

E-mail: meditsina@mtu-net.ru

WWW страница: www.medlit.ru

Подписной тираж номера 321 экз.

ЛР № 010215 от 29.04.97.

Типография: ООО "Подольская Периодика"
142110, г. Подольск, ул. Кирова, 15

Уважаемые читатели!

Приглашаем Вас посетить сайт
ОАО «Издательство "Медицина"»
в Интернете

Наш адрес:

www.medlit.ru