

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Двухмесячный научно-практический журнал

1

2011

ЯНВАРЬ—ФЕВРАЛЬ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор: ЩЕПИН О. П. — акад. 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., **ПЕРХОВ В. И.** —
доктор мед. наук, **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 В. О.** — член-корр. РАМН, доктор
мед. наук, проф.



Здоровье и общество

- Максимова Т. М., Лушкина Н. П.* Особенности состояния здоровья жителей разных типов поселений 3
- Верbitsкая Л. И., Чичахов Д. А.* Особенности детской смертности в Республике Саха (Якутия) 7
- Светличная Т. Г., Нестерова И. В.* Факторы риска, обуславливающие состояние здоровья детского населения Архангельской области 11
- Закирова К. А.* Влияние медико-социальных факторов на заболеваемость туберкулезом в Республике Таджикистан и совершенствование профилактической помощи 16
- Петров Д. С., Коновалов О. Е.* Медико-социальные аспекты качества жизни больных шизофренией 19

Реформы здравоохранения

- Щепин О. П., Растегаев В. В.* Проблемы правового обеспечения деятельности муниципального здравоохранения 21
- Доютлова М. В., Гусева Н. К., Соколов В. А.* Работа кадровой службы муниципальной поликлиники в современных условиях 23
- Демичева Т. П., Шилова С. П., Романкова М. Г.* Из опыта работы эндокринологического отделения многопрофильного учреждения 26
- Пахомов И. А.* О целесообразности введения специальности "подиатрия" в травматологии и ортопедии 29
- Эртель Л. А., Кубликова О. А.* Страхование профессиональной ответственности медицинских работников в России 33
- Наумов И. А., Тищенко Е. М.* Ранговая оценка показателей деятельности акушерско-гинекологической службы 35

Из опыта организатора здравоохранения

- Щепин В. О., Иванов М. В., Миргородская О. В.* Развитие общей врачебной практики в системе здравоохранения Воронежской области 38
- Галстян А. Ш.* Профилактическое обучение пациентов в "школе профилактики ишемической болезни сердца" 43

За рубежом

- Климусева Н. Ф., Жилиева Е. П.* Вопросы нормативного регулирования трансплантации органов и тканей в документах ВОЗ 44
- Кудрявцев И. Ю.* Организация онкологической помощи в Навоийском регионе Республики Узбекистан 48

История медицины

- Сточик А. М., Затравкин С. Н.* Научные революции в медицине XVII—XIX веков: опровержение галенизма и возникновение естественнонаучных основ медицины. Сообщение 3. Формирование новых представлений о пищеварении, мочеотделении, системе крови и половых процессах 51
- Будко Д. А. Л. Д. Троицкий — "Н. И. Пирогов... крепко умный русский человек" 55*
- Хубутия М. Ш., Кабанова С. А.* Странноприимный дом графа Шереметева — прошлое и настоящее (к 200-летию со дня открытия) 58
- Яхьяева З. И., Батаев Х. М.* Родовспоможение и выхаживание ребенка у вайнахов 61

Рецензии

- Стародубов В. И. О. П. Щепин, В. А. Медик* "Общественное здоровье и здравоохранение". — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 64

Health and society

- Maksimova T. M., Lushkina N. P.* The characteristics of health of inhabitants in different types of settlements 3
- Verbitskaya L. I., Chichahov D. A.* The characteristics of children mortality in the Republic of Sakha (Yakutia) 7
- Svetlichnaya T. G., Nesterova I. V.* The risk factors determining the state of health of children population in the Archangel'skaya oblast 11
- Zakirova K. A.* The impact of medical social factors on morbidity of tuberculosis in the Republic of Tajikistan and enhancement of prevention care 16
- Petrov D. S., Kononov O. E.* The medical social aspects of life quality of schizophrenic patients 19

Health reforms

- Schepin O. P., Rastegaev V. V.* The issues of legal support of municipal public health 21
- Dojutova M. V., Guseva N. K., Sokolov V. A.* The functioning of personnel service in municipal polyclinic 23
- Demicheva T. P., Shilova S. P., Romankova M. G.* The analysis and assessment of endocrinology department functioning 26
- Pahomov I. A.* On practicability of implementing the speciality "podiatry" in traumatology and orthopedics 29
- Ertel L. A., Kublikova O. A.* The insurance of professional responsibility of medical professionals in Russia 33
- Naumov I. A., Tischenko E. M.* The rank estimate of indicators of obstetric-gynecologic service activity as a foundation of enhancing medical care quality 35

From the experience of health professional

- Schepin V.O., Ivanov M.V., Mirgorodskaya O.V.* From the experience of development of general medical practice in health system of Voronejskaya oblast 38
- Galstian A. Sh.* From the experience of patients training in prevention at "The school of prevention of ischemic heart disease" 43

International health

- Klimusheva N.F., Jiliaeva E.P.* The issues of normative regulation of organs and tissues transplantation in WHO documents 44
- Kudriavtsev I. Y.* The organization of oncological medical care in Navoi region of the Republic of Uzbekistan 48

History of medicine

- Stochik A. M., Zatravkin S. N.* The scientific revolutions in medicine (XVII-first half of XIX centuries). Report III. The development of new conceptions of digestion, urination, blood system and sexual processes. 51
- Budko D. A. L. D. Trotsky: "N. I. Pirogov is ...a strong minded russian person" 55*
- Hubutia M. Sh., Kabanova S. A.* The almshouse of count Scheremetiev: the past, the present, the future (to the bicentenary of opening) 58
- Yahyaeva Z. I., Bataev H. M.* The traditional obstetrics, delivery rites and nursing of child in Vainakhs 61

Review

- Starodubov V.I. O.P. Schepin, V.A. Medik* "Public health and health care". — Moscow: GEOTAR-Media, 2010. 64

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

Т. М. Максимова, Н. П. Лушкина

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ ТИПОВ ПОСЕЛЕНИЙ

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва

В результате исследования выявлены особенности здоровья, морфологического и психологического статуса жителей разных типов поселений, которые необходимо корректировать и учитывать при разработке медицинского обеспечения.

Ключевые слова: *здоровье, типы поселений, медицинское обеспечение*

THE CHARACTERISTICS OF HEALTH OF INHABITANTS IN DIFFERENT TYPES OF SETTLEMENTS

T.M. Maksimova, N.P. Lushkina

The study revealed the characteristics of health and morphological and psychological status of inhabitants in different types of settlements. This information is needed to be implemented in elaborating medical support supply.

Key words: *health, settlement, medical support*

Население России проживает в основном (73,3% по данным Всероссийской переписи населения 2002 г.) в городах, каждый третий (26,7%) житель — в сельской местности (на 01.01.09 — 73,1% городского населения и 26,9% сельского) [1]. Предполагается, что особенности проживания сказываются на формировании здоровья жителей. Известно, что у сельских жителей выше смертность: в 2008 г. 18,4‰ у мужчин и 14,9‰ у женщин (в городе соответственно 15,9 и 12,2‰), ниже ожидаемая продолжительность жизни (в 2008 г. 66 лет и 68,6 года на селе и в городе соответственно) [2, 3].

Однако расселение населения в реальной жизни является более сложным — и городское, и сельское население распределяется неравномерно в зависимости от величины населенного пункта проживания, что в значительной мере связано с развитием жизнеобеспечивающей инфраструктуры.

Так, в 2003 г. четверть (26%) городского населения проживала в крупных, численностью более 1 млн человек городах, третья часть (35,9%) горожан — в городах численностью до 100 тыс. человек (более половины из них в очень малых городских поселениях — до 50 000 человек) [4]. Остальные (38,1%) горожане проживали в городах, средних по количеству населения, — от 100 000 до 1 000 000 человек, в том числе 11,7% в городах с численностью от 500 000 человек.

Неравномерно распределяется и сельское население. По данным переписи населения 2002 г., 17,4% жителей проживало в крупных селах численностью более 5000 человек, 28,7% — в селах с населением до 500 человек, в том числе 11,6% в селах до 200 человек и в очень маленьких селах с населением 10 человек и менее.

Особой категорией городских поселений являются поселки городского типа (на 1 января 2003 г.

зарегистрировано 1835 поселков городского типа), численность населения которых существенно варьирует: 23,9% поселков городского типа имеют численность населения до 5000 человек, 5,7% жителей проживали в достаточно крупных поселениях с населением от 20 000 до 50 000 человек. Но основная часть (70,4%) жителей поселков городского типа проживала в поселениях с численностью от 5000 до 20 000 человек. Таким образом, поселки городского типа численностью населения до 5000 человек гораздо ближе к сельским, причем достаточно малонаселенным территориям, более крупные (от 10 до 50 тыс. человек) — к городским. Особенности расселения населения практически сохраняются и в 2009 г. Они определяют, в том числе, условия проживания и доступность медицинской помощи — реальные факторы формирования здоровья. Исходя из этого, можно предположить, что жителям разных типов поселений свойственны свои особенности здоровья.

В рамках Всемирного исследования здоровья, под руководством ВОЗ в 70 странах мира, в 2003 г. в 3 федеральных округах Европейской части России (4424 человека) было проведено сравнение некоторых демографических параметров, особенностей образа жизни и основных характеристик здоровья, входящих в программу исследования (www.who.int/whs) для жителей различных типов населенных пунктов — мегаполисы, города, сельские поселения. В ряде случаев выделялись поселки городского типа.

Жители различных типов поселений отличаются по возрастному составу (среди сельских жителей больше пожилых), семейному положению. В крупных городах (18,3%) и поселках городского типа (19,5%) больше разведенных среди жителей трудоспособного возраста, чем на селе (9%); среди населения старшего возраста на селе больше (59,8%) овдовевших (в крупных городах 35,8%), в основном (83,4%) — это женщины. Среди мужчин, проживающих в поселках городского типа, выше доля

Т. М. Максимова — д-р мед. наук, гл. науч. сотр. (tmaximova@mail.ru); Н. П. Лушкина — канд. экон. наук, вед. науч. сотр. (8-495-917-82-58).

Таблица 1

Средний рост (в см) мужчин, проживающих в населенных пунктах различного типа ($p \pm m$)

Тип поселений	20—39 лет	40—59 лет	60 лет и старше
Крупные города	177,3 ± 1,0	175,3 ± 0,9	172,6 ± 1,1
Города	176,6 ± 0,4	173,2 ± 2,0	170,2 ± 0,4
Поселки городского типа и сельские поселения	172,6 ± 0,9	171,8 ± 0,8	170,2 ± 1,0

тех, кто никогда не состоял в браке, и больше так называемых сожителей. Естественно, отличаются жители разных типов поселений и по характеру трудовой деятельности, занятости в разных сферах жизнеобеспечения. Если в крупных городах преобладают руководители и специалисты (59,6%), то на селе основная часть жителей занята сельским хозяйством, техническими работами или простыми видами деятельности. На селе существенна доля (15,8%) тех, кто занимается торговлей, в крупных городах каждый десятый житель занимается торговлей или работает в сервисной службе.

Отличаются жители разных типов поселений и по некоторым морфологическим параметрам. Так, среди сельских женщин существенно ниже доля лиц с недостаточным (ВМІ < 18,5) весом как в трудоспособном, так и в старших возрастах (наибольшая доля таких лиц среди проживающих в крупных городах). Среди сельских женщин трудоспособного возраста больше доля тех, кто имеет избыточный вес и даже ожирение (20,6%), в крупных городах — 6,5% ($t > 2$), в среднем среди городских женщин — 14,9%. Аналогичная тенденция отмечена и у мужчин этого возраста, хотя различия статистически незначимы (7,8% в крупных городах и 12% на селе).

В старших возрастах ожирением чаще (38,6%) страдают жительницы крупных городов, несколько реже (26—32%) — женщины остальных типов поселений. Среди мужчин этого возраста доля лиц с ожирением существенно ниже: наименьшая доля среди горожан (9%), а наибольшая — среди сельских жителей и жителей поселков городского типа (24,6%; $t > 2$).

Выраженной особенностью биологических характеристик городского населения в целом, особенно жителей крупных городов (мужчины), является их более высокий рост по сравнению с жителями села и поселков городского типа (различия

статистически значимы). С увеличением возраста разница в длине тела сокращается с 4,7 см в 20—39 лет до 3,5 см в 40—59 лет и 2,4 см в 60 лет и старше (табл. 1). У женщин различия в росте менее выражены.

По данным проведенного исследования, более высокий средний рост как мужчин, так и женщин был связан с более высокими самооценками здоровья. В группе с высокой самооценкой своего здоровья (хорошее и очень хорошее) средний рост российских мужчин в возрасте 30—59 лет был 175,3 см, с удовлетворительной оценкой — 172,9 см, с плохой — 173,1 см, та же закономерность была отмечена и в других странах: в Германии — 178,1, 177,4 и 175 см; в Израиле — 175,9, 173,1 и 168,6 см; в Великобритании — 176,8, 176,2 и 173,9 см соответственно.

Жители мегаполисов по сравнению с их сверстниками из других городов и сельской местности более оптимистичны в отношении оценки своего здоровья в трудоспособном возрасте — среди них достоверно больше тех, кто считает свое здоровье хорошим и очень хорошим: в городских мегаполисах 56,6% лиц, в других городах и поселках городского типа 43,8%, в сельской местности 33,9% ($t > 2$; табл. 2).

В возрастной группе старше трудоспособного возраста эти различия нивелируются, однако городских жителей, низко самооценивающих здоровье, больше, чем сельских ($t > 2$). Возрастная динамика самоопределения здоровья закономерна: с увеличением возраста увеличивается доля тех, кто считает свое здоровье плохим, и уменьшается — с высокими оценками здоровья. Более высокие самооценки здоровья у жителей крупных городов отмечаются в трудоспособном возрасте и у мужчин, и у женщин при противоположной направленности распределения лиц с удовлетворительными оценками. В старших возрастах на плохое и очень плохое здоровье чаще указывают жители крупных городов, чем сельские (в основном за счет женского населения, $t = 1,7$; см. табл. 2).

Установлено, что психологическими проблемами чаще страдают жители крупных городских поселений, особенно в старшем возрасте. Наиболее распространены среди них тяжелые нарушения сна в возрасте 60 лет и старше, тяжелые виды тоски, подавленности и депрессии в последние 30 дней, при этом отмечается определенная тенденция к по-

Таблица 2

Особенности самооценки здоровья у жителей разных типов поселений (в %)

Самооценка здоровья	18—59 лет			60 лет и старше		
	М	Г	С	М	Г	С
Хорошее и очень хорошее	49,0 ± 4,1	38,1 ± 4,0	30,0 ± 2,5	11,4 ± 3,2	8,0 ± 0,9	7,1 ± 2,3
	68,0 ± 4,7	52,3 ± 4,2	41,9 ± 2,0	4,3 ± 3,0	13,5 ± 6,8	21,3 ± 6,0
Удовлетворительное	40,9 ± 1,3	53,1 ± 1,4	55,8 ± 0,8	43,3 ± 5,0	49,9 ± 1,6	58,6 ± 4,4
	23,0 ± 1,7	42,0 ± 1,6	50,0 ± 0,8	68,1 ± 1,7	56,8 ± 2,5	66,0 ± 2,3
Плохое и очень плохое	10,0 ± 4,2	8,7 ± 4,5	14,1 ± 3,2	45,3 ± 5,4	42,0 ± 1,6	34,3 ± 4,2
	9,0 ± 5,3	5,7 ± 5,4	8,1 ± 2,9	27,7 ± 4,9	29,7 ± 6,9	21,3 ± 6,0
Оба пола:						
Хорошее и очень хорошее	56,6 ± 3,1	43,8 ± 3,0	33,9 ± 1,9	9,0 ± 2,4	9,6 ± 4,2	8,6 ± 4,1
Удовлетворительное	33,7 ± 1,0	48,7 ± 1,1	53,4 ± 0,6	51,4 ± 0,8	51,9 ± 1,3	60,6 ± 1,3
Плохое и очень плохое	9,6 ± 3,3	7,5 ± 3,5	11,7 ± 2,2	39,6 ± 2,1	38,4 ± 3,7	30,8 ± 3,5

Примечание. Здесь и в табл. 3, 5: М — крупные города (мегаполисы), Г — города и поселки городского типа, С — село. Здесь и в табл. 4: в числителе — показатель у женщин, в знаменателе — у мужчин.

Особенности распространенности (в %) психологических проблем у жителей разных типов поселений ($p \pm m$)

Психологические проблемы	18—59 лет			60 лет и старше		
	М	Г	С	М	Г	С
В течение 30 дней нарушения сна:						
нет или некоторые проблемы	79,1 ± 2,6	79,5 ± 0,9	80,6 ± 2,8	39,9 ± 4,1	43,9 ± 1,3	38,9 ± 3,7
серьезные или очень серьезные проблемы со сном*	6,0 ± 1,5	5,5 ± 0,5	5,9 ± 1,6	34,3 ± 4,0	22,5 ± 1,1	24,8 ± 3,2
Серьезные или очень серьезные трудности в связи с ощущением тоски, подавленности, депрессии	7,2 ± 1,6	4,7 ± 0,4	4,9 ± 1,5	23,0 ± 3,5	10,3 ± 0,8	9,6 ± 2,2
В течение последнего года:						
период, длившийся несколько дней, когда:						
чувствовали себя печальным, опустошенным или подавленным	33,6 ± 3,0	37,6 ± 1,0	35,9 ± 3,3	50,4 ± 4,2	40,1 ± 1,3	41,6 ± 3,7
была потеря интереса к большинству вещей, обычно доставлявших удовольствие, таким как хобби, личные отношения или работа	24,8 ± 2,7	29,2 ± 1,0	26,5 ± 3,1	38,6 ± 4,1	34,3 ± 1,3	28,3 ± 3,4
чувствовался упадок сил или чувствовали себя все время утомленными	45,9 ± 3,2	44,4 ± 1,0	42,6 ± 3,4	68,8 ± 3,9	56,8 ± 1,3	55,4 ± 3,7

Примечание. * — например, трудное засыпание, частое пробуждение ночью или слишком раннее пробуждение утром.

вышению распространенности этих состояний у жителей крупных городов и в трудоспособном возрасте (табл. 3).

Имеются особенности в распространении разных нарушений у мужчин и женщин. Мужчины, проживающие в разных типах поселений, чаще, чем женщины, указывают на отсутствие каких-либо нарушений сна и реже — на его тяжелые нарушения. С увеличением возраста и среди мужчин, и среди женщин существенно увеличивается доля лиц с различными, в том числе тяжелыми нарушениями сна. Достоверно чаще (41,7%) тяжелые нарушения сна отмечают пожилые жительницы крупных городов, доля таких жительниц в других поселениях составляет 25,8—27%. Среди мужчин, проживающих в крупных городах, частота этих нарушений не выше, чем среди жителей других поселений, а в трудоспособном возрасте мужчины из мегаполисов чаще (67%) отмечают отсутствие каких-либо нарушений сна, среди жителей других поселений таких было около половины (см. табл. 3). Как мужчины, так и женщины старше трудоспособного возраста, проживающие в крупных городах, чаще указывают на наличие тяжелых периодов депрессии (28,9% женщин и 10,6% мужчин) по сравнению с жителями других поселений, где на такие отклонения указывают около 12% женщин и 4—6% мужчин.

Пожилые жители крупных городов в течение года чаще отмечали наличие периодов потери интереса к большинству вещей по сравнению с сельскими жителями (50,4 и 41,6% соответственно) и особенно ощущение упадка сил и постоянной утомленности: среди жителей крупных городов это отмечали 68,8%, в других поселениях — немногим более половины (56,8 и 55,4%).

Различия в распространенности этих отклонений среди жителей разных типов поселений статистически значимы ($t > 2$) и, соответственно, указывают на действительно большую распространенность психологических проблем у жителей крупных городов. В то же самое время необходимо отметить высокий уровень этих нарушений и среди жителей других типов поселений. Более того, периоды упадка сил и длительной утомляемости уже в трудоспособном возрасте отмечаются почти у по-

ловины населения, каждый третий испытывал ощущение опустошенности и подавленности, что свидетельствует о выраженном неблагополучии в здоровье и необходимости учета этих состояний при работе с населением и медицинской коррекции разных заболеваний и отклонений в здоровье.

На ощущения упадка сил или длительной утомляемости чаще указывают жители крупных городов, как мужчины, так и женщины старше 60 лет, причем среди женщин это отмечается и в трудоспособном возрасте, а у мужчин только в пожилом.

По сравнению с мужчинами пожилые жительницы крупных городов чаще, чем сельские (43,6 и 28,2% соответственно), указывали на потерю интереса к большинству вещей в течение последнего года.

Жительницы мегаполисов чаще, чем жительницы, проживающие в других поселениях, указывали и на наличие таких состояний, как депрессия (13%), ощущение чего-то странного и необъяснимого, во что трудно поверить (14,2%); среди жителей других городов на это указали 5,2%, среди сельских жителей — 1,4%.

Если сравнивать распространенность некоторых заболеваний среди жителей различных поселений, то как мужчины, так и женщины трудоспособного возраста из сельской местности и поселков городского типа чаще указывают на заболевания системы кровообращения (стенокардию), чем городские жители (табл. 4). Сельские жители чаще (36—38%) отмечали симптомы болезненности, отечности суставов (в крупных городах 22%), скованности движений (40% на селе и 23,3% в крупных городах), боль и дискомфорт в грудной клетке (37,8% на селе и 26,5% в крупных городах). На боль в спине, напротив, чаще указывали жители мегаполисов (62,8%), чем жители поселков городского типа (49%) и сельских поселений (52,5%).

По этим данным отмечается требующая дальнейшего подтверждения тенденция у жителей села и поселков городского типа старше трудоспособного возраста к большей распространенности болезней суставов по сравнению с горожанами. В целом распространенность этих заболеваний составляет для горожан $37,3 \pm 1,3\%$, среди жителей села и поселков городского типа — $43,4 \pm 3\%$ ($t > 1,8$).

Среди жителей села, как мужчин, так и женщин,

Таблица 4

Распространенность некоторых заболеваний у жителей разных поселений (в %)

Заболевания	Возраст 18—59 лет		Возраст 60 лет и старше	
	города, в том числе мегаполисы	поселки городского типа и сельские поселения	города, в том числе мегаполисы	поселки городского типа и сельские поселения
Болезни суставов	13,8 ± 0,9 8,1 ± 0,9	13,7 ± 2,5 9,0 ± 2,6	40,9 ± 1,6 28,9 ± 2,3	46,3 ± 3,5 35,9 ± 5,4
Стенокардия*	7,7 ± 0,7 4,9 ± 0,7	17,0 ± 2,8 11,4 ± 2,9	50,4 ± 1,6 41,1 ± 2,5	53,8 ± 3,5 42,0 ± 5,5
Диабет	1,4 ± 0,3 1,1 ± 0,3	0,5 ± 0,5 0,8 ± 0,8	6,4 ± 0,8 3,9 ± 1,0	9,0 ± 2,0 —
Бронхиальная астма	3,4 ± 0,5 1,6 ± 0,4	2,1 ± 1,0 1,6 ± 1,1	4,8 ± 0,7 1,6 ± 0,6	3,3 ± 1,2 2,4 ± 1,7

Примечание. * — различия статистически значимы, $t > 2$.

Таблица 5

Особенности нуждаемости в разных видах медицинской помощи среди жителей разных типов поселений (в %)

Испытывали необходимость в получении медицинской помощи	Женщины			Мужчины		
	М	Г	С	М	Г	С
В течение последних 30 дней	29,3	23,7	25,4	22,9	16,1	16,0
В течение года	75,7	65,7	64,3	64,6	54,8	54,9
Никогда не испытывали	2,1	7,8	6,2	2,8	13,4	11,5

существенно меньше тех, кто носит очки или контактные линзы — в возрасте старше 60 лет это 75% среди жителей села и 94,1% среди жителей крупных городов. При этом обследование у офтальмолога прошло почти столько же пожилых сельских жителей, сколько и жителей крупных городов (62 и 69,7% соответственно в течение последнего года). Катаракта в течение последних 5 лет была выявлена несколько реже у сельских жителей в возрасте 60 лет и старше (20,4%) по сравнению с горожанами (24,3% у жителей мегаполисов и 27,3% у жителей других городов). В возрасте 60 лет и старше количество женщин и мужчин, потерявших все свои естественные зубы, было практически одинаковым: на селе 27,4 и 31,1%, на остальных территориях 33,7 и 33,9% соответственно. Причем меньше всего таких жителей зарегистрировано в крупных городах (24,4%; различия по сравнению с жителями других городов (34,6 ± 1,4%) статистически достоверны). Сельские жители старше 60 лет достоверно реже (36,8%), чем жители крупных городов (70,6%) указывали на наличие каких-либо проблем с зубами и полостью рта в течение последнего года, но чаще (63,1%), чем городские жители (45,3%), получали какое-либо лечение.

Профилактические обследования женской половой сферы (осмотр органов малого таза, маммография) сельские жительницы проходят реже. Осмотр органов малого таза в течение последних 3 лет был проведен 83—88% городских жительниц в возрасте 18—69 лет и 76% женщин этого возраста, проживающих в селе. Пожилым женщинам вне зависимости от места проживания этот вид обследования проводится значительно реже: в крупных городах — 41,7% женщин, на селе и в поселках городского типа — 51,4%.

Маммография не стала массовым видом обследо-

вания. В течение последних 3 лет этот вид обследования прошли 22,1% женщин трудоспособного возраста и 13,6% — старше трудоспособного возраста. У сельских жительниц в трудоспособном возрасте (18,3%) и старше трудоспособного возраста (9,3%) этот вид обследования применяется реже, чем у женщин в крупных городах (24,3 и 37,8% соответственно), т. е. в городе он более доступен.

Профилактические обследования на туберкулез сельские жители европейской части страны проходят не реже, чем городские. В течение последнего года его прошли 55,6% сельских жителей трудоспособного возраста (54,5% жителей городов). Меньше всего обследованных на туберкулез в крупных городах.

Как мужчины, так и женщины, проживающие в крупных городах-мегаполисах, чаще, чем жители других поселений (городов, поселков городского типа и сельской местности), испытывали необходимость в получении медицинской помощи в течение года и реже отмечали, что они никогда в ней не нуждаются — в крупных городах это менее 3%, среди проживающих в других типах поселений 6—8% среди женщин и 11—13% среди мужчин. Это может быть связано не только с особенностями здоровья, но и с большей доступностью разных видов медицинской помощи в крупных городах (табл. 5). Особенности медицинского обеспечения при различной доступности были описаны канадскими специалистами.

Отсутствие необходимости получения медицинской помощи отмечали 13,3% мужчин и 9,2% женщин в Германии, 12,2 и 8,1% в Великобритании, 3,6 и 1,4% во Франции, 0,6 и 0,8% в Израиле, 15,8 и 11,7% в Индии соответственно. Особенно высока доля лиц, не считающих необходимым получать лекарственную помощь, в Китае: 38,5% мужчин, 29,5% женщин.

Выявлены особенности в получении стационарной помощи населением различных типов поселений. В течение последних 5 лет больше всего госпитализированных в трудоспособном возрасте среди сельских жителей (29,9%), а меньше всего — среди жителей крупных городов (19,7%). Аналогичную ситуацию отмечают респонденты трудоспособного возраста в отношении своих детей — в течение 5 последних лет было госпитализировано 22,8% городских детей и 40,7% детей сельских жителей. Это может быть связано с уровнем и своевременностью диагностики, доступностью медицинской помощи. В возрасте старше трудоспособного возраста тенденция противоположная: доля госпитализированных в течение последних 5 лет высока среди городских жителей (на уровне 36%), среди жителей поселков городского

Таблица 6

Доля лиц (в %) в возрасте 60 лет и старше, которые смогли приобрести назначенные медикаменты

Тип поселений	Приобрели назначенные медикаменты	
	все или большую часть	некоторые или никакие
Крупные города	87,4	13,1
Города	75,2	24,8
Поселки городского типа	71,1	28,8
Сельская местность	66,8	33,2

типа — 39,1%, а среди сельских жителей были госпитализированы лишь 28,8%. По-видимому, пожилые сельские жители по разным причинам госпитализируются лишь в наиболее тяжелых случаях.

Что касается других аспектов медицинской коррекции заболеваний, установлено, что все назначенные врачами медицинские препараты приобретают в трудоспособном возрасте в большей мере жители крупных городов (90,1%), чем жители других поселений, например жители других городов (76%), сельских поселений (64,2%).

Особо выражены проблемы обеспечения медикаментами в старших возрастах (табл. 6), когда до одной трети сельских больных и жителей поселков городского типа, каждый четвертый (24,8%) городской житель не приобрели или смогли приобрести лишь некоторые из назначенных препаратов, т. е.

не получили адекватного лечения своего заболевания.

При этом основной причиной, по которой больные не приобретали все назначенные препараты, был недостаток средств. На это указали 55—65% жителей разных типов поселений.

Таким образом, установлены особенности здоровья, морфологического и психологического статуса жителей разных типов поселений, требующие формирования специфики медицинского обеспечения и медицинской коррекции этих состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рос. стат. ежегодник. — М., 2009. — С. 77.
2. Там же. — С. 189—190.
3. Там же. — С. 109.
4. Mythbusters // Eurohealth. — 2009. — Vol. 15. — N 2. — P. 29—30.

Поступила 21.04.10

© Л. И. ВЕРБИЦКАЯ, Д. А. ЧИЧАХОВ, 2011

УДК 616-053.2:312.2(571.56) «1999—2008»

Л. И. Вербицкая¹, Д. А. Чичахов²

ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

¹Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия); ²Институт последипломного обучения врачей Якутского государственного университета им. М. К. Аммосова

В статье дана характеристика основных тенденций детской смертности в Республике Саха (Якутия) за 1999—2008 гг. Выявлены региональные особенности детской смертности и проанализированы ее основные причины. Предложен комплекс мер по снижению детской смертности, намечен круг задач для научного решения данного вопроса в регионе.

Ключевые слова: тенденции социально-демографических процессов, демографическая политика, детская смертность, младенческая смертность

THE CHARACTERISTICS OF CHILDREN MORTALITY IN THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA)

L.I. Verbitskaya, D.A. Chichahov

The article deals with the characteristics of main trends of children mortality in the Republic of Sakha (Yakutia) in 1999–2008. The regional characteristics of children mortality are established and its main causes are analysed. The package of scientifically grounded measures is proposed to decrease children mortality in the region.

Key words: social demographic process, trend, demographic policy, children mortality, infant mortality

Изменение экономических условий в последние годы существенно повлияло на образ жизни людей в районах Крайнего Севера России. Вопросы социальной и медицинской поддержки населения на сегодняшний день названы приоритетными в государственной политике РФ. Очевидно, что изменения социальных условий проживания являются причиной ухудшения структуры заболеваемости популяции и качества жизни населения в регионах. В первую очередь это относится к детскому населению регионов Севера.

Трудности в организации медицинского обслуживания в условиях низкой плотности населения и неразвитости транспортной инфраструктуры в этих условиях обуславливают завышенные требования во всех видах ресурсов. Именно здесь на каждые 10 000 жителей приходится больше всего медицинского персонала и больничных коек. Обеспечен-

ность врачами населения "северов" увеличилась с 2000 до 2005 г. на 7,6% на фоне 9—10% снижения показателя во всех остальных территориях РФ [1].

В Республике Саха (Якутия) (РС (Я)) в настоящее время постоянно проживают 949 тыс. человек [3]. Данный регион РФ является одним из малонаселенных территорий с сохраненным естественным приростом населения [2]. На фоне произошедших негативных изменений в стране в РС (Я) демографическая ситуация остается оптимистичной. Если в 1999 г. рождаемость на 1000 человек составляла 13, то в 2008 г. — 16,1. Общая смертность на 1000 человек уменьшилась до 10 в 2008 г. Несмотря на то что по сравнению с другими субъектами РФ на территории сохраняется положительный естественный прирост населения, в целом имеется ожидаемое сокращение численности населения. За 1999—2008 гг. численность детей в возрасте от 0 до 17 лет в целом по РС (Я) существенно снизилась. На 01.01.08 здесь проживал 252 581 ребенок, что составило 27% в структуре населения РС (Я), тогда как 10 лет назад доля дет-

Л. И. Вербицкая — канд. мед. наук, зам. министра здравоохранения Республики Саха (Якутия); Д. А. Чичахов — канд. мед. наук, доц. каф.

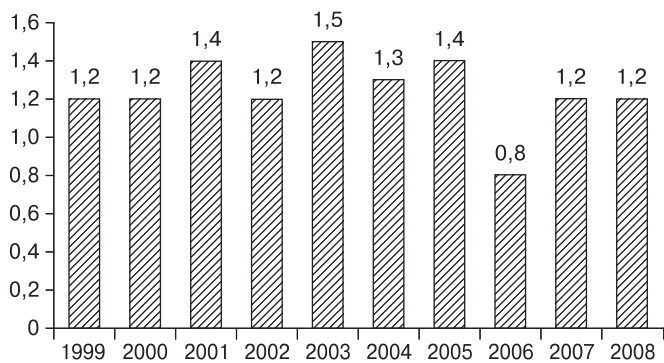


Рис. 1. Динамика стандартизованных коэффициентов детской смертности в РС (Я) на 1000 детского населения за 1999—2008 гг.

ского населения была свыше 32% общей численности населения.

В настоящее время решение задач по охране здоровья женщин и детей осуществляется в соответствии с государственными целевыми программами "Охрана здоровья населения РС (Я) на 2007—2011 гг.", "Концепция охраны здоровья женщин и детей в РС (Я) на период до 2011 г.". Создана и активно работает Комиссия по младенческой смертности Минздрава РС (Я). Проведены рационализация и реструктуризация амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений, оказывающих педиатрическую и акушерско-гинекологическую помощь. Для достижения максимального эффекта в сохранении здоровья детей, особенно в период новорожденности, обеспечены последовательность и этапность при оказании медицинской помощи, начиная с систематического наблюдения за состоянием здоровья беременной женщины в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) акушерско-гинекологического типа и заканчивая наблюдением за состоянием здоровья детей и подростков в ЛПУ педиатрического направления. Все это позволило добиться успехов в демографической политике региона: снизились показатели младенческой и перинатальной смертности, смертно-

сти детей в младшей возрастной группе. Но сохраняющийся прирост показателей смертности детей в старших возрастных группах приводит к отсутствию положительной динамики детской смертности в целом по РС (Я).

Таким образом, при продолжающемся снижении уровня детской смертности в РФ за 1999—2008 гг. в РС (Я) наблюдается стагнация показателя на уровне начала десятилетия (рис. 1), что требует проведения углубленного анализа данной проблемы.

При первичном анализе повозрастной структуры смертности за 10-летний период выявлена устойчивая тенденция снижения смертности детей до 9-летнего возраста включительно (в среднем на 39,6%), крайне неравномерная тенденция улучшения показателя в возрастной группе от 10 до 14 лет, показатель смертности детей в возрасте от 15 до 17 лет увеличился в 26 раз (рис. 2).

В разных возрастных группах темпы снижения детской смертности оказались разными. За 1999—2008 гг. в максимальной степени — на 53,8% (среднегодовой темп снижения 24,7%) — снизился показатель смертности в группе детей от 1 года до 4 лет. На втором месте по темпам снижения младенческая смертность (детей 1-го года жизни) на 45,2% за те же годы (темп снижения 27%). Далее идет возрастная группа 10—14 лет, где смертность снизилась на 33,3%. В наименьшей степени — лишь на 20%, практически оставаясь на одном уровне все десятилетие, сократилась смертность в группе 5—9 лет. Динамику смертности детей в возрасте от 15 до 17 лет можно назвать катастрофической. В данной возрастной группе наблюдается, как отмечалось выше, 26-кратное увеличение показателя, причем темпы ежегодного прироста его до 2004 г. составили 1600,6%. Начиная с 2004 г. наблюдается стабилизация без признаков улучшения.

Именно увеличение смертности подростков в значительной степени определило отсутствие снижения общего показателя смертности детей. Столь высокая значимость смертности детей в возрасте от 10 до 17 лет обусловлена большей долей (свыше

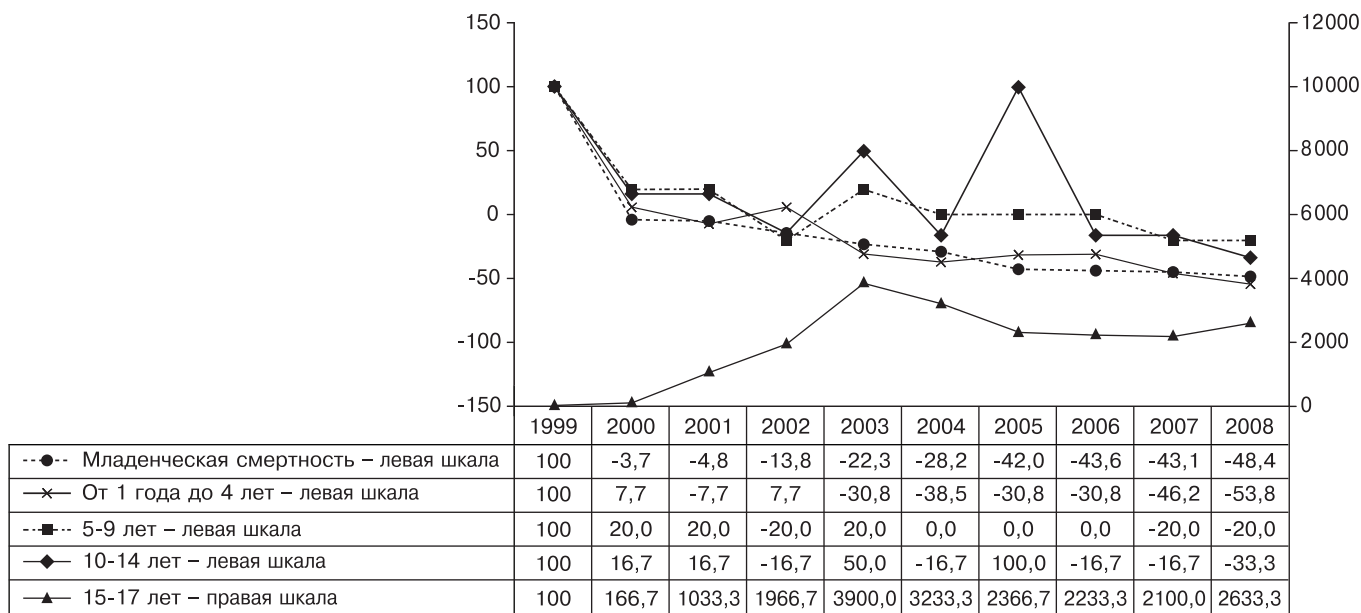


Рис. 2. Темпы (в %) снижения детской смертности по возрастным группам к данным 1999 г.

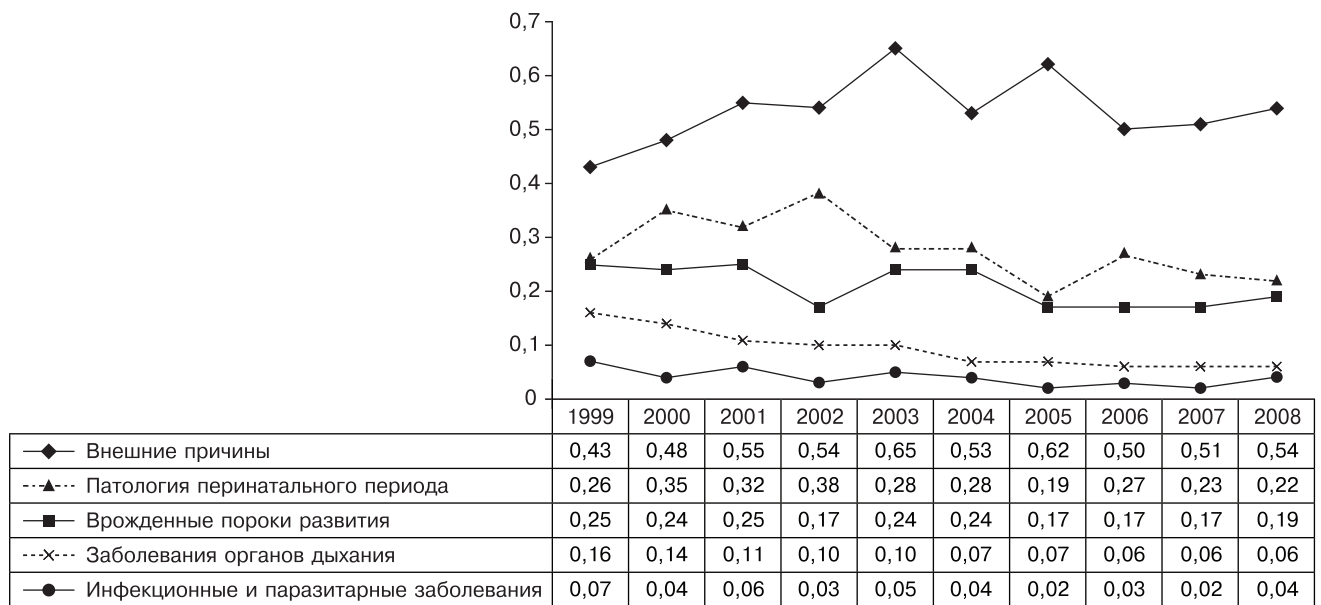


Рис. 3. Динамика коэффициентов смертности детей в возрасте 0—17 лет по основным классам болезней (на 1000 детского населения) за 1999—2008 гг.

30%) умерших детей данного возраста во второй половине исследуемого десятилетия.

Результаты анализа динамики возрастной структуры смертности показали, что в 1999 г. умершие младенцы (243 ребенка) составили 57,3% количества умерших в возрасте 0—17 лет (424 ребенка). Второе ранговое место занимало количество умерших детей в возрасте от 1 года до 4 лет — 71 ребенок (16,7% количества умерших). На третьем месте находился возраст от 10 до 14 лет — умерли 14,9% (63 ребенка). При сопоставлении уровня смертности детей до 5 лет (0—4 года) и детей 1-го года жизни выявлено, что динамика и уровень снижения детской смертности 0—4 лет соответствует таковой у детей в возрасте менее 1 года и фактически определяется ею. Данное ранговое распределение сохранялось до конца 2001 г., когда второе место стала занимать смертность у детей 10—14 лет — 15,1% (67 детей), на третьем был возраст от 1 года до 4 лет (14,6%). Начиная с 2003 г. в РС (Я) подростковая смертность занимает второе и третье ранговые места после младенческой.

Спустя 10 лет возрастная структура смертности выглядит следующим образом: на первом ранговом месте в 2008 г. остается младенческая смертность — умерли 148 детей, что составило 50% количества всех смертей в детском возрасте (296 детей); на втором месте возраст 15—17 лет — умерли 75 детей (25,3%); на третьем — возраст 1—4 года (умерли 33 ребенка); на четвертом — возраст 10—14 лет (умерли 26 детей, что составило 8,7% в структуре всей смертности).

В структуре причин смерти детей 0—17 лет в течение анализируемого периода устойчиво лидируют внешние причины (0,54% в 2008 г., или 46,3%), на втором месте перинатальные причины (0,22%, или 18,9%), далее идут врожденные пороки развития (0,19 на 1000, или 16,6%) и др. (рис. 3).

В динамике за эти годы отмечается снижение уровня смертности детей 0—17 лет от болезней органов дыхания (более чем в 2 раза), инфекционных болезней (в 1,7 раза), врожденных пороков разви-

тия (в 1,3 раза). Вместе с тем имеются негативные моменты — в конце десятилетия практически прекратилось снижение смертности от перинатальных причин, смертность от внешних причин увеличилась в 1,2 раза.

Решающее значение в смертности детей до 1 года имеет возрастной фактор. В возрасте от 0 до 3 мес умирают 79,8% детей, от 3 до 6 мес — 8,9%, от 6 до 9 мес — 7,9%, от 9 до 12 мес — 3,3%.

Структура причин неонатальной смертности за 1999—2008 гг. также не изменилась: первое место занимают состояния, возникающие в перинатальном периоде (37,8%), второе — врожденные пороки развития (31,1%), третье — травмы и отравления (15,5%). При анализе критических состояний, возникших в перинатальном периоде и ставших причиной неонатальной смертности, установлено, что лидирующей причиной был синдром дыхательных расстройств, на втором месте — гипоксия и асфиксия, на третьем — внутрижелудочковые кровоизлияния. При корреляционном анализе не выявили значимой связи ранней неонатальной смертности с массой тела при рождении ребенка, временем смерти в роддоме и месторасположением самого роддома (город или село).

При анализе структуры врожденных пороков развития выяснили, что чаще умирали дети с врожденными пороками сердца, вторые по частоте — пороки развития желудочно-кишечного тракта, на третьем месте множественные врожденные пороки.

В 1999 г. ведущей причиной смертности детей в возрасте от 1 года до 4 лет были внешние причины (40,8%), второе ранговое место занимали заболевания органов дыхания (18,3%), врожденные пороки развития (12,7%). В структуре причин смерти детей от 1 года до 4 лет в 2008 г. внешние причины составили 62,5%, болезни органов дыхания — 21,9%, болезни нервной системы — 6%. Снижение смертности детей от 1 года до 4 лет на 52,9% (по сравнению с данными 1999 г.) произошло в основном за счет уменьшения количества смертей от инфекци-

онных болезней (с 5,6 до 3,1% в 2008 г.) и ликвидации смертности от врожденных пороков развития и новообразований (с 13,2 и 10,1% соответственно). Наряду с этим имеются негативные тенденции в динамике структуры причин смертности детей в возрасте от 1 года до 4 лет: значительный рост смертности детей от воздействия внешних причин (на 50%), рост на 19,6% смертности от заболеваний органов дыхания. При анализе структуры внешних причин смерти выявили, что по итогам 2008 г. большее количество смертельных исходов происходит при отравлении угарным газом (40%) и в результате пожаров, автоаварий, утоплений (40%). Следует отметить, что 38,8% летальных исходов от внешних причин наступает в стенах лечебных учреждений.

Динамика причин смертности детей в возрасте 5—9 лет за исследуемое десятилетие не претерпела существенных изменений за исключением смертности, связанной с болезнями органов дыхания: воздействие внешних причин по итогам 2008 г. занимает 68% (в 1999 г. 64,3%), новообразования — 12% (в 1999 г. 14,3%), болезни органов дыхания — 4% (в 1999 г. 11,9%), болезни нервной системы — 8% (в 1999 г. не было). В данной возрастной группе смерть от внешних причин в подавляющем большинстве случаев наступает вне лечебных учреждений. По итогам 2008 г. в структуре внешних причин смерти утопления занимали 47%, автоаварии — 23,5%, убийства — 11,7%.

Дети в возрасте 10—14 лет в 1999 г. чаще умирали от суицидов (27,9%), автоаварий (20,9%), утопления (16,3%). В результате опережающих темпов снижения смертности от автоаварий — на 77,7% (среднегодовой темп снижения 55,5%) — произошли ранговые изменения структуры причин смерти детей 10—14 лет: на второе место (после суицидов) в структуре смертности вышли утопления (16,7%), опередив автоаварии (11,1%). Суициды у данной возрастной категории со второй половины исследуемого периода стали занимать около половины доли смертности детей от внешних причин (в 2008 г. 50%). В группе детей 10—14 лет 80,7% смертельных исходов от всех причин происходит не в лечебных учреждениях.

Крайне негативные изменения произошли в возрастной категории подростков в возрасте 15—17 лет. Стандартизованный коэффициент смертности в данной категории за 1999—2008 гг. вырос в 30 раз (с 0,04 на 1000 детей в возрасте 15—17 лет в 1999 г. до 1,2‰ детей соответствующего возраста в 2008 г.). Главная причина смертности в данном возрасте — суициды (42,7% всех причин в 2008 г.). На втором ранговом месте в структуре причин смерти стоят убийства (в 2008 г. 13,3%), на третьем — автоаварии (6,7% всех смертей в 2008 г.). Следует отметить, что такая ранговая структура была не всегда: в 1999 г. в возрасте 15—17 лет умерли только 3 подростка от болезней, в 2000 г. — 8 (от болезней — 3, утопления — 2, ожогов/переохлаждения — 2, убийства — 1). Рост смертности в 11 раз в этой возрастной группе в 2001 г. начался с появления новой причины смерти — суицида (10 случаев в том году). Со второй половины исследуемого десятилетия суициды в возрасте 15—17 лет являются причиной половины случаев всех смертей. При анализе документации по месту наступления смертельного исхода установили, что

более 95% летальных исходов фиксируется вне лечебного учреждения.

Результаты анализа смертности детей в возрасте 0—17 лет по основным классам болезней свидетельствуют о том, что основной причиной смерти всей детской и подростковой популяции в РС (Я) являются внешние причины. При этом у мальчиков данный показатель превышает таковой у девочек в 2,1 раза.

Очевидно, что дальнейшее снижение количества управляемых причин детской смертности в РС (Я) только усилиями органов здравоохранения (организация эффективной работы первичного звена, соблюдение принципов преемственности и качества оказания медицинской помощи, непрерывное обучение медперсонала) неэффективно. На наш взгляд, усилия республиканских организаций должны быть направлены на понимание факторов, воздействующих на подростков, а также на осуществление мероприятий, отвечающих их нуждам в области здоровья. Тем не менее многим подросткам по-прежнему не достает необходимой для их развития поддержки, включая доступ к информации, коммуникативным навыкам и службам медико-социальной помощи. Стремительно изменяющиеся социально-экономические обстоятельства вызывают значительные трудности на пути безопасного перехода молодых во взрослую жизнь. В связи с этим разработка общегосударственных программ по снижению суицидальной смертности и профилактике асоциального поведения подростков поможет уменьшить количество ранних смертей детей.

Дальнейшее снижение младенческой смертности от таких управляемых причин, как состояние перинатального периода, врожденные пороки развития, заболевания органов дыхания, возможно только за счет внедрения высокотехнологичной медицинской помощи и приближения ее к больницам первичного звена. Необходимо направить ресурсы на оснащение центральных районных больниц высокотехнологичной современной диагностической и реанимационной аппаратурой, обучение персонала современным технологичным видам медицинской помощи на местах. В условиях экономического кризиса создание межрайонных центров высокотехнологичной медицинской помощи смогло бы сэкономить средства бюджета с одновременным улучшением демографических показателей.

Снижение детской смертности в раннем возрасте от внешних причин только усилиями медицинских работников также является невыполнимой задачей. Совместные усилия законодательной и исполнительной власти, всех структур, ответственных за демографическое благополучие общества на местах, должны быть направлены на изучение и искоренение социальных причин детской смертности. Смертность детей от внешних причин может быть результатом жестокого обращения с детьми и отсутствия заботы о них [4]. В случае увеличения смертности на дому и досудочной летальности в стационарах детальный анализ детской смертности предлагается проводить с позиции предполагаемого насилия над ребенком. Недостаточный уход и питание детей, несоблюдение гигиенических мероприятий, отсутствие своевременной помощи со стороны родителей при острых и хронических за-

болеваниях нередко являются причинами смерти детей, особенно в возрасте до 1 года.

Другой подход к трактовке предотвратимой смертности предлагает Т. В. Яковлева [5]. Автор вводит новое понятие — "смертность, предотвратимая усилиями здравоохранения", исключая из общих причин предотвратимой смерти травмы, отравления и неточно обозначенные состояния. По ее данным, детская смертность от воздействия травматических факторов за 30 лет в РФ снизилась очень незначительно.

На современном этапе развития РС (Я) принципиальной особенностью детской смертности является, во-первых, очевидная демографическая значимость, во-вторых, обусловленность социальными условиями жизни населения. Именно потому, что здоровье детей есть категория социальная, уровень и структура детской смертности являются интегральными критериями оценки качества жизни населения и качества

медицинской помощи в регионе. Сегодня в РС (Я) имеется очевидный дисбаланс в развитии общества — значительные достижения высокотехнологической медицинской службы нивелируются недостаточным социокультурным развитием общества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Головина С. М., Роговина А. Г. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2008. — № 4. — С. 3—5.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005 году. // Здравоохран. Рос. Федерации. — 2007. — № 6. — С. 3—33.
3. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Республики Саха (Якутия) в 2008 году / Под ред. Г. А. Егоровой и др. — Якутск, 2009.
4. Царегородцев А. Д., Рюмина И. И., Яковлева И. Н., Гусарова Г. И. // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. — 2004. — № 6. — С. 5—11.
5. Яковлева Т. В. // Рос. педиатр. журн. — 2004. — № 6. — С. 22—25.

Поступила 14.04.10

© Т. Г. СВЕТЛИЧНАЯ, И. В. НЕСТЕРОВА, 2011
УДК 616-053.2:312.6(470.11) «1998—2007»

Т. Г. Светличная, И. В. Нестерова

ФАКТОРЫ РИСКА, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Представлено обоснование совершенствования деятельности региональной системы охраны материнства и детства в условиях социально-экономического расслоения общества и усиления воздействия факторов, представляющих собой угрозу для здоровья и жизни детей. Необходимые предпосылки здорового образа жизни включают хорошее образование, приемлемые жилищные условия и уровень доходов, достаточный для удовлетворения основных потребностей. Однако ключевой проблемой в разработке и реализации региональной стратегии укрепления здоровья является обеспечение детского населения доступной, необходимого объема и качества медицинской помощью. Важным фактором развития службы охраны материнства и детства является учет данных о связи здоровья детей с уровнем материального обеспечения семей, образованием родителей, характером гигиенического поведения и др. Необходимая для принятия управленческих решений обобщенная информация о модусе здоровья детского населения включает изучение его профиля и формулы с учетом специфики конкретных территорий страны.

Ключевые слова: *детское население, модус здоровья, профиль и формула здоровья, индикаторы и детерминанты здоровья*

THE RISK FACTORS DETERMINING THE STATE OF HEALTH OF CHILDREN POPULATION IN THE ARCHANGELSKAYA OBLAST

T.G. Svetlichnaya, I.V. Nesterova

The article deals with the substantiation of the enhancement of functioning of the regional system of mother and child medical care in the conditions of social stratification of population and intensification of impact of factors endangering health and life of children. The essential prerequisites of healthy life-style include good education, acceptable housing conditions and income level sufficient to satisfy main needs. However, the key issue in developing and implementation of regional strategy of health promotion is to provide the children population with accessible medical care with needed scope and quality. The important factor of development of the service of maternal and child medical care is the account of data concerning the relationship between children's health and level of families, material security, parents, education, characteristics of health behavior, etc. The summarized information about health modus of children population needed for decision-making includes the study of its profile and formula with taking into account of specific country's territories.

Key words: *children population, health modus, health profile, health formula, health indicator, health determinant*

За последние 20 лет общие условия жизни в нашей стране существенно изменились, усилились негативные тенденции в состоянии здоровья всех социально-демографических групп населения. Ситуация усугубилась в конце 1990-х годов в том числе из-за финансового кризиса 1998 г., ускорившего

процесс перехода к принципиально новой модели благосостояния российского общества и изменившего значимость основополагающих механизмов в формировании общественного здоровья. Одновременно с падением уровня жизни уменьшилась государственная социальная поддержка населения. Все это привело к значительному расширению зоны абсолютной бедности, за чертой прожиточного минимума оказалось от 30 до 50% населения. Боль-

Т. Г. Светличная — д-р мед. наук, проф. каф. (iso@nsmu.ru); И. В. Нестерова — аспирант (iso@nsmu.ru)

шинство людей лишились полноценного доступа к социальным услугам, определяющим воспроизводство человеческого капитала, — к здравоохранению, образованию, культуре, вынуждены экономить даже на жизненно необходимых товарах, прежде всего на продуктах питания и лекарственных средствах. Снижение уровня жизни населения негативно отразилось на демографической ситуации в стране, что выразилось в снижении рождаемости, росте показателей заболеваемости, инвалидности, смертности и сокращении средней продолжительности жизни.

Однако особую тревогу у специалистов и представителей общественности вызывают негативные изменения, происходящие в состоянии здоровья детского населения страны. Так, по данным Б. Т. Величковского [1], с увеличением возраста здоровья детей прогрессивно ухудшалось. Каждый второй ребенок школьного возраста страдал тем или иным хроническим заболеванием. Среди учащихся младших классов здоровыми являлись только 10—12%, средних классов — 8%, старших классов — лишь 5% детей.

Неблагоприятные тенденции в здоровье детского населения страны наблюдаются вплоть до настоящего времени. Среди детей всех возрастных групп растут заболеваемость, инвалидность, сохраняется высокий уровень смертности. Различные нарушения в состоянии здоровья выявляются у подавляющего большинства (70%) новорожденных. В среднем каждый десятый младенец рождается недоношенным и с низкой массой тела. В результате в настоящее время лишь от 3 до 10% детей (в зависимости от возраста) могут быть признаны специалистами здоровыми [7].

Особенно выраженный характер негативные тенденции в здоровье детского населения приобретают в условиях неблагоприятной эколого-гигиенической обстановки, в частности, в Архангельской области. По критериям, разработанным Министерством экологии и природных ресурсов РФ, Архангельская область может быть отнесена к зоне высокого и чрезвычайно высокого риска. Региональная специфика детской патологии на Севере определяется низким уровнем резистентности и неудовлетворительным состоянием адаптационных механизмов детского организма. Именно с неблагоприятной окружающей средой большинство специалистов связывают накопление негативного влияния постоянно-средовых факторов на растущий организм ребенка, в условиях определяющего воздействия которых и происходит формирование его физического и психического здоровья [4, 6, 11].

В последнее время в научной литературе появляются все более убедительные доказательства влияния на здоровье детей психологических, социальных и экономических факторов [2, 3, 5, 9].

Таким образом, изучение медико-социальных проблем здоровья и благополучия детского населения в условиях сложившейся в нашей стране новой социально-экономической ситуации приобретает все большую актуальность и выходит на качественно иной уровень [3, 5, 6, 11].

В качестве базы для изучения здоровья детского населения Архангельской области нами использована современная методология, в основу разработки которой были положены подходы, предложенные Ю. П. Лисицыным [5]. При этом в понятий-

ный аппарат включаются относительно новые термины: "модус", "профиль" и "формула".

Термин "модус" применительно к характеристике здоровья подразумевает и состояние, и тенденцию, и преходящую ситуацию, подобно понятию *modus vivendi*. Другими словами, понимание автором данного термина практически совпадает с содержанием понятия "профиль" здоровья. По нашему мнению, а также по мнению ряда других ученых [4, 6, 11], научная категория "профиль" здоровья означает его обобщенную характеристику, представляемую на основании использования стандартного набора индикаторов здоровья, величина которых рассчитывается по данным официальной статистики. С учетом этих представлений становится очевидной необходимость значительного расширения содержания термина "модус" здоровья. Его новое понимание включает наряду с "профилем" также и "формулу", представляющую собой наличие определенных количественных пропорций между основными детерминантами здоровья или обуславливающими его факторами, значение которых определяется на основании результатов специальных исследований.

Для оценки текущего состояния, выявления основных тенденций и механизмов в формировании здоровья детей, проживающих в дискомфортных условиях северных территорий России, нами по данным официальной статистики и с применением специально разработанной программы изучен профиль и определена формула здоровья детского населения Архангельской области.

По нашим данным, в здоровье детей Архангельской области, как и в целом по стране, за последние 10 лет (1998—2007 гг.) произошли существенные сдвиги, выразившиеся главным образом в увеличении распространенности хронических заболеваний. Так, показатель общей заболеваемости детей возрос на 58,3% (в РФ — на 40,9%) и в 2007 г. составил 2961,6 случая на 1000 детского населения (в РФ — 2321,2). При этом наиболее высокими темпами росла заболеваемость врожденными аномалиями (227,8%), болезнями костно-мышечной системы (211,1%), новообразованиями (210,7%), болезнями крови (194%), органов кровообращения (178%), эндокринной системы (172,3%), органов пищеварения (152,3%) и мочеполовой системы (141,8%), т. е. теми заболеваниями, которые впоследствии становятся наиболее частыми причинами ранней инвалидизации и смертности детского населения.

Особую тревогу вызывает сохраняющийся на протяжении всего исследуемого периода устойчивый рост показателя первичной заболеваемости. Он увеличился на 61,6% (в РФ — на 40,2%) и составил в 2007 г. 2370,7 случая на 1000 детского населения (в РФ — 1826,6), превысив аналогичный среднероссийский показатель на 29,8%.

При анализе причин общей и первичной заболеваемости детей в динамике мы не выявили значимых различий в их структуре.

Как видно из табл. 1, основными причинами общей и первичной заболеваемости детей в Архангельской области служат 5 классов болезней: заболевания органов дыхания (соответственно 49,9 и 58%), болезни нервной системы и органов чувств (10 и 7,4%), болезни органов пищеварения (7,7 и 6,2%), инфекционные болезни (4,9 и 5,9%) и бо-

лезни кожи и подкожной клетчатки (4,8 и 4,9%). На их долю приходится от 77,3 до 82,4%. Ведущей причиной обоих видов детской заболеваемости являются болезни органов дыхания, частота обращений по поводу которых в 3,5 раза превышает соответствующий показатель у взрослых [7].

Существенно расширяет представление о здоровье детей статистическая информация о состоянии и динамике процессов их инвалидизации. За последние 10 лет (1998—2007) уровень распространенности детской инвалидности в стране возрос на 9,6% и в настоящее время составляет 193,7 на 10 000 детского населения (в возрасте от 0 до 17 лет включительно). В Архангельской области данный показатель увеличился более значительно (на 13%) и с меньшего уровня (с 172,2 в 1998 г. до 194,5 в 2007 г. в расчете на 10 000 детского населения), практически совпав со среднероссийским показателем.

Особенно выражены различия коэффициентов инвалидности у детей разного пола. При этом разрыв между показателями у мальчиков и девочек в динамике имеет тенденцию к сокращению. Его величина за исследуемый период уменьшилась почти вдвое: с 31,7 до 17,9 случая инвалидности за счет более интенсивных темпов прироста показателя у девочек. Так, у мальчиков он возрос на 15,6 случая (с 187,7 в 1998 г. до 203,3 в 2007 г.), а у девочек увеличился в целом более значительно (на 29,4 случая) и с меньшего уровня (с 156,0 в 1998 г. до 185,4 в 2007 г. в расчете на 10 000 детского населения).

Как следует из результатов проведенного нами анализа, основными причинами инвалидизации детей в Архангельской области служат лишь 3 класса болезней: врожденные аномалии развития (27,4%), заболевания нервной системы и органов чувств (26,6%) и психические расстройства (19,6%). На их долю приходится 73,6% от общего числа всех инвалидизирующих болезней. Сложившееся на Севере соотношение причин инвалидизации детей лишь частично совпадает со среднероссийской структурой. Так, в среднем по стране первые 3 ранговых места принадлежат болезням нервной системы и органов чувств (30,6%), психическим расстройствам (24,1%) и врожденным аномалиям развития (19,1%). В общей структуре причин инвалидизации они составляют 73,8%. Выявленные отличия скорее всего обусловлены стилем и образом жизни населения, а также состоянием окружающей среды, тесно связанными с уровнем социально-экономического развития отдельных административных территорий страны. Немаловажное значение имеют климатогеографические особенности, а также специфика развития служб здравоохранения и социальной защиты населения.

По нашим данным, за 10-летний период (1998—2007) в области отмечается положительная динамика общих тенденций смертности детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно. Показатель снизился с максимального 1,4 в 2001 г. до минимального 1,0 в 2006 г., в среднем составив 1,2 случая смерти на 1000 детского населения.

В динамике нами не выявлено статистически значимых сдвигов в структуре причин смертности детей. Основными причинами смерти в детском возрасте являются только 3 класса болезней: внешние факторы — травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (33,5%,

РФ — 32,3%), отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (25,7%, РФ — 22,8%), врожденная патология (14,9%, РФ — 15,6%). На их долю приходится подавляющее большинство причин смерти детей в Архангельской области (74,1%) и РФ (70,7%).

В области, как и в целом по стране, наметилась благоприятная тенденция к снижению показателя младенческой смертности с 13,9 в 1998 г. до 10,7 в 2007 г. (в расчете на 1000 родившихся живыми). Однако его значения до сих пор остаются весьма высокими, в 3,5—5 раз превышая аналогичный показатель в экономически развитых странах [9]. Серьезность положения усиливается, если принять во внимание тот факт, что в развитых странах используются более жесткие системы статистического учета числа родившихся детей и документальных критериев их определения. Применение в нашей стране отличающихся от международных стандартов показателей оценки жизнеспособности родившихся отрицательно влияет на достоверность и объективность официальных статистических материалов службы охраны материнства и детства, что существенно ограничивает возможности проведения сравнительного анализа в межстрановом режиме.

Мы специально изучили распределение болезней, приведших к смерти детей, родившихся в Архангельской области в 2007 г. По нашим данным, ведущими причинами неблагоприятных исходов являются только 3 класса болезней: тяжелая перинатальная патология (45,9%), врожденные аномалии развития (21,4%), болезни органов дыхания (13,8%). Суммарно эти причины обусловили 81,1% всех случаев смерти детей первого года жизни. При этом основные потери приходятся на ранний неонатальный период. Так, в среднем по стране из 5 умерших в возрасте до 1 года 2 детей из-за недоношенности погибают уже на первой неделе жизни [7]. Этим объясняется высокая смертность недоношенных, уровень которой почти в 20 раз превышает смертность доношенных детей.

Таким образом, как свидетельствуют приведенные данные, состояние здоровья детей в Архангельской области за последние 10 лет значительно ухудшилось. Наблюдающиеся в этой сфере некоторые позитивные сдвиги (например, снижение детской и младенческой смертности) еще не позволяют рассматривать ситуацию как свидетельство формирования в регионе устойчивой санологической обстановки. И хотя основополагающие причины нездоровья детей, например поведение и образ жизни семей, те же, что и в других регионах страны, по значимости их воздействия они совершенно несопоставимы.

С целью изучения особенностей формирования здоровья детей в условиях риска, который представляют собой современный образ жизни и неблагоприятная окружающая среда, и для разработки эффективных мер по устранению причин ухудшения здоровья детского населения нами проведено одномоментное продольное медико-социологическое исследование. Для этого нами дополнительно изучены основные группы факторов, способствующих росту заболеваемости, инвалидности и смертности в детском и подростковом возрасте, и определена формула детского здоровья.

Основной использованной нами методики послу-

жили подходы, предложенные Ю. П. Лисицыным [5] и Н. Г. Веселовым [2]. Так, Ю. П. Лисицын [5] еще в начале 1980-х годов предложил учитывать при изучении общественного здоровья 4 группы факторов: поведение и образ жизни; генетическую предрасположенность; состояние окружающей среды; развитие служб здравоохранения. По расчетам ученого, здоровье на 50—55% определялось поведением и образом жизни, на 20—25% — генетической предрасположенностью, на 20—22% — состоянием окружающей среды, на 8—10% — развитием служб здравоохранения. Многочисленные исследования, проведенные позднее другими учеными, в том числе зарубежными, подтвердили истинность данной формулы здоровья. Однако в последние годы в научной отечественной и иностранной литературе [3, 7, 9] стало появляться все больше убедительных доказательств возрастающего влияния на здоровье и других факторов, а именно — психологических, социальных, экономических и организационных.

Так, Н. Г. Веселовым [2], изучавшим специфику обусловленности здоровья детского населения, в конце 1990-х годов было предложено все многообразие биопсихосоциальных детерминант здоровья детей объединять в 3 большие группы: медико-демографические, психологические и социальные.

Разработанная нами методика измерения индивидуальных различий, влияющих на здоровье в условиях социально-экономического неравенства, основана на выделении в составе изученного контингента здоровых и нездоровых детей. Для проведения границы между обуславливающими здоровье факторами и определения уровня и характера их отклонений в сравниваемых группах нами в общей сложности использовано 25 показателей психического, социального и экономического благополучия.

Объектом для изучения факторов, обуславливающих детское здоровье, послужили семьи, воспитывающие здоровых и больных детей с разной степенью выраженности жизненных ограничений. В исследовании приняли участие родители 732 практически здоровых детей и 1268 детей-инвалидов. Доля последних составила 26,1% от общего их числа, зарегистрированного в Архангельской области по состоянию на 1 января 2008 г. Для обеспечения достоверности сравнения изучаемых признаков в исследуемых группах при их формировании мы использовали метод копи-пара. Объем выборочной совокупности и группы признаков программы по числу наблюдений репрезентативны.

Организация проведенного нами медико-социологического исследования включала 3 основных этапа. Содержанием первого из них явилось теоретическое обоснование системной группировки факторов, влияющих на здоровье детей в условиях социально-экономического расслоения общества. При работе над ней мы использовали подходы, предложенные Н. Г. Веселовым и Ю. П. Лисицыным. В основу интерпретации характера отклонений изучаемых признаков в сравниваемых группах нами положена эмпирическая типология перемешанных, характеризующих разнообразие психологических, социальных и экономических условий жизнедеятельности семей. Для этого всю совокупность учитываемых статистических признаков мы объединили в 5 основных групп:

1) медико-демографические признаки: непол-

ный состав семьи, возраст матери к моменту родов старше 30 лет, неудовлетворительное состояние здоровья в период беременности, осложненное течение беременности и наличие в семье наследственной предрасположенности к заболеваниям;

2) социально-экономические признаки: отсутствие постоянной и хорошо оплачиваемой работы, невысокий уровень образования матери (начальное, среднее, среднее специальное), среднедушевой доход ниже прожиточного минимума, отсутствие в семье других видов доходов, несоответствие жилищно-бытовых условий санитарно-гигиеническим требованиям;

3) социально-психологические признаки: отсутствие официальной регистрации брака, напряженный характер внутрисемейных отношений, неадекватное эмоциональное реагирование на возникающие в жизни трудности, низкие адаптационные возможности семьи в условиях ухудшения качества жизни, пассивное участие членов семьи в воспитании детей;

4) медико-организационные признаки: ограничение доступности медицинской помощи, несвоевременность и необоснованность обращений за медицинской помощью, неполное и неточное выполнение врачебных назначений и рекомендаций, неудовлетворенность медицинским обслуживанием;

5) поведенческие признаки (образ жизни): низкое качество питания, табакокурение, злоупотребление алкоголем, недостаточная физическая активность, низкая степень включенности семьи в жизнь социума.

На втором этапе исследования была изучена распространенность негативных факторов в исследуемых семьях здоровых и нездоровых детей. Здоровым считался ребенок, не имеющий серьезных отклонений в своем физическом и психическом развитии. К нездоровым детям мы отнесли инва-

Таблица 1
Структура причин общей и первичной заболеваемости детей (0—14 лет) в Архангельской области и РФ в 2007 г. (в % к итогу)

Класс болезней	Общая заболеваемость		Первичная заболеваемость	
	Архангельская область	Российская Федерация	Архангельская область	Российская Федерация
Инфекционные и паразитарные болезни	4,9	4,5	5,9	5,2
Новообразования	0,4	0,3	0,3	0,2
Болезни крови	1,1	1,6	0,8	1,1
Болезни эндокринной системы	1,2	1,9	0,7	1,0
Болезни нервной системы и органов чувств	10,0	11,3	7,4	8,1
Болезни органов кровообращения	0,9	1,0	0,5	0,5
Болезни органов дыхания	49,9	50,1	58,0	59,4
Болезни органов пищеварения	7,7	6,5	6,2	4,7
Болезни кожи и подкожной клетчатки	4,8	5,0	4,9	5,3
Болезни костно-мышечной системы	3,6	3,5	2,4	2,2
Болезни мочеполовой системы	2,6	2,6	1,7	1,7
Врожденные аномалии развития	2,3	1,3	1,2	0,6
Травмы и отравления	4,4	4,7	5,3	5,9
Прочие	6,2	5,7	4,7	4,1
Всего...	100,0	100,0	100,0	100,0

Частота распространенности, сила влияния и доля вклада изучаемых групп факторов и составляющих их элементов в формирование здоровья детей

Наименование групп факторов и составляющих их элементов (признаков), оказывающих влияние на здоровье детей	Частота распространенности явления, % ($M \pm m$)	Доля вклада группы и сила влияния отдельного фактора, %
Медико-демографические факторы		16,9
1. Тип семьи	33,4 ± 1,1	18,6
2. Возраст матери к моменту родов	21,8 ± 1,0	11,4
3. Состояние здоровья матери	27,9 ± 1,0	11,0
4. Характер течения беременности	34,0 ± 1,0	29,0
5. Предрасположенность к болезням	36,4 ± 1,1	27,5
Социально-экономические факторы		21,6
6. Социальный статус семьи	20,7 ± 1,0	6,5
7. Образование матери	75,3 ± 1,0	22,3
8. Материальная обеспеченность	61,8 ± 1,1	31,0
9. Наличие дополнительных доходов	52,1 ± 1,2	32,8
10. Жилищно-бытовые условия	36,1 ± 1,1	31,9
Социально-психологические факторы		14,9
11. Брачный статус семьи	35,1 ± 1,1	30,7
12. Характер внутрисемейных отношений	36,6 ± 1,1	14,6
13. Особенности эмоционального реагирования	43,0 ± 1,1	14,7
14. Адаптационные возможности семьи	29,8 ± 1,0	6,4
15. Участие членов семьи в воспитании детей	25,4 ± 1,0	19,3
Медико-организационные факторы		31,2
16. Доступность медицинского обслуживания	34,4 ± 1,1	28,9
17. Своевременность медицинской помощи	56,4 ± 1,1	50,1
18. Обоснованность медицинской помощи	40,7 ± 1,1	88,4
19. Комплаентность	57,6 ± 1,1	5,8
20. Удовлетворенность медицинской помощью	50,2 ± 1,9	6,6
Поведенческие факторы		15,4
21. Рацион питания	36,1 ± 1,2	31,0
22. Курение табака	39,1 ± 1,1	9,7
23. Употребление алкоголя	15,9 ± 0,8	17,7
24. Физическая активность	33,9 ± 1,1	16,4
25. Социальная включенность	42,5 ± 1,1	14,6

лидов с разной степенью выраженности жизненных ограничений. Для интерпретации характера отклонений от здоровья была применена разработанная нами эмпирическая группировка ограниченной жизнедеятельности. С учетом этого признака были выделены 3 степени интенсивности проявления нездоровья:

— группа детей с относительно низкой степенью утраты здоровья. Она включала детей, страдающих хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, нервной системы и прочими болезнями. В группе нездоровых детей их доля составила 36,5%;

— группа детей со средней степенью утраты здоровья, состояние сердечно-сосудистой, нервной систем и опорно-двигательного аппарата которых явилось причиной серьезных трудностей при выполнении ими необходимых повседневных физических и умственных нагрузок (44,1%);

— группа детей с очень высокой степенью утраты здоровья, что проявлялось неспособностью к самообслуживанию и зависимостью от окружающих в осуществлении основных видов жизнедеятельности (19,4%).

Третий этап исследования заключался в проведении ранговой оценки вклада каждой из групп факторов в формирование здоровья детского населения и построении формулы здоровья. При определении величины вклада в здоровье детей каждой из выделенных групп факторов мы учитывали степень влияния образующих их элементов — учетных признаков (табл. 2).

По материалам исследования было установлено, что из всей совокупности исследуемых признаков и их групп, оказывающих определяющее влияние на состояние здоровья детей, ведущее значение принадлежит медико-организационным факторам (31,2%). Полученные нами данные подтверждают выводы, ранее сделанные другими авторами [7, 10, 12]. Они практически совпадают с результатами, приводимыми В. О. Щепиным и Е. А. Тишуком [10], по мнению которых доля влияния здравоохранения на здоровье населения составляет 30—35% от всего комплекса воздействующих на него факторов. По данным С. Никифорова и В. Казанцева [8], вклад отрасли здравоохранения в формирование здоровья детей достигает даже 40%.

Нами выявлена также существенная зависимость здоровья детей от уровня социально-экономического развития конкретной административной территории (21,6%): в условиях хорошего материального обеспечения жизнедеятельности семей здоровье детей подвергается меньшему риску в сравнении с живущими в абсолютной и относительной бедности. Подтверждением сделанного нами вывода служат результаты других исследователей. Так, Ю. П. Лисицын [5] среди факторов ухудшения здоровья населения особо важное значение придает социальному и экономическому расщеплению общества. По мнению ученого, в результате резко выраженного неравенства в доходах населения и их поляризации в стране в настоящее время сформировалась крайне неустойчивая, подверженная резким колебаниям социально-экономическая пирамида. В сложившихся обстоятельствах негативное воздействие на здоровье социально-эконо-

мических факторов по своей силе намного превосходит влияние биологических и природных факторов, проявляясь в значительно большей степени, чем когда-либо прежде. По данным С. Никифорова и В. Казанцева [8], вклад социально-экономических факторов в формирование заболеваемости детей составляет 38%.

Медико-демографические факторы являются третьей важнейшей причиной ухудшения здоровья детского населения региона. Их вклад в формирование здоровья детей составляет 16,9%. Здесь также наблюдаются значительные вариации силы влияния отдельных, составляющих данную группу факторов. При этом данные неизбежно варьируют по административным территориям, что является следствием социально-экономических, климатогеографических и культурных различий. Немаловажную роль в расхождении значений исчисленных разными авторами показателей играют также различия в используемых ими методиках. Так, по данным С. Никифорова и В. Казанцева [8], вклад медико-демографических факторов в заболеваемость детей достигает 22%.

Поведение и образ жизни являются одним из общепризнанных факторов, определяющих состояние здоровья, значимость воздействия которого широко варьирует в зависимости от различия психологических, социальных и экономических характеристик индивидуумов, социальных групп и общества в целом. По нашим данным, величина вклада данной группы факторов в здоровье детей региона составляет 15,4%. Разнообразные формы гигиенического поведения семей и соответствующие различия в факторах риска обуславливают широкие тенденции в рамках каждой из разновидностей. Многие виды нарушений в здоровье детей связаны с образом жизни семьи и в определенной мере поддаются профилактике. Однако генетическая предрасположенность некоторых семей подвергает здоровье детей большому риску в сравнении с другими.

В последнее время в научной литературе появляется все больше убедительных доказательств влияния на здоровье социально-психологических факторов [5, 9]. Их негативное воздействие особенно усиливается в условиях социального и экономического расслоения [9] в результате патологического изменения психологического и нейроэндокринного функционирования организма индивидуумов, занимающих "неравное" положение в обществе, и увеличения риска развития хронических заболеваний [5]. При этом многие компоненты психологического стресса неразрывно связаны с нездоровым образом жизни. По нашим данным, вклад социально-психологических факторов в формирование здоровья детей составляет 14,9%.

Вполне понятно, что негативные изменения в состоянии здоровья детей неизбежно влекут за собой значительные последствия как для страны в целом, так и для системы здравоохранения в частности. Не вызывает сомнений и давно установленный факт основополагающего воздействия на здоровье таких взаимосвязанных групп факторов, как

социально-экономический статус, поведение и образ жизни, генетическая предрасположенность и состояние окружающей среды. Вместе с тем многие заболевания, которые особенно усугубят здоровье детского населения в последующие десятилетия, вызываются факторами, находящимися в пределах компетенции сектора здравоохранения. Этим выводом обосновывается чрезвычайная важность разработки и реализации государственных программ повышения эффективности деятельности служб охраны материнства и детства, подготовки специалистов в области эпидемиологии детских болезней, владеющих методами их диагностики и лечения, а также организационных и экономических подходов к решению проблемы ухудшающегося здоровья детского населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Величковский Б. Т. // Экономика здравоохранения. — 2001. — № 6. — С. 22—27.
2. Веселов Н. Г. Социальная педиатрия. — СПб., 1996. — С. 162—175.
3. Журавлева И. В. Здоровье подростков: социологический анализ. — М., 2001.
4. Лавров А. Н. // Экономика здравоохранения. — 2004. — № 8. — С. 38—42.
5. Лисицын Ю. П. // Экономика здравоохранения. — 2001. — № 2. — С. 32—37.
6. Миронов А. С. // Пробл. соц. гиг., здравоохранения и истории медицины. — 2007. — № 5. — С. 20—23.
7. Резолюция X Конгресса педиатров России "Актуальные проблемы педиатрии". — (http://www.pediatr-russia.ru/hot-news/congress_x.html).
8. Никифоров С., Казанцев В. // Врач. — 2008. — № 8. — С. 83—84.
9. Тапилина В. С. // Социол. мед. — 2004. — № 3. — С. 126—137.
10. Щепин В. О., Тишук Е. А. // Пробл. соц. гиг., здравоохранения и истории медицины. — 2005. — № 4. — С. 3—6.
11. Щепин О. П., Тишук Е. А. // Экономика здравоохранения. — 2005. — № 3. — С. 5—8.
12. Щепин О. П., Медик В. А. // Пробл. соц. гиг., здравоохранения и истории медицины. — 2007. — № 4. — С. 3—7.

Поступила 21.11.08

© К. А. ЗАКИРОВА, 2011

УДК 616-002.5-084]:312.6(575.3) «2007—2008»

К. А. Закирова

ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров, Душанбе

Ситуация с распространением туберкулеза является одной из важных медико-социальных проблем в Республике Таджикистан.

Рост заболеваемости туберкулезом обусловлен экономическим кризисом, ростом числа безработных, низким доходом работающей части населения, отсутствием социальной поддержки, низким материальным уровнем населения, неполноценным питанием, неудовлетворительным санитарным состоянием населенных пунктов, а также недостаточной организацией лечебной, профилактической, реабилитационной и социальной помощи больным туберкулезом.

Ключевые слова: туберкулез, медико-социальные и гигиенические факторы, профилактика, Республика Таджикистан

THE IMPACT OF MEDICAL SOCIAL FACTORS ON MORBIDITY OF TUBERCULOSIS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN AND ENHANCEMENT OF PREVENTION CARE

K.A. Zakirova

Nowadays, the propagation of tuberculosis is the most actual medical social issue in the Republic of Tajikistan. The increase of tuberculosis morbidity is caused by economic crisis, increase of unemployed persons, lower income of working population, lacking of social support, lower economic conditions of population, inadequate diet, unsatisfactory sanitary conditions of settlements and insufficient organization of curative, preventive rehabilitative and medical social care.

Key words: tuberculosis, medical social, sanitary, factor, prevention, Tajikistan

В настоящее время в Республике Таджикистан сохраняется высокий уровень заболеваемости и смертности от туберкулеза. В течение 2007—2008 гг. заболеваемость составляла 86,3—83,8 случая на 100 тыс. населения; по сравнению с 2000 г. этот показатель вырос в 2 раза (44,4 случая на 100 тыс. населения). В ряде регионов заболеваемость туберкулезом превышает средние показатели по республике и составляет свыше 100 случаев на 100 тыс. населения. Показатель смертности по республике в 1991 г. был равен 3,2 случая на 100 тыс. населения, а в 2008 г. — 6,3 случая на 100 тыс. населения, т. е. увеличился более чем в 2 раза (рис. 1).

По мнению ряда авторов [2, 4], проблема туберкулеза все больше приобретает социальный характер.

В Республике Таджикистан, по данным Всемирного банка, в 1998 г. 85%, а в 2008 г. 60% населения республики проживали за чертой бедности.

Недостаточное финансирование противотуберкулезных мероприятий, позднее обращение больных в медицинские учреждения, отток высококвалифицированных кадров, демографические процессы усугубили эту ситуацию. Комплекс негативных политических, экономических, социально-гигиенических и медико-биологических факторов привел к росту туберкулеза [1, 3] и появлению в популяции значительного числа людей со сниженной общей сопротивляемостью туберкулезной инфекции, что в ряде случаев способствовало неблагоприятному течению заболевания в виде остротекучих поражений.

Данная работа проведена для выявления ведущих социально-экономических факторов, способствующих распространенности туберкулеза среди населения, и оценке адекватности медико-социальной помощи, оказываемой больным туберкулезом, в Республике Таджикистан.

В исследование были включены пациенты с активной формой заболевания, госпитализированные в Республиканскую клиническую больницу, в стационары Горно-Бадахшанской автономной области и Турсун-Задевского района, и лица, состоящие на диспансерном учете в противотуберкулезных учреждениях республики.

В социологическом опросе приняли участие 2027 больных туберкулезом.

На долю жителей сельской местности приходилось 73% среди обследованных, в городе проживало 27% респондентов, мужчины в выборке составляли 71%, женщины — 29%. Из 2027 респондентов 87,2% выделяли микобактерии туберкулеза, у 12,8% выделение бактерий не обнаружено, в основном это были больные с внелегочной формой туберкулеза. Впервые заболевшие составили 78,1%, пациенты с хронической формой туберкулеза — 16%, с рецидивами туберкулеза — 6,2%.

По уровню образования наибольший удельный вес (67%) имели респонденты с начальным и средним образованием, респондентов со средним спе-

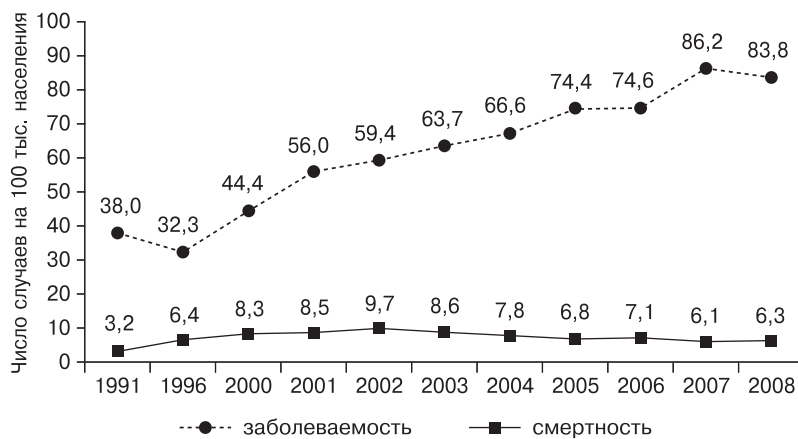


Рис. 1. Динамика заболеваемости и смертности от туберкулеза по Республике Таджикистан.

циальным образованием было 22%, с высшим и незаконченным высшим образованием — 11%.

Работающие лица составили 31,3% пациентов, безработные — 53%, пенсионеры по возрасту — 16%, предприниматели — 4%. Лица трудоспособного возраста от 15 до 50 лет составляли 79%.

Респондентов с доходом ниже прожиточного минимума среди безработных было 53%, рабочих — 21%, пенсионеров — 16%, служащих — 2,1%, предпринимателей — 0,3%. Наибольшее число больных среди безработных составляли лица трудоспособного возраста, которые чаще всего являлись трудовыми мигрантами, вернувшимися в республику с активной хронической формой туберкулеза.

Больные с активной формой туберкулеза и месячным доходом ниже прожиточного минимума составляли 92%, с месячным доходом выше прожиточного минимума — всего 8% — это в первую очередь служащие и предприниматели.

В Республике Таджикистан в 2007 г. прожиточный минимум составлял 60 сомони в месяц, или 11 долл. США при расчетной стоимости оптимальной потребительской корзины 368 долл.

По социальному статусу 53% больных активным туберкулезом составляют безработные, которые проживают в крайне неудовлетворительных условиях и не обеспечены жизненно необходимыми продуктами питания.

Семьи примерно 30% респондентов насчитывают более 10 человек, из которых работоспособные члены семьи уезжают на заработки за пределы республики. Семьи, имеющие от 7 до 9 иждивенцев на одного больного, составили более 21% (рис. 2).

Иждивенцы (более 7 на одного работающего) — это в основном братья и сестры, проживающие в одном доме, откуда мужчины уехали на заработок за пределы республики, а женщины и дети живут с неработающими родителями-пенсионерами. Более 65% иждивенцев — взрослые безработные.

Более 1/3 больных на вопрос о том, сколько времени они лечились у других врачей, ответили, что в течение 10—15 дней, 23% — в течение 1 мес, 21% — до 3 мес, до 6 мес — 8%, более 1 года — 9,6%. Из числа опрошенных 61,4% обращались к фтизиатру своевременно, 4,8% обратились к нему после кровохарканья, 14,5% считали себя здоровыми.

Из общего числа респондентов тем лицам, которые обратились к фтизиатру своевременно, диаг-

К. А. Закирова — канд. мед. наук, зав. каф. (dr.zakirova@gmail.com)

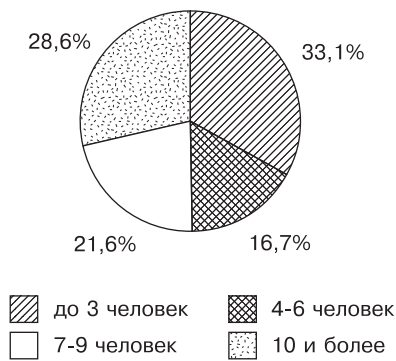


Рис. 2. Распределение семей по количеству иждивенцев на одного работающего больного туберкулезом.

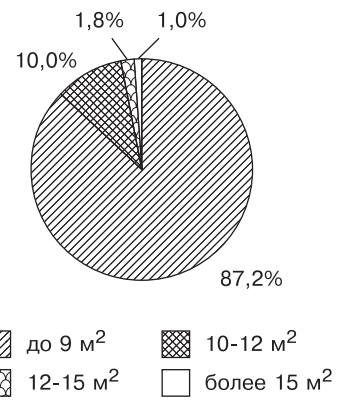


Рис. 3. Обеспеченность жилплощадью больных туберкулезом.

ноз был поставлен в пределах 1 мес, у 20,9% больных период диагностирования туберкулеза составил 2—3 мес, 8% пациентов диагноз поставлен через 4—6 мес, в пределах 1 года диагноз был поставлен 9,6% больных, в основном с внелегочными формами туберкулеза.

Практически все больные проживали в неблагоприятных условиях — имели жилплощадь меньше санитарной нормы (9 м²), 87,2% жили в условиях большой скученности, в жилище был земляной пол, не было отопления в зимний период и других удобств. Только у 10% больных жилплощадь составляла 10—12 м² на одного члена семьи (рис. 3).

В ходе опроса 76,7% респондентов ответили, что в их семье туберкулезом болеет 1 человек, у 19,3% — 2 человека, у 1,9% — 3 и более.

подавляющее большинство опрошенных (92%) оценили работу врачей-фтизиатров как удовлетворительную. Наибольшая доля удовлетворенных работой врача-фтизиатра приходится на безработных (50% от общего числа опрошенных против 2,8% неудовлетворенных). Это связано с тем, что семьи этих больных находятся в тяжелом материальном положении и, получая медицинскую помощь, особенно высоко ценят оказанное им внимание. То же можно сказать и о других категориях респондентов. Исключение составляют служащие, среди которых доля удовлетворенных работой фтизиатров всего 3,8%.

Среди неудовлетворенных работой фтизиатров 3,3% пациентов указывают на недостаточную компетентность врачей, 3,7% — на невнимательность и равнодушие, 3,6% не ощутили существенного улучшения после лечения и 1% респондентов указали на низкий уровень знаний врачей при лечении больных. К тому же большинство больных, оценивших работу врачей неудовлетворительно, были из районов, где нет фтизиатров, а их обязанности по совместительству выполняют терапевты, педиатры, ЛОР-врачи, рентгенологи и др.

В первую очередь больные отмечают знания, грамотность врача-фтизиатра. На втором месте по степени важности отмечается возможность получить квалифицированную помощь, затем — внимание к пациентам, четкость и организованность в

работе врача-фтизиатра.

В рамках деятельности врача-фтизиатра 50% составляет внедиспансерная работа. В целом на дому были посещены 55% больных, остальных 45% врачи не посещали. Из числа опрошенных 54% больных с хроническими формами туберкулеза врачи посещали с целью профилактического наблюдения, 23% — для осмотра членов семьи, ознакомления с условиями быта, после вызова на дом врач приходил к 14% больных, 9% респондентов ответили, что врач приходил только для того, чтобы принести лекарства.

Из числа больных туберкулезом, обратившихся к фтизиатру, в консультации у других специалистов нуждались 30% пациентов. Наиболее часто больных направляли на консультацию к терапевту, невропатологу, кардиологу, эндокринологу, офтальмологу и гинекологу.

Больные старшей возрастной группы высоко оценивают умение врачей квалифицированно выполнять различные манипуляции, не направляя пациентов к другим врачам.

Социологическое исследование контингента больных с активной формой туберкулеза позволило установить, что данный контингент в значительной мере составляют молодые мужчины в возрасте от 20 до 29 лет с неполным средним образованием, недостаточно обеспеченные жизненно необходимыми продуктами питания, жилой площадью (ниже санитарной нормы), с месячным доходом ниже прожиточного минимума, являющиеся членами многодетных семей, живущие в условиях большой скученности и имеющие на иждивении от 6 до 10 человек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альмитов Р. А. Прогнозирование туберкулеза по медико-социальным факторам риска и пути совершенствования профилактики: Дис. ... канд. мед. наук. — Казань, 2005.
2. Гайдаров Г. М. Медико-социальные проблемы туберкулеза. — М., 2006.
3. Кардашева Л. Д. Медико-социальные аспекты качества жизни больных туберкулезом: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006.
4. Розенфельд Л. Г., Лехляйдер М. В. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2010. — № 1. — С. 16—18.

Поступила 14.10.10

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Рязанский государственный мед. университет им. акад. И. П. Павлова; Российский университет дружбы народов, Москва

Рассмотрен вопрос качества жизни лиц с психическими расстройствами. Представлены результаты исследования качества жизни группы больных шизофренией и шизотипическими расстройствами, находящейся на стационарном лечении в Рязанской областной клинической психиатрической больнице. Опрос проведен при помощи опросника ВОЗЖ-100. Дана оценка показателей основных сфер и субсфер жизни респондентов. Отмечена важность оценки показателей качества жизни больных для оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: качество жизни, психические расстройства, реабилитация

THE MEDICAL SOCIAL ASPECTS OF LIFE QUALITY OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

D.S. Petrov, O.E. Kononov

The issue of life quality of patients with mental disorders is considered. The results of study of life quality of group of patients with schizophrenia and schizotypal disorders are presented. The sampling was made in the clinical psychiatric hospital of Ryazan oblast. The survey was implemented with specially designed questionnaire. The assessment of indicators of main areas and sub-areas of respondents life was made. The importance of assessment of indicators of patients life quality in optimizing the treatment and rehabilitation is emphasized.

Key words: life quality, mental disorders, rehabilitation

Медико-социальная значимость проблемы организации специализированной помощи больным шизофренией и шизотипическими расстройствами определяется тем, что указанные формы патологии имеют наибольший удельный вес в структуре расстройств психики, с которыми госпитализируют пациентов. При этом необходимо отметить, что для первых 5 лет заболевания характерны наиболее выраженные изменения в социальном статусе (инвалидность, безработица, стигматизация, потеря семейных связей и т. д.).

Около 40% больных с впервые выявленным психозом страдают шизофренией [5]. Более 30% пациентов с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами в течение жизни нуждаются в регулярной психиатрической помощи. До 40% психиатрического бюджета уходит на лечение именно шизофрении. Практически 40% пациентов с шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра — инвалиды, при этом около 2/3 из них — лица трудоспособного возраста [2, 3].

Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства являются проблемой не только психиатрической службы как таковой. Проблематика этих психических расстройств осложняется еще и целым рядом обстоятельств, приводящих к снижению качества жизни пациентов, а также их родственников. Так рассматриваемая группа заболеваний характеризуется:

- широкой распространенностью (захватом большого количества семей);
- тяжестью течения (материальное и психологическое бремя ложится и на больного, и на его родственников);
- серьезными экономическими и социальными последствиями.

Таким образом, сложность ситуации, сопровождающей наличие у пациента шизофрении и бредовых расстройств, определяется как медицински-

ми, так и социальными факторами, что обуславливает общественную значимость и потребность в совершенствовании терапевтических и реабилитационных мероприятий с целью не только купирования симптомов болезни, но и восстановления социального функционирования, повышения качества жизни больного [4, 7–9].

Качество жизни и социальное функционирование в настоящее время представляются одними из важнейших составляющих оценки состояния психически больных [1, 6, 12]. Показатели качества жизни используются для оценки особенностей психопатологической симптоматики, ее динамики, течения (тяжести) заболевания, а также при учете эффективности проводимой терапии [10, 11]. В целом, данные характеристики отражают качество медицинской помощи (необходимость психотерапевтической, психологической помощи) и могут применяться в организации здравоохранения для планирования работы кабинетов психотерапевтов, психологов в общесоматической сети.

В связи с повышением значимости оценки уровня качества жизни и социального функционирования в лечебно-профилактической работе нами было проведено исследование на базе Рязанской областной клинической психиатрической больницы им. Н. Н. Баженова. При обследовании больных использовали опросник ВОЗЖ-100 — многомерный инструмент, позволяющий получить оценку качества жизни респондента в целом, а также частные оценки по отдельным сферам и субсферам его жизни.

Обследуемые группы были практически однородны по основным параметрам. Больные страдали шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (F 20–29), длительность заболевания составляла не более 5 лет. Обследование проводили в период ремиссии заболевания, опрашиваемые пациенты находились на стационарном лечении.

Анкетирование проведено у 106 пациентов — 62 женщин и 44 мужчин. Респонденты в подавляю-

Д. С. Петров — канд. мед. наук, ассистент каф. (75-43-73);
О. Е. Коновалов — д-р мед. наук, проф. каф. (434-52-77).

Таблица 1

Распределение по возрасту лиц с психическими расстройствами (F20–29)

Возраст больных, годы	Количество больных, %
До 20	7,5
20–29	34,0
30–39	34,0
40–49	5,6
50–59	15,1
60 и старше	3,8
Всего...	100,0

щем большинству были трудоспособного возраста (от 18 до 60 лет) — 94,33% (табл. 1).

Изучение социального статуса пациентов показало следующее: доля работающих составила лишь 24,5% против 26,4% безработных и 35,8% инвалидов 2-й группы, учащихся среди опрошенных было 11,3%, пенсионеров — 5,6%. Семейное положение пациентов имеет определенные особенности: большая доля опрошенных проживала в семьях, одинокие пациенты составили 11,3%. Обращает на себя внимание высокий уровень разведенных и холостых лиц — 17 и 60,4% соответственно, в браке на момент опроса состояли 13,2%.

При изучении качества жизни пациентов стационара в целом неудовлетворительная оценка была получена у 18,9% опрошенных, удовлетворительная — у 37,7%; 32,1% респондентов оценили качество своей жизни как хорошее и лишь 11,3% — как отличное.

Анализ результатов, полученных при помощи опросника ВОЗКЖ-100, показал, что по состоянию физической, психологической и духовной сферы и уровню независимости практически в половине ответов даны оценки "хорошо" и "отлично", удовлетворительная оценка выставлена в 1/3 случаев. В свою очередь применительно к сфере социальных отношений и такому аспекту, как окружающая среда, отмечается сдвиг оценок преимущественно в сторону удовлетворительных (47,2 и 58,5%) (табл. 2).

При рассмотрении полученных результатов особый интерес представляют оценки, данные пациентами отдельным сферам своей жизни. Они позволяют провести более детальный анализ, позволяющий выявить как основные области жизненного неблагополучия, вызванного или усугубленного болезнью, так и наиболее сохраненные сферы, несущие в себе ресурс и опору для лечебных и реабилитационных мероприятий.

Наиболее низкую оценку респонденты дали такому аспекту своей жизнедеятельности, как окружающая среда: практически половина пациентов оценили свои финансовые ресурсы неудовлетворительно — 41,6%, оценка "удовлетворительно" отмечена в ответах 34% опрошенных. Полученный результат, скорее всего, связан с низким уровнем пенсий по инвалидности и высоким уровнем безработных среди обследуемых. Существующее финансовое положение анкетированных может создавать ощущение социальной уязвимости из-за отсутствия возможности подрабатывать и быть материально независимыми. При этом свою работоспособность анкетированные пациенты оценили как очень хорошую и хорошую в 71,7% случаев, как

удовлетворительную — в 17% и как неудовлетворительную — только в 11,3%. Явно высокий процент положительных оценок трудоспособности необходимо учитывать при разработке реабилитационных мероприятий и привлечения пациентов к трудотерапии.

Обращает на себя внимание оценка субсфер "Мышление, обучаемость, память", "Возможность для приобретения новой информации и навыков" и "Подвижность" — более половины опрошенных оценили свои возможности как хорошие и даже отличные. Данные ресурсы возможно использовать при профессиональной переподготовке больных и организации ЛПУ (мастерских). Хотим также подчеркнуть, что аналогичное исследование у пациентов с длительностью заболеваний более 10 лет выявило существенно более низкие оценки сфер качества жизни.

Социальные взаимоотношения в микросоциальном окружении (субсфере "Практическая социальная поддержка") положительно оценили 83% больных. Такой результат необходимо учесть с целью использования высокого потенциала семьи и близких больного в реабилитационной работе. Однако круг общения пациентов, страдающих психическими расстройствами, часто ограничивается родительской семьей, когда создание супружеских взаимоотношений исключается из-за стигматизации и тяжести течения заболевания. Поэтому сфера сексуальной активности у 1/3 опрошенных получила неудовлетворительную оценку.

Проведенное исследование выявило, что в группе пациентов с диагнозом шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств и длительностью заболевания до 5 лет отмечаются сниженные оценки качества жизни — финансовые и социальные. Полученные данные свидетельствуют о том, что показатели качества жизни пациентов с психическими расстройствами, конечно, в определенной степени зависят от клинико-психопатологических особенностей заболевания, но в то же время во многом определяются другими факторами: длительностью болезни, семейным статусом, условиями оказания специализированной помощи. Поэтому существенную помощь в совершенствовании лечебно-реабилитационных мероприятий могут оказать учет и оценка всех сфер жизнедеятельности пациента.

Особо отметим, что большинство опрошенных с данной длительностью заболевания дало высокую оценку в субсферах "Работоспособность", "Подвижность" и "Возможность для приобретения новой информации и навыков". Следовательно, несмотря на заболевания, у пациентов и их семей со-

Таблица 2

Структура распределения ответов респондентов по сферам жизни (в %)

Оцениваемый аспект	Баллы				
	1	2	3	4	5
Физическая сфера	—	11,3	39,7	41,5	7,5
Психологическая сфера	—	15,0	39,7	41,5	3,8
Уровень независимости	—	7,5	24,5	49,1	18,9
Социальные отношения	—	11,3	47,2	39,7	1,8
Окружающая среда	—	5,7	58,5	35,8	—
Духовная сфера	1,8	3,8	37,8	41,5	15,1

храняются ресурсы, на которые и следует делать упор в восстановительной терапии.

При этом внимание специалистов должно быть направлено не только на качество медицинской помощи, но и на создание оптимальной микросоциальной сети, т. е. сообщества лиц, оказывающих моральную и экономическую поддержку, так как большинство пациентов после выписки из стационара возвращаются в семьи (по результатам исследования — 88,7%). Безусловно, особенно важно формирование социальной сети для пациентов, не имеющих близких родственников или не поддерживающих с ними взаимоотношений.

Таким образом, полученные результаты оценки качества жизни пациентов с шизофренией и шизотипическими расстройствами необходимо учитывать при организации терапевтических программ, разработке комплекса реабилитационных мероприятий, проведении психообразовательных тренингов с семьями больных, что потенциально может повысить эффективность медико-социальной работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурковский Г. В., Коцюбинский А. П., Левченко Е. В. и др. // Пособие для врачей и психологов / Под ред. М. М. Кабанова. — СПб., 1998. — С. 52.

2. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сальникова Л. И. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. — М., 2002.
3. Гурович И. Я., Любов Е. Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. — М., 2003.
4. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожева Я. А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. — М., 2004.
5. Гурович И. Я., Голланд В. Б., Сон И. М. и др. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999—2006 гг.). — М., 2007.
6. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — СПб., 2002.
7. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство / Под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гурович, С. Н. Мосолов и др. — М., 2007.
8. Чуркин А. А., Дешнева Н. К. // Материалы II Съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов РК. — Павлодар, 2004. — С. 109—117.
9. American Psychiatric Association: Practice Guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. — Washington, 2004.
10. Atkinson M., Zibin S., Chuang H. // Am. J. Psychiat. — 1997. — Vol. 154, N 1. — P. 99—104.
11. Lehman A. F. Instruments for measuring quality of life in mental illness / A. F. Lehman // Quality of life in mental disorders / eds.: H. Katsching, H. Freeman, N. Sartorius. — Chichester: John Wiley and Sons; 1997.
12. Quality of life and mental health services / J. Oliver [et al.]. — London; New York, 1996. — P. 234—237.

Поступила 27.11.09

Реформы здравоохранения

© О. П. ЩЕПИН, В. В. РАСТЕГАЕВ, 2011

УДК 614.2:33

О. П. Щепин¹, В. В. Растегаев²

ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

¹Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва; ²МУЗ Серебряно-Прудская ЦРБ, Московская область

Освещены проблемы правового регулирования муниципального здравоохранения. Показано, что Федеральным законом от 06.10.2003 г. № 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации", а также внесенными дополнениями и изменениями в "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" от 22.07.1993 № 5487-1 полномочия муниципального здравоохранения неоправданно ограничены. Это отражается на оказании доступной и квалифицированной медицинской помощи населению, финансировании муниципального здравоохранения. Обоснована необходимость дальнейшей работы по правовому регулированию охраны здоровья населения на муниципальном уровне.

Ключевые слова: закон, муниципальное здравоохранение, здоровье населения

THE ISSUES OF LEGAL SUPPORT OF MUNICIPAL PUBLIC HEALTH

O.P. Schepin, V.V. Rastegaev

The issues of legal regulation of municipal health care system are discussed. It is demonstrated that the Federal legislation unjustifiably restricts the powers of municipal public health. This situation impacts the provision of accessible and qualified medical care to population and financing of municipal public health. The necessity of further development of legal regulation of health promotion on municipal level is postulated.

Key words: law, municipal public health, population health

В настоящей статье авторы видят свою задачу в том, чтобы показать состояние правового регулирования муниципального здравоохранения, а также изложить свою точку зрения на ряд проблем и

противоречий, имеющихся в данной области [1, 2].

Конституция Российской Федерации выделяет 3 системы здравоохранения: государственную, муниципальную и частную. Правовую основу муниципальной системы здравоохранения составляют Конституция Российской Федерации, Федеральный закон от 06.10.2003 г. № 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления

О. П. Щепин — акад. РАМН, д-р мед. наук, проф., дир. (917-48-86); В. В. Растегаев — канд. мед. наук, гл. врач (496-673-15-48)

в Российской Федерации", "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" от 22.07.1993 г. № 5487-1, Федеральный закон от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ "О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов "О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" и "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" и другие нормативно-правовые акты.

В ст. 8 "Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан", принятых в 1993 г., были прописаны правовые нормы, относящиеся к ведению органов местного самоуправления в вопросах охраны здоровья граждан.

За прошедшее время в "Основы законодательства об охране здоровья граждан" введен ряд существенных изменений. Федеральным законом от 18.10.2007 г. № 230-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий" (с изменениями от 1 марта, 14 июля 2008 г.) полномочия органов местного самоуправления по решению вопросов местного значения в области охраны здоровья граждан значительно сужены.

В соответствии с новой редакцией к полномочиям органов местного самоуправления муниципальных районов и городских округов (за исключением территорий, медико-санитарное обеспечение населения которых осуществляется в медицинских учреждениях, подведомственных федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по медико-санитарному обеспечению населения отдельных территорий) по решению вопросов местного значения в области охраны здоровья граждан относятся: формирование органов, уполномоченных на осуществление управления муниципальной системой здравоохранения; развитие организаций муниципальной системы здравоохранения, определение характера и объема их деятельности; организация оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, в том числе формирование муниципального задания по оказанию этой помощи в медицинских организациях; организация обеспечения учреждений муниципальной системы здравоохранения лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами; создание условий для развития и доступности лекарственного обеспечения граждан; регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о распространенности заболеваний, представляющих опасность для окружающих; санитарно-гигиеническое просвещение населения. Прописано также, что органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов вправе создать службу неотложной медицинской помощи в структуре медицинских учрежде-

ний (таблица).

Как видно из сравнения действующих норм закона в разные годы, полномочия местных органов власти в сфере здравоохранения были пересмотрены радикально. Органы власти местного самоуправления лишились таких важных полномочий, как организация других видов медико-социальной помощи, обеспечение ее доступности, контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи, формирование собственного бюджета в части расходов на здравоохранение; обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и условий для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора на подведомственной территории; выявление факторов, неблагоприятно влияющих на здоровье граждан, информирование о них населения и проведение мероприятий по их устранению.

Кроме того, исключены полномочия по осуществлению профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и природоохранных мер; контролю за качеством оказываемой медико-социальной помощи в частной системе здравоохранения; формированию целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан; осуществлению мер по обязательному медицинскому страхованию граждан; охране окружающей природной среды и обеспечению экологической безопасности; ликвидации последствий катастроф и стихийных бедствий; созданию и обеспечению деятельности учреждений для проведения реабилитации инвалидов и лиц, страдающих психическими расстройствами, организации их обучения, профессиональной переподготовки и трудового устройства, созданию специализированных предприятий, цехов и иных форм организации производства для этих групп населения, а также специальных учреждений для неизлечимо больных пациентов; реализации мер по охране отцовства и детства. Эти полномочия были перераспределены между федеральным и региональным уровнями.

В соответствии с Федеральным законом от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации"

Полномочия органов местного самоуправления в редакции Федерального закона от 06.10.2003 № 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" и в редакции этого закона от 14 июля 2008 г.

Полномочия в редакции закона от 2003 г.	Полномочия в редакции закона от 2008 г.
Формирование органов управления муниципальной системы здравоохранения	Без изменений
Формирование собственного бюджета здравоохранения	Без изменений
Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Пункт утратил силу
Координация и контроль деятельности государственной и муниципальной систем здравоохранения	Пункт утратил силу
Формирование целевых фондов здравоохранения, ОМС	Пункт утратил силу
Лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности	Пункт утратил силу
Охрана окружающей среды, обеспечение экологической безопасности, ликвидация последствий катастроф	Пункт утратил силу
Реабилитация инвалидов и лиц с психическими расстройствами	Пункт утратил силу
Реализация мер по охране материнства, детства и отцовства	Пункт утратил силу

Федерации" и последующими изменениями его в ст. 8 "Вопросы местного значения муниципального района" вопросы, связанные со здравоохранением, прописаны следующим образом: организация оказания на территории муниципального района первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях, скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов. Только эта статья является основанием для развития муниципального здравоохранения, его финансирования.

Помимо названных мер по изменению правовых норм муниципального законодательства, в ведомственных актах есть свои правовые коллизии. Так, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России, специализированная медицинская помощь может оказываться только в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации, а высокотехнологичная — в федеральных центрах. При этом областные (республиканские) больницы оказались лишенными возможности оказывать высокотехнологичную (дорогостоящую) помощь, а центральные районные и городские больницы — оказывать специализированную помощь.

Данный приказ привел к еще большей диспропорции в оказании лечебно-профилактической помощи населению в зависимости от региона проживания, в том числе сельскому населению, уменьшению доступности специализированной медицинской помощи, а также возможностей профи-

лактики заболеваний и диспансеризации населения.

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 26.10.2009 г. № 846 приказ Минздравсоцразвития России от 13.10.2005 г. № 633 "Об организации медицинской помощи" утратил силу, что полностью оправданно.

На данном этапе нет законодательных актов федерального уровня и уровня субъектов Российской Федерации, в которых была бы определена обязанность государства по финансированию медицинской помощи в виде минимального государственного социального стандарта, что позволило бы хотя бы частично гарантировать финансирование специализированной медицинской помощи в муниципальных образованиях.

В заключение подчеркнем, что сложившаяся система правового регулирования деятельности муниципального здравоохранения не отвечает современным требованиям. Полномочия муниципального здравоохранения неоправданно ограничены, что сужает возможности оказания населению некоторых видов специализированной медицинской помощи, а также негативно отражается на финансировании муниципального здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шепин О. П., Коротких Р. В., Шепин В. О., Медик В. А. Здоровье населения — основа развития здравоохранения. — М., 2009. — С. 8—26.
2. Шепин О. П., Коротких Р. В., Рутковский О. В. // Пробл. соц. гиг. и истории мед. — 2002. — № 5. — С. 33—41.

Поступила 20.09.10

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011

УДК 614.2:616-08-039.57-051

М. В. Дютова, Н. К. Гусева, В. А. Соколов

РАБОТА КАДРОВОЙ СЛУЖБЫ МУНИЦИПАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Институт последипломного образования Нижегородской государственной медицинской академии Росздрава

В статье приводятся результаты исследования кадровой политики муниципальных поликлиник в современных условиях. Изучены особенности деятельности муниципальной поликлиники в сфере интересов социальной защиты населения. Выявлен высокий уровень обращаемости за решением медико-социальных вопросов у больных — 61,2% в общей структуре посещений, что определяет значительную загруженность врачей поликлиник работой, не имеющей до настоящего времени нормативов в трудозатратах, оценки ее стоимости. Таким образом, неучтенные трудозатраты — переработки во внеурочное время — приводят к неудовлетворенности трудом у врачей; необоснованному росту количества посещений и, как следствие, к удорожанию оказываемой медицинской услуги и неудобству для пациентов.

Ключевые слова: кадровая политика, штатное расписание, ресурсы, аттестация

THE FUNCTIONING OF PERSONNEL SERVICE IN MUNICIPAL POLYCLINIC

M.V. Dojutova, N.K. Guseva, V.A. Sokolov

The article deals with the results of study of personnel policy in municipal polyclinics. The characteristics of functioning of municipal polyclinic in the area of social care of population are analyzed. In the general structure of polyclinic visits the higher level of appealability of patients to resolve medical social issues (61.2%) is revealed. This condition determines the significant workload of physicians. This kind of work still has no both manhours standards and cost estimating. Hence, such off-the-books manhours as an overtime work during over and above labor time result in work dissatisfaction among physicians, ungrounded increase of visit numbers and, ultimately, in rise of particular medical service cost and patient discomfort.

Key words: personnel policy, staff list, resources, efficiency record

Кадровая политика определяет философию и принципы, реализуемые руководством в отноше-

М. В. Дютова — канд. мед. наук, ассистент каф. (831-462-01-28); Н. К. Гусева — д-р мед. наук, проф., зав. каф. (8-312-430-19-63); В. А. Соколов — канд. мед. наук, доц. каф. (8-312-430-19-63).

нии человеческих ресурсов. Кадровая политика — это система правил и норм (которые должны быть осознаны и определенным образом сформулированы), приводящих человеческие ресурсы в соответствие со стратегией организации (отсюда следует, что все мероприятия по работе с кадрами — отбор,

составление штатного расписания, аттестация, обучение, продвижение — заранее планируются и согласовываются с общим пониманием целей и задач организации). Цель кадровой политики — обеспечение оптимального баланса процессов обновления и сохранения численного и качественно-состава кадров в соответствии с потребностями организации, требованиями действующего законодательства и состоянием рынка труда [3].

По характеру и эффективности проводимых мероприятий и качеству управления кадрами выделяют следующие типы кадровой политики: пассивный, реактивный, превентивный и активный. Критериями различия в них являются программы действий в отношении персонала на краткосрочные, среднесрочные и долгосрочные периоды, основанные на прогнозах в потребностях в кадрах, их качественных и количественных характеристиках; сформулированные задачи по развитию персонала. Активная кадровая политика характеризуется наличием прогноза развития ситуации с кадрами и средств воздействия на ситуацию и способности кадровой службы разрабатывать антикризисные кадровые программы, проводить постоянный мониторинг ситуации и корректировать исполнение программ в соответствии с внешней и внутренней ситуацией.

Современное состояние кадровой политики в здравоохранении характеризуется как пассивное, что привело к ситуации кадрового дефицита, не престижности и непривлекательности медицинского труда и, как следствие, к системному кризису в здравоохранении, снижению доступности и качества оказания медицинской помощи населению. Несмотря на то что профессия врача является социально-значимой, определяющей физическое и нравственное благополучие нации, именно врачи оказались в наиболее неблагоприятных социально-экономических условиях.

Несовершенство кадровой политики муниципальной поликлиники привело к дефициту квалифицированных врачебных кадров. Основными причинами сложившейся ситуации являются неудовлетворительные условия и оплата труда врачей. Характерно, что для 80% врачей актуальна проблема улучшения питания и его режима, так как современный характер и организация труда обуславливают отсутствие удовлетворительных условий питания в процессе работы, а чрезмерная производственная загруженность не позволяет им уделять питанию достаточно внимания. Врачи имеют низкий уровень физического и психоэмоционального состояния. Источниками тревожности и стрессов в их жизни являются низкий экономический уровень жизни (65,2%) и высокая производственная нагрузка (97,2%) [1].

Стагнация кадровой политики в муниципальных поликлиниках обусловлена несовершенством регламента работы муниципальных поликлиник. Причин тому много: отсутствие квалифицированной юридической помощи организаторам здравоохранения, низкая квалификация руководителей здравоохранения, не понимающих значимости регламента, а иногда и не имеющих мотивации к его созданию и соблюдению, отсутствие навыков у исполнителей работать по качественному регламенту. В то же время регламент позволяет создать наиболее благоприятные условия деятельности специалиста, рационально распределить его рабочее вре-

мя, сориентировать на определенные показатели деятельности, от которых будет зависеть оплата труда. Регламент конкретного вида деятельности или работы специалиста — практическая реализация положения многочисленных законов и нормативных актов, регулирующих отношения в сфере оказания медицинских и социальных услуг, в том числе производителей и получателей [2].

В настоящее время настала необходимость в пересмотре и обновлении всего регламента работы муниципальных поликлиник, в том числе норм труда.

Проблемы нормирования труда врачей муниципальных поликлиник обусловлены факторами, перечисленными ниже.

1. Дефекты правового обеспечения муниципальных поликлиник, вследствие чего нормативная база по труду к настоящему времени по основным типам учреждений в значительной мере устарела. Штатные нормативы имеют 25—30-летний срок давности их утверждения и не соответствуют изменившимся новым технологиям диагностики и лечения, новым формам оказания медицинской помощи, характеру патологии населения.

2. Несовершенство существующей методики нормирования труда врачей в амбулаторно-поликлинических организациях. В методических рекомендациях по нормированию труда в здравоохранении [4] приводятся расчетные нормы времени на лечебно-диагностическое посещение и профилактический осмотр в специально выделенные дни, и отсутствует расчет норм времени на посещения, связанные с проведением медицинской экспертизы, в том числе с целью решения медико-социальных проблем больного. Отсутствие четкого нормативного регулирования всех проводимых экспертиз привело к отсутствию общих нормативов экспертной работы и, соответственно, к перегрузке персонала. Нормативы объемов работы врачебной комиссии отсутствуют. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 13.11.03 № 545 не подлежат учету как посещения врачей консультации и экспертизы, проводимые клинико-экспертными комиссиями. Поэтому не учитывается рабочее время врача при его работе в составе врачебной комиссии. В итоге нигде не учитываемый огромный объем работы врача не оплачивается страховыми медицинскими организациями.

Результаты анализа действующего законодательства показывают, что на муниципальные поликлиники возложено решение многочисленных проблем, связанных с социальной защитой граждан, реализацией их прав, что требует в ряде случаев проведения медицинской экспертизы.

В настоящее время в соответствии с приказами Минздрава РФ № 154, 160, 255, 513 и др., постановлением Правительства РФ № 95 от 20.02.06 в поликлиниках муниципального уровня проводят следующие виды экспертиз: по временной нетрудоспособности; по решению медико-социальных проблем; по лечебно-диагностическому процессу; по профилактике; определение льготного лекарственного обеспечения и дорогостоящего лечения; медико-экономическая экспертиза; исковая (претензионная) экспертиза; по качеству медицинской помощи; медико-социальная экспертиза (обследование и решение вопроса о направлении больного на МСЭ); экспертиза характера и тяжести повреж-

дений здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний; экспертиза потребности в определенном объеме лечения лиц, получивших повреждение вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний; экспертиза наличия у лица, получившего повреждение здоровья вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, медицинских показаний к определенному курсу медицинской реабилитации.

При этом законодательно утверждены (Основы законодательства об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22.07.93 только две из них: экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза, остальные реализуются на основе подзаконных актов, как правило, нечетких и противоречивых.

Посещения больных в поликлинике, при которых проводится медицинская экспертиза, отличаются от классических лечебно-диагностических посещений:

1) дополнительными объемами работы, увеличивающими трудозатраты (оценка трудоспособности, социального, экономического, семейного и бытового статуса больного, реабилитационного потенциала и прогноза; степень ограничения жизнедеятельности, наличие прав на набор социальных услуг, потребность в льготном лекарственном обеспечении в рамках жесткого финансового лимита расходов; знание и навыки применения федеральных и региональных законодательных актов по вопросам экспертизы; оформление множества документов);

2) более частой коллегиальностью принятия решения совместно с заведующим отделением или на уровне врачебной комиссии поликлиники;

3) высоким психоэмоциональным напряжением, характерным для социальной практической работы; в процессе оказания помощи человеку специалист, ее оказывающий, должен найти компромисс между интересами общества, государства и интересами больного, что не всегда удается [3];

4) потребностью в дополнительной подготовке

врачей по вопросам медицинской экспертизы и социальной защиты населения.

Вышеуказанные особенности посещений, связанных с медицинской экспертизой, свидетельствуют об их сложности, трудоемкости и высокой стоимости.

Для выявления реальной структуры и объема посещений с различными целями поликлиники на современном этапе проанализировано 142 831 посещение типовой городской муниципальной поликлиники в 2009 г. В результате анализа причин обращаемости пациентов в муниципальную поликлинику в течение одного года выявили особенности, которые представлены ниже.

1. Обращения с целью определения медицинских показаний к получению различных видов социальной защиты составляют 61,2% в общей доле посещений муниципальной поликлиники (см. таблицу), из них наиболее частыми причинами обращаемости являются назначение и выписка льготных медикаментов, экспертиза временной нетрудоспособности; следовательно, основная часть работы врачей муниципальных поликлиник связана с медицинской экспертизой.

2. Случаи поликлинического обслуживания (СПО), связанные с медицинской экспертизой, трудоемкие и включают в среднем столько же посещений, сколько и СПО с лечебно-диагностической целью, а в отдельных случаях и больше; наибольшее количество посещений отмечается в случаях поликлинического обслуживания, связанных с подготовкой больного к направлению в бюро МСЭ: на 1 случай поликлинического обслуживания в среднем приходится 12 ± 3 посещений, в том числе 6 посещений к лечащему врачу и по 1—3 посещения к консультантам (хирург, окулист, невролог и др.).

Очевидно, на заполнение формы 088-06/у "Направление больного на медико-социальную экспертизу в бюро медико-социальной экспертизы" времени, отводимого на 1 посещение, недостаточно. В этом случае на 1 больного требуется 50—60 мин, причем при наличии всей необходимой информации. Недостаток времени в процессе обслуживания

Распределение СПО в муниципальной поликлинике в зависимости от цели обращения и количества посещений

СПО	Количество СПО		Количество посещений	
	абс.	количество посещений на 1 СПО	абс.	%
Профилактические цели:	9 451	1,5	14 431	10,1
вакцинация	7 900	1,0	7 900	5,53
диспансеризация работающих граждан	1 260	5,0	6 300	4,41
профилактические осмотры, оплачиваемые ОМС	291	1,0	291	0,2
Лечебно-диагностические цели:	12 801	3,2	40 966	28,68
отбор на стационарное лечение	3 385	3,0	10 155	7,1
направление на обследование в другие медицинские организации	4 125	3,0	12 375	8,6
лечебно-диагностические (простые)	5 291	4,0	18 436	12,8
Решение медико-социальных проблем:	27 180	3,2	87 434	61,2
экспертиза временной нетрудоспособности, в том числе профессиональной	6 234	3,4	21 195	14,83
отбор, направление, консультации больных на МСЭ	336	12,0	4 032	2,82
решение вопросов о льготном лекарственном обеспечении	19 752	3,0	59 256	41,45
отбор и направление больных на санаторно-курортное лечение	314	5,0	1 570	1,02
социальные проблемы, связанные с обучением, трудоустройством, обеспечением техническими средствами реабилитации, ухода за больным	232	3,2	742	0,52
отбор на высокотехнологические виды медицинской помощи	15	3,0	45	0,03
определение причин смерти и оформление свидетельства о смерти	297	2,0	594	0,41
Всего...	49 432	3,0	142 831	100

пациента компенсируется невыполнением его технологий, что приводит к снижению качества оказываемой медицинской помощи, отказу в оказании этого вида медико-социальной помощи, снижению уровня социальной защиты пациента.

СПО с целью отбора и направления на санаторно-курортное лечение включает 5 посещений, в том числе обращения к лечащему врачу, заведующему отделением и/или врачебной комиссии поликлиники. Среди СПО с лечебно-диагностической целью наиболее трудозатратны обращения по вопросам назначения и выписки наркотических и сильнодействующих веществ и/или других медикаментов, порядок выписки которых требует комиссионного решения врачебной комиссии поликлиники.

3. Основной объем СПО и обращений по поводу медико-социальных проблем, связанных с решением вопроса о льготном лекарственном обеспечении (41,45%). Причиной этого является порядок назначения и выписки медикаментов на краткосрочный период — на 1 мес, что приводит к необоснованно частым посещениям больных, страдающих заболеваниями с пожизненной медикаментозной зависимостью, в том числе сахарным диабетом, бронхиальной астмой, онкологическими и др.

4. СПО с профилактической целью менее объемные, в среднем включают не более 1,5 посещения, исключая профилактические осмотры по диспансеризации работающих граждан (5 посещений

на 1 СПО), которые являются наиболее трудоемкими за счет включения в обследование пациента осмотров терапевта, хирурга, окулиста, невролога, гинеколога или уролога.

Таким образом, неучтенные трудозатраты — переработки во вне рабочее время — приводят к неудовлетворенности трудом у врачей, необоснованному росту количества посещений и, как следствие, удорожанию оказываемой медицинской услуги и неудобства для больных. Экспертные посещения нуждаются в углубленном изучении, особым подходе при нормировании труда. Определение реальных затрат на выполнение работ по основным направлениям деятельности специалистов послужит основой составления качественно нового регламента работы муниципальной поликлиники, активизирует ее кадровую политику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бектасова М. В., Шенарев А. А., Ластова Е. В., Потапенко А. А. // Медицина труда и пром. экол. — 2006. — № 12. — С. 18—20.
2. Гусева Н. К., Соколов В. А., Бубнова Е. В. // Бюл. нац. науч.-исслед. ин-та обществ. здоровья. — 2008. — Вып. 2. — С. 69.
3. Управление персоналом: Учебник для вузов / Под ред. Т. Ю. Базарова, Б. Л. Еремина. — 2-е изд. — М., 2007.
4. Шинова В. М. // Зам. глав. врача. — 2008. — № 9. — С. 18—21.

Поступила 13.04.10

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011
УДК 616.4-082

Т. П. Демичева¹, С. П. Шилова¹, М. Г. Романкова²

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

¹Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е. А. Вагнера Росздрава; ²клиническая медико-санитарная часть № 1, Пермь

В статье приводятся данные о работе эндокринологического отделения многопрофильной клинической больницы крупного промышленного центра Западного Урала за 20-летний период. Показано, что эндокринологическая койка на протяжении всего изучаемого периода работала с перегрузкой. Снижение средней длительности лечения, увеличение оборота койки позволило повысить эффективность ее использования почти в 1,5 раза. Открытие школы для больных сахарным диабетом снизило число экстренных вызовов и летальность в 2 раза. В условиях преодоления дефицита финансирования государственными медицинскими учреждениями и ограниченных ресурсов здравоохранения проводится реорганизация сети медицинских учреждений, в том числе оптимизация коечного фонда, должны быть основаны на результатах последовательной и систематической оценки реальной потребности населения в стационарной помощи.

Ключевые слова: коечный фонд, стационарная помощь, эндокринная патология

THE ANALYSIS AND ASSESSMENT OF ENDOCRINOLOGY DEPARTMENT FUNCTIONING

T.P. Demicheva, S.P. Shilova, M.G. Romankova

The article deals with the data related to the functioning of the multi-field hospital endocrinology department in industrial megapolis of Western Ural during the last twenty years. It is demonstrated that the endocrinology bed during aforementioned time period worked with overload. The decrease of mean duration of treatment, increase of bed turnover permitted to enhance the effectiveness of its usage almost twice. The organization of the diabetes mellitus patients school decreased the numbers of emergency calls and lethality two times. In the conditions of overcoming the deficiency of public medical institutions financing and limited public health resources the upcoming reorganization of medical institutions net is to be based on the results of consecutive and systematic assessment of actual population need in hospital care.

Key words: bed stock, hospital care, endocrinologic pathology

Происходящее реформирование системы здравоохранения, реализуемое путем перегруппировки

Т. П. Демичева — канд. мед. наук, доц. каф. (demich-perm@mail.ru); С. П. Шилова — канд. мед. наук, доц. каф. (8-908-26-49-430); М. Г. Романкова — врач-эндокринолог, зав. отд.-нием (8-912-986-07-95).

ресурсов с дорогостоящей стационарной помощи на амбулаторно-поликлинический уровень, сопровождается сокращением коечного фонда. Для отрасли этот процесс является болезненным и неоднозначным. Традиционно общее число коек, их профильность определялись не только уровнем, ха-

рактором, тенденциями заболеваемости населения, но и особенностями диагностики, течения заболеваний, спецификой лечения с учетом эффективности работы койки. Растущая в последнее десятилетие распространенность ряда хронических заболеваний, сопровождающихся многочисленными тяжелыми осложнениями, обостряет проблему реорганизации стационарного сектора и требует всестороннего изучения. Это касается как многопрофильных, так и специализированных стационаров, где сосредоточены современная медицинская техника, квалифицированные специалисты, а обследование и лечение проводятся в соответствии с достижениями научно-технического прогресса. Для больных сахарным диабетом стационарное лечение имеет особую значимость, так как в стационаре под контролем гликемического профиля не только подбирается индивидуальная терапия, но и прививаются пациенту навыки управления лечением сахарного диабета, что осуществить в амбулаторных условиях не всегда представляется возможным. С этих позиций анализ и оценка работы эндокринологического отделения — важные составляющие в решении рассматриваемой проблемы, они и явились целью настоящего исследования.

Исследование проводилось по специально разработанной программе на базе городского эндокринологического отделения многопрофильной клинической больницы крупного промышленного центра Западного Урала. Программа включала данные о работе отделения за последние 20 лет — с 1988 по 2008 г. В анализе использованы клиникостатистические методы исследования.

Городское эндокринологическое отделение медико-санитарной части № 1 Перми на 40 коек, открытое в доперестроечный период (1976 г.), в 1997 г. было расширено до 60 коек.

Динамика показателей работы эндокринологического отделения четко отражает закономерности, сложившиеся за 20-летний период в здравоохранении. Среднегодовая занятость койки на протяжении двух десятилетий была высокой. Ввиду повышенной потребности в госпитализации плановому показателю устанавливалась максимальная величина. Фактический показатель в течение изучаемого периода колебался в пределах от 336 до 353 дней, т. е. превышал нормативный в разные годы на 1,7—6,2%. План по среднегодовой занятости койки выполнялся и перевыполнялся в среднем на 102%. По расчетным данным оптимальная среднегодовая занятость койки с учетом мощности отделения должна составлять 266,6 дня. В течение 20-летнего периода только в 1994 и 1997 наблюдалось резкое снижение показателя (соответственно до 179,2 и 273 дней), что обусловлено объективными причинами. В первом случае уменьшение показателя связано с плановым ремонтом отделения, а во втором — с увеличением числа эндокринологических коек (до 60 вместо 40). После развертывания дополнительных коек расширились показания к стационарному лечению больных с эндокринной патологией, что вновь привело к росту среднегодовой занятости койки в году. Так, темп прироста коэффициента в 1998 г. по отношению к предыдущему 1997 г. составил 31,5%.

При анализе средней длительности пребывания больного на койко-месте прослеживается четкая закономерность. В конце 80-х годов и вплоть до

1993 г. длительность лечения больных в отделении в среднем составляла 22,8 дня; с 1994 по 2002 г. сроки пребывания на койко-месте колебались незначительно и показатель продолжал оставаться на высоком уровне (19,3—21,6 дня). После 1999 г. в течение всего последующего периода средняя длительность лечения больного на койко-месте неуклонно снижалась. В 2008 г. показатель достиг 14,1 дня. Сокращению сроков пребывания больного на койко-месте способствовало совершенствование системы управления качеством медицинской помощи: повышение уровня догоспитального обследования, введение медико-экономических стандартов, усиление контроля со стороны страховых медицинских компаний за деятельностью стационара, внедрение новых методик исследования гормонального статуса. Таким образом, интенсивность лечения повысила эффективность использования коечного фонда. В то же время следует отметить, что слабым местом в медико-экономических стандартах является отсутствие кратности основного лабораторного обследования — гликемического профиля, что затрудняет диагностику и оказывает негативное воздействие на конечные результаты, т. е. ухудшает качество лечения.

В течение изучаемого отрезка времени соответственно изменялся тесно связанный со средней длительностью пребывания больного в стационаре оборот койко-мест. Так, до 2000 г. этот коэффициент находился в пределах 13—18, затем существенно возрос. Максимальная величина показателя зарегистрирована в 2007 г. — 23,1. Увеличение оборота койки за последние 10 лет позволило повысить эффективность ее использования в 1,4 раза.

На рисунке представлена динамика двух показателей: оборота койки и средней длительности лечения. Сравнение изображенных кривых дает четкое представление о взаимосвязи показателей и отражает имеющиеся закономерности. Кривые коэффициентов оборота койко-места и средней длительности пребывания больного в стационаре к 2001 г. сближаются и пересекаются (так называемые ножницы), а далее вновь расходятся в противоположных направлениях: сокращаются сроки лечения, растет среднее количество больных, приходящихся на одно койко-место.

За 20-летний отрезок времени в отделении пролечено 14 666 больных. В возрастной структуре госпитализированных преобладали лица трудоспособного возраста, удельный вес которых в общем числе госпитализированных до 1995 г. составлял немногим менее 50%. Количество больных трудоспособного возраста с 1996 по 2001 г. резко возросло (до 74%), что обусловлено открытием при стационаре школы для больных сахарным диабетом. Она предназначалась для информирования больных об особенностях течения заболевания и его осложнениях, а также для обучения больных сахарным диабетом 1-го типа методам самоконтроля, диетотерапии с подсчетом хлебных единиц (ХЕ). С открытием дневного стационара при эндокринологическом отделении в 2001 г., который взял на себя вышеуказанные функции, прослеживается тенденция к снижению частоты госпитализации работающего контингента на круглосуточные койки.

Подростки, в том числе юноши, составили в среднем 4% от общего числа пролеченных больных. Это прежде всего молодежь призывного воз-



Динамика средней продолжительности лечения и оборота койки эндокринологического отделения медико-санитарной части № 1 Перми (1988—2008 гг.).

1 — средняя продолжительность лечения (в сут); 2 — оборот койки.

раста, направленная военкоматами для уточнения диагноза, и юноши с дефицитом массы тела, которые имели прямые показания для лечения в эндокринологическом отделении. Среди 730 пролеченных подростков доля девушек незначительная — 7,2%. При этом более чем у 2/3 из них отмечено замедленное половое созревание, они нуждались в стационарном обследовании и лечении. Остальной контингент — лица пенсионного возраста, среди которых преобладали женщины (до 75%).

Анализ характера госпитализации показал, что из общего числа больных отделения в среднем каждый 4-й поступил по экстренным показаниям. В динамике выявлены определенные закономерности частоты поступления экстренных больных в отделение. В 1994 г. зарегистрировано максимальное количество больных, поступивших по экстренным показаниям (42%). Расширение коечного фонда в отделении, открытие школы для больных сахарным диабетом изменило соотношение плановых и экстренных госпитализаций. Число госпитализированных по экстренным показаниям уменьшилось в 2 раза. На протяжении последних 5 лет удельный вес экстренно госпитализированных больных сохранялся на уровне 12—13%. Школа для больных сахарным диабетом сыграла определяющую роль в снижении потребности в госпитализации больных сахарным диабетом 1-го типа.

Следует отметить, что из числа больных, поступивших по экстренным показаниям, более 2/3 доставлены скорой медицинской помощью. Анализируя данные о контингенте, доставляемом в стационар скорой медицинской помощью, было установлено, что ежегодно в среднем около 100 больных получали отказы в госпитализации вследствие их непрофильности или отсутствия показаний. При этом в начале 90-х годов на отказы скорой помощи госпитализировать приходилось 20—30% случаев, а в последние годы этот показатель увеличился до 70%, что, возможно, обусловлено снижением уровня квалификации специалистов скорой медицин-

ской помощи. Для решения проблемы постановки правильного диагноза на догоспитальном этапе необходима отработка более четких показаний для госпитализации больных в эндокринологическое отделение.

В структуре госпитализированной заболеваемости первое место занимал сахарный диабет (до 70%). Следует отметить, что в начале 90-х годов, до открытия школы диабета, преобладали лица, страдающие сахарным диабетом 1-го типа, а на протяжении последних 5 лет отмечается преобладание пациентов (больше в 1,5 раза) со 2-м типом сахарного диабета.

Особенности течения сахарного диабета, сложность коррекции углеводного обмена, сочетанность с ассоциированными заболеваниями нередко сопровождались повторностью госпитализаций. Из 100 больных 7—9 человек поступали в отделение в течение года неоднократно. В отдельные годы повторность и кратность госпитализации при заболеваниях эндокринной системы достигали высокого уровня.

В среднем у 50% пациентов с заболеваниями щитовидной железы отмечался диффузный токсический зоб, каждый 3-й поступал с гипотиреозом. Около 3% имели патологию надпочечников и гипоталамо-гипофизарной системы, а 2% больных (до 1996 г.) лечились по поводу ожирения.

С момента введения региональных медико-экономических стандартов ожирение у взрослого населения не включено в число заболеваний, подлежащих стационарному лечению. В то же время доказано, что "морбидное ожирение" приводит к развитию инсулинорезистентности, с которой тесно коррелирует гиперинсулинемия, являющаяся одной из причин формирования артериальной гипертензии. Болезни суставов, варикозное расширение вен, дыхательная недостаточность, желчнокаменная болезнь, злокачественные опухоли кишечника, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца также часто обусловлены избыточной массой тела. В экономически развитых странах ожирение, по мнению отечественных и зарубежных исследователей [1], является тяжелым бременем для государства. На лечение ожирения и его осложнений приходится 8—10% от годовых затрат на здравоохранение в целом. Сопутствующее ожирение приводит к удорожанию лечения всех заболеваний, особенно диабета 2-го типа.

На протяжении анализируемого периода в отделении в среднем умирали 20 больных в год. Показатели летальности колебались от 1,2 до 5,5%. Средний уровень летальности составил 2,5% и был обусловлен прежде всего тяжестью патологии. Досуточная летальность составила 0,4%. Доля вскрытий колебалась от 60 до 90% и в среднем составила 80,3%. Количество случаев расхождения клинического и патологоанатомического диагноза варьировало от 1 до 3 в год, что говорит о высокой квалификации госпитальных специалистов.

Динамика показателей летальности имеет выраженную фазную картину: резкий подъем в начале 90-х годов, явное снижение в 1997—1998 гг. и относительную стабилизацию в последующие годы. Открытие дополнительных коек и организация школы диабета в 1997 г. позволили снизить уровень летальности в 2 раза. В структуре причин смерти больных сахарным диабетом можно выделить сле-

дующие группы: умершие от острых и поздних осложнений сахарного диабета, пневмонии — 8,8% и от отравлений, злокачественных новообразований, нагноительных процессов в почках (гнойные пиелонефриты, абсцессы почек, карбункулы) — 3,5%. Среди поздних осложнений сахарного диабета первое место занимала диабетическая микроангиопатия. Смерть от терминальной почечной недостаточности составила в 13,6% среди всех случаев смерти и 46,2% среди всех случаев осложнений сахарного диабета. Больные были непрофильными, так как на момент госпитализации они в большей мере нуждались в диализной терапии, чем в эндокринологической помощи. Решение данной проблемы возможно через увеличение коечного фонда гемодиализа.

Перспективное исследование UKPDS (UK Prospective Diabetes Study) показало, что при сахарном диабете риск развития фатальных осложнений во много раз превышает таковой у лиц без нарушения углеводного обмена. Так, при сахарном диабете повышается риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) в 2—5 раз, инсульта — в 2—3 раза. Доля больных, умерших от инфаркта миокарда в эндокринологическом отделении, составила 20%. Наиболее часто встречались безболевого варианты течения ИБС при сахарном диабете, которые связаны с наличием у больных диабетической автономной нейропатии. В то же время отсутствие адекватной клинической картины приводит к более поздней диагностике заболевания, часто уже на стадии тяжелых осложнений в виде внезапной смерти или недостаточности кровообращения. В 18% случаев смерть наступала от острого нарушения мозгового кровообращения. У 11,6% всех умерших и 39,6% всех пациентов с осложнениями сахарного диабета причиной смерти явились ранние осложнения — комы (гипогликемическая и кетоацидотическая), которые встречались с одинаковой частотой. Среди умерших 60% составили лица

пенсионного возраста. Максимальный уровень летальности зарегистрирован в 1994 г. и обусловлен снижением доступности госпитализации из-за частичного свертывания коек в связи с ремонтом в отделении.

Проведенный анализ позволил сделать следующие выводы:

— эндокринологическая койка на протяжении изучаемого периода работала с перегрузкой;

— интенсификация работы койки позволила повысить эффективность использования коечного фонда в отделении;

— с открытием школы для больных сахарным диабетом в 2 раза уменьшилась доля экстренных госпитализаций и снизился уровень летальности в отделении. Анализ отказов в госпитализации свидетельствует о необходимости улучшения подготовки специалистов скорой медицинской помощи по вопросам неотложных состояний.

Таким образом, в течение 20-летнего периода основной целью деятельности эндокринологического отделения было удовлетворение потребности населения в специализированной стационарной помощи, а также повышение ее результативности, что в определенной степени достигнуто. На этапе преодоления дефицита финансирования государственных медицинских учреждений в условиях ограниченного ресурсного обеспечения здравоохранения проводимая реорганизация сети медицинских учреждений, в том числе оптимизация коечного фонда, должна быть основана на результатах последовательной и систематической оценки реальной потребности населения в стационарной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И. И., Шестакова М. В. Сахарный диабет: Руководство для врачей. — М., 2003.

Поступила 13.04.09

© И. А. ПАХОМОВ, 2011
УДК 614.2:617.585/.586-053.2-091

И. А. Пахомов

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ВВЕДЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ "ПОДИАТРИЯ" В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи

Отсутствие единого мнения при классификации патологии стопы и голеностопного сустава не позволяет сформировать универсальный и практический подход к идентификации патологических синдромов при поражении стопы у конкретного пациента. К этому добавляются нерешенные вопросы, связанные с терминологическим определением подиатрии как направления в ортопедии, предназначенного для решения задач, связанных с патологией стопы и голеностопного сустава.

В современных условиях необходимо внедрение в структуру травматолого-ортопедической помощи новых технологий, которые могли бы сочетать качества эффективной и оптимизированной моделей оказания специализированной помощи пациентам с патологией стопы и голеностопного сустава.

Изучение проблемы, касающейся систематизации подиатрической патологии, показало, что к настоящему моменту не существует единой универсальной классификации, удобной в практическом использовании, в связи с чем нами разработана собственная прикладная рабочая схема патологии стопы и голеностопного сустава.

Ключевые слова: подиатрия, терминология, классификация

ON PRACTICABILITY OF IMPLEMENTING THE SPECIALITY "PODIATRY" IN TRAUMATOLOGY AND ORTHOPEDICS

I.A. Pahomov

The absence of single opinion concerning the classification of foot and ankle joint pathology does not permit to formulate universal and practical approach to the identification of pathological syndromes in case of patient foot lesion. The situation is aggravated by the unsolved issues related to the terminological definition of podiatry as a di-

rection in orthopedics to solve the issues of foot and ankle joint pathology.

In actual conditions the implementation of new technologies into the structure of traumatological orthopedics care is needed. This approach permits to combine the qualities of models of effective and optimized care to patients with foot and ankle joint pathology. The study of issue related to the systematization of podiatric pathology revealed that actually no single universal classification easy-to-use in practice exists. Hence the development of original applied working scheme of foot and ankle joint pathology is proposed.

Key words: podiatry, terminology, classification

Несмотря на существующие тенденции к увеличению числа пациентов с подиатрической патологией, среди ортопедов по-прежнему отсутствует единое мнение по поводу классификации патологии стопы и голеностопного сустава. Вследствие этого существующие на сегодняшний день отечественные и зарубежные классификации, в основу которых положены разнообразные принципы стратификации нозологических групп [4, 6, 10], не позволяют сформировать единый и практичный подход к идентификации патологических синдромов при поражении стопы у конкретного пациента и выработке дальнейшей унифицированной тактики лечения. Это нашло отражение даже в Международном классификаторе болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), где отдельные нозологические группы патологии стопы распределены по совершенно различным классам заболеваний или же вовсе не имеют собственного классификационного кода [1].

Итогом всего этого в отечественной ортопедической практике стали значительный разрыв врачебных доктрин в части принципиальных основ коррекции различных поражений стопы, отсутствие ясного видения целей и задач при выборе методов лечения патологии стопы и голеностопного сустава, сохраняющийся эклектизм диагностических и лечебных подходов и, как следствие, большое количество неудовлетворительных результатов лечения, значительное число осложнений и связанной с этим инвалидизации пациентов, длительные сроки госпитализации, низкая рентабельность коечного фонда из-за его неэффективного использования.

Вместе с тем необходимо признать, что на современном этапе развития ортопедии, несмотря на сохраняющиеся парадигмальные различия в методологических подходах к диагностике и лечению патологии стопы и голеностопного сустава, было углублено понимание патогенеза патологических процессов у пациентов с профильной патологией, значительно выросла хирургическая активность, сформулированы принципы сберегающего хирургического лечения при сохранении радикализма терапевтических подходов [3, 5].

На территории Российской Федерации (РФ) помощь пациентам с патологией стопы и голеностопного сустава доступна на всех этапах здравоохранения в рамках востребованных врачебных специальностей, однако современные диагностические и технологические возможности вместе с возросшими ожиданиями эффективного результата лечения диктуют необходимость внедрения в структуру травматолого-ортопедической помощи новых технологий, основанных на эффективной модели оказания специализированной помощи пациентам с патологией стопы и голеностопного сустава и по-

зволяющих улучшить исходы лечения, оптимизировать этапы лечебно-диагностического процесса и уменьшить социально-экономические потери.

Существующие на сегодняшний день терминологические определения подиатрии как направления в ортопедии, предназначенного для решения задач, связанных с патологией стопы и голеностопного сустава, в отечественной и зарубежной литературе не дают всеобъемлющей характеристики данного научного направления и не позволяют систематизировать изучаемые в его рамках нозологии. В связи с этим на основе анализа имеющихся в нашем распоряжении данных литературы и собственного клинического опыта мы предложили собственные варианты определений терминов, относимых к предмету подиатрии.

Подиатрия — научное направление, решающее проблему диагностики, профилактики и оказания медицинской помощи пациентам с патологией стопы и голеностопного сустава, а также систем, органов и тканей, связанных с ними функционально и анатомически, в рамках которого решаются задачи, связанные с установлением этиологии, патогенеза и эпидемиологии, наряду с разработкой методов лечения и организации медицинской помощи при заболеваниях и поражениях стопы и голеностопного сустава. Объектом изучения подиатрии является подологическая и подогенная патология.

Подиатрическая патология — патологические состояния стопы и голеностопного сустава, а также отдельные их элементов при первичном поражении стопы и голеностопного сустава либо в рамках симптомокомплекса общего соматического заболевания.

Подогенная патология — патологические состояния тканей, органов и систем различной топической локализации, находящихся в анатомических, рефлекторных и функциональных связях со стопой, голеностопным суставом либо их элементами, вызванные первичным поражением последних.

Подиатрический (ая, ое, ие) — самостоятельное выражение, используемое для обозначения специализированных медицинских учреждений, их подразделений, а также всего, что связано с лечением заболеваний и повреждений стопы и голеностопного сустава.

Соматоплантарный аффект — отягощение соматического заболевания в результате перехода патологического процесса на стопу и формирования самостоятельной подиатрической нозологической формы.

Потребность в определении нозологических вариантов поражений различных анатомических структур всегда предопределяет необходимость создания соответствующей классификации. Применительно к поражениям стопы и голеностопного сустава на сегодняшний день можно выделить целый ряд различных классификаций отечественных

И. А. Пахомов — канд. мед. наук, ст. науч. сотр. (ipahomov@niito.ru).

и зарубежных авторов, таких как рабочая классификация переломов пяточной кости, переломовывихов в суставе Лисфранка [4], рабочая систематизация симультанных повреждений позвоночника и стоп [2], классификация открытых переломов [8], диабетических и ревматоидных поражений стоп [7, 10, 11] и др. Представленные классификации предусматривают учет поражений лишь отдельных анатомических структур стопы и голеностопного сустава. Таким образом, необходимо признать, что длительное время в отечественной и зарубежной литературе, посвященной патологии стопы и голеностопного сустава, всеобъемлющих классификаций патологии стопы опубликовано не было, хотя надо отметить, что многими авторами предпринимались попытки систематизировать отдельные нозологические формы в зависимости от варианта повреждения, сроков, прошедших с момента травмы, наличия осложнений и других отличительных признаков.

Подобные тенденции господствовали в профессиональной литературе экономически развитых стран до момента формирования в их системах здравоохранения подиатрии как специальности. Это потребовало определения объекта воздействия подиатрии, а значит и наличия полноценной всеобъемлющей классификации. Наиболее полной классификацией поражений стоп и голеностопного сустава остается МКБ-10 с дополнениями от 2007 г., предлагаемая ВОЗ [9]. Тем не менее, даже она является лишь ограниченно пригодной для подробного описания подиатрической патологии, так как множество подиатрических нозологических форм не соответствуют шифрам МКБ-10 (например ревматоидная стопа, стопа Шарко [11]) или же вовсе не имеют собственного уникального кода в этой классификации, что значительно затрудняет, а в определенных случаях делает невозможным описание клинического диагноза у пациентов при использовании этой классификации.

По нашему мнению, недостатками МКБ-10, помимо названных, являются следующие:

1) шифры МКБ-10, начиная с S823 и до S967, отражают лишь общее описание переломов голеностопной области, но не включают переломов пилона большеберцовой кости и сопутствующих переломам лодыжек разрывов капсулолигаментарного стабилизирующего комплекса голеностопного сустава. В классификации отражены коды открытых переломов, но упущены осложнения переломов лодыжек в виде подвывихов стопы, смещений фрагментов, осложнений со стороны мягких тканей;

2) при описании повреждений связок голеностопного сустава используются неприемлемые в связи с их некорректностью с точки зрения профессионального ортопедотравматологического сообщества термины — "разрыв", "растяжение" и "перенапряжение" связок (шифры S932, S936);

3) при кодировании повреждений среднего отдела стопы не отражены переломовывихи в зонах суставов Лисфранка и Шопара, при этом все их многообразие описывается шифрами S922 и S923, означающими переломы костей плюсны и предплюсны, что недостаточно для правильного описания поражений данной зоны стопы;

4) недостаточно полно представлены остеохондропатии стопы: описанные основные остеохондропатии (шифры M92.7 и M92.6) трактуются как

ювенильные, хотя известно, что как сами остеохондропатии, так и их последствия широко распространены и у взрослых, что по нашим данным, наглядно подтверждается увеличением доли регистрации таких пациентов с использованием весьма обобщенных шифров M87.9 (неуточненный остеонекрроз) и M190 (другой артроз);

5) основной недостаток МКБ-10 заключается в отсутствии шифров для большого количества подиатрических нозологических форм. Невозможность зашифровать распространенные заболевания, связанные с соматоплантарным аффектом, такие как ревматоидная стопа и стопа Шарко, вынуждает практического врача использовать общие коды заболеваний — ревматоидного узелка (шифр M063) и диабетической нейропатии/артропатии (шифры M142 и G63.2 соответственно).

Таким образом, изучение вопросов, касающихся систематизации подиатрической патологии, показало, что к настоящему моменту не существует единой универсальной классификации, удобной в практическом использовании. В связи с этим нами разработана собственная прикладная рабочая схема, в основу которой положены классификация МКБ-10, классификации частной подиатрической патологии [4, 10], а также отдельные фрагменты ряда зарубежных классификаций, общим недостатком которых является малопримодность для практического использования вследствие стратификации либо поражений конкретных отделов стопы, либо (для зарубежных классификаций) избыточного описания поражений стопы и голеностопного сустава, часть которых практически не встречается на территории РФ.

При создании прикладной рабочей схемы нами введено допущение, что пациенты с патологией кожных покровов и придатков кожи, с сосудистой патологией, а также с патологией стопы в детском возрасте получают лечение в условиях организованных и успешно существующих систем специализированной помощи в рамках муниципального здравоохранения. Поэтому нозологии детского и подросткового возраста не включены в представленную рабочую схему. То же относится и к пациентам с культями стоп, которые получают необходимое лечение в условиях протезно-ортопедических предприятий.

Рабочая схема подиатрической патологии

1. Повреждения зоны стопы и голеностопного сустава

1.1. Повреждения области стопы и голеностопного сустава: повреждение связочного аппарата голеностопного сустава и стопы, ушиб области голеностопного сустава и стопы, переломы зоны голеностопного сустава (открытые, закрытые), изолированный перелом внутренней, наружной лодыжки со смещением (с подвывихом стопы), без смещения (без подвывиха стопы), перелом пилона большеберцовой кости со смещением (с подвывихом стопы), без смещения (без подвывиха стопы), изолированный перелом малоберцовой кости со смещением (с подвывихом стопы), без смещения (без подвывиха стопы).

1.2. Повреждения заднего отдела стопы (открытые или закрытые): перелом пяточной кости, чрес-

суставной (со смещением фрагментов, без смещения фрагментов), внесуставной (со смещением фрагментов, без смещения фрагментов).

1.3. Повреждения среднего отдела стопы (открытые, закрытые): переломы кости (костей) предплюсны (со смещением фрагментов, без смещения фрагментов), вывих (переломовывих и подвывих) кости (костей), участвующей в суставе Shorart, вывих (переломовывих и подвывих) кости (костей), участвующей в суставе Lisfrank, перелом кости (костей) плюсны (со смещением, без смещения фрагментов).

1.4. Повреждения переднего отдела стопы (открытые, закрытые): перелом фаланги (фаланг) пальцев стопы (со смещением фрагментов, без смещения фрагментов), вывих (подвывих) пальца (пальцев) стопы.

2. Последствия повреждений стопы и голеностопного сустава

2.1. Последствия повреждений области голеностопного сустава и зоны заднего отдела стопы: консолидированный в порочном положении перелом лодыжек (пилона большеберцовой кости), ложный сустав лодыжки (лодыжек, пилона большеберцовой кости) со смещением, без смещения, посттравматический крузартроз, консолидированный в порочном положении перелом таранной кости, консолидированный в порочном положении перелом пяточной кости.

2.2. Последствия повреждений зоны среднего отдела стопы: посттравматическая деформация стопы в результате повреждения костей и связок с локализацией в области сустава Shorart, посттравматическая деформация стопы в результате повреждения костей и связок с локализацией в области сустава Lisfrank, ложный сустав кости (костей) предплюсны (со смещением фрагментов, без смещения фрагментов).

2.3. Последствия повреждений зоны переднего отдела стопы: консолидированный в порочном положении перелом плюсневой кости (костей), ложный сустав плюсневой кости (костей), консолидированный в порочном положении перелом костей пальца (пальцев) стопы, ложный сустав фаланги (фаланг) пальцев (со смещением фрагментов, без смещения фрагментов), фиксированный вывих пальца стопы.

3. Деформации голеностопного сустава и стопы (осложненные трофическими нарушениями, не осложненные трофическими нарушениями)

3.1. Врожденные (фиксированные, мобильные) деформации: Talipes equinovarus, Talipes calcaneovarus, Metatarsus varus, варусные деформации стопы, Talipes calcaneovalgus, врожденная pes planus, вальгусные деформации стопы, pes cavus, другие деформации стопы.

3.2. Приобретенные (фиксированные, мобильные) деформации: голеностопной области, заднего, среднего, переднего отдела стопы, пальцев стопы.

4. Заболевания голеностопного сустава и стопы

4.1. Деформирующие артрозы голеностопного сустава и стопы (идиопатический крузартроз, Hallux Rigidus).

4.2. Опухоли области голеностопного сустава и стопы (доброкачественные, злокачественные): первичные, метастатические, опухоль Барре—Массона.

4.3. Остеохондропатии голеностопного сустава и стопы: болезнь Kehler II, асептический некроз, импрессионный перелом, деформирующий остеоартроз, болезнь Moushet (асептический некроз, импрессионный перелом, деформирующий остеоартроз), другие остеоохондропатии (остеонекроз) костей стопы неуточненной локализации (асептический некроз, импрессионный перелом, деформирующий остеоартроз).

4.4. Дегенеративные поражения мягких тканей стопы и голеностопного сустава: инсерционный тендиноз ахиллова сухожилия, неинсерционный тендиноз ахиллова сухожилия (с отрывом, без отрыва ахиллова сухожилия), перонеальный тендинит, пяточная шпора, другие энтезопатии стопы, альгонеуродистрофия (синдром плечо—кисть, атрофия Зудека), "усталостный" перелом кости (костей) стопы.

5. Заболевания нервов стопы: нейропатия стопы различной этиологии, неврома Мортона стопы.

6. Поражения стопы и голеностопного сустава в результате соматоплантарного аффекта

6.1. Ревматоидная стопа (осложненная трофическими нарушениями, без трофических нарушений, осложненная деформацией, не осложненная деформацией): артрозартрит голеностопного сустава, заднего, среднего, переднего отдела стопы, первого плюснефалангового сустава отдела стопы, ревматоидный узел (подагрический тофус).

6.2. Нейропатическая стопа (стопа Шарко) различной этиологии: острая, подострая, хроническая, стадия осложнений, деформация стопы (осложненная трофической язвой, без наличия трофической язвы).

6.3. Стопа в результате инфекционных поражений: остеомиелит стопы, поражения в результате специфических инфекций (бруцеллез, туберкулез и др.).

7. Комбинированные поражения стопы и других сегментов тела: повреждения голеностопного сустава и позвоночника, пяточной, таранной костей и позвоночника, зоны суставов Shorart, Lisfrank и позвоночника, переднего отдела стопы, пальцев стопы и позвоночника

Сходные редко встречающиеся нозологические формы, имеющие общие патогенетические механизмы с рядом подиатрических патологий, также включены в соответствующие классы заболеваний настоящей схемы.

Отдельно стоит отметить патологические состояния, которые сопровождаются вторичным поражением стопы на фоне первичной соматической патологии, такой как, например, сахарный диабет или инфекционно-воспалительный процесс. Для обозначения нозологической группы, которая включала бы в себя подобные патологии, нами предложен собственный термин "соматоплантарный аффект" как наиболее полно подходящий для совокупной характеристики рассматриваемого вида поражений стопы и голеностопного сустава.

Помимо включения в рабочую схему систематизации нозологических форм, традиционно воспринимаемых относящимися к подиатрии (переломы костей стопы, деформации стопы и др.), в нее введено понятие комбинированных (симультанных) поражений стопы и других отделов опорно-двигательного аппарата, поскольку такие виды поражений (например, перелом позвоночника и пяточных костей) не нашли своего отражения в существующих классификациях других авторов.

Таким образом, объединение в предложенной схеме нозологических групп с учетом зонирования отделов стопы позволяет распределить номенклатуру видов поражений оптимальным образом, тем самым значительно упрощая повседневное применение такой классификации в деятельности врачей ортопедического профиля, в том числе врачей-подиатров.

Предложенная рабочая схема систематизации подиатрической патологии отражает область приложения подиатрии как отдельной специальности и позволяет сформировать унифицированный подход к решению организационных и клинических задач подиатрии.

1. Байтингер В. Ф., Хадыко Ю. А., Цуканов А. И. и др. // *Вопр. реконструкт. и пласт. хир.* — 2003. — Т. 7, № 4. — С. 51—67.
2. Салдун Г. П., Жеребцов Л. И. // *Повреждения и заболевания стопы.* — Л., 1979. — С. 12—15.
3. Тихилов Р. М., Фолин Н. Ф., Корышков Н. А. и др. // *Травматол. и ортопед. России.* — 2009. — Т. 52, № 2. — С. 144—149.
4. Черкес-Заде Д. И., Каменев Ю. Ф. *Хирургия стопы.* — М., 1995.
5. Barouk L. S., Barouk P. // *Foot Ankle Int.* — 2009. — Vol. 30, N 3. — P. 284; author reply: P. 284—285.
6. Essex-Lopresty P. // *Br. J. Surg.* — 1952. — Vol. 39. — P. 395—419.
7. Frykberg R. G., Armstrong D. G., Giurini J. et al. // *J. Foot Ankle Surg.* — 2000. — Vol. 39, Suppl. 1. — P. 1—60.
8. Gustilo R. B. // *InstrCourse Lect.* — 1987. — Vol. 36. — P. 359—366.
9. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Version for 2007. — Режим доступа: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.
10. Jahss M. H. *Disorders of the Foot and Ankle: Medical and Surgical Management.* — 2-nd Revised Ed. — Philadelphia, 1991.
11. Sanders L. J., Mrdjencovich D. // *Diabetes.* — 1991. — Vol. 40, Suppl. 1. — P. 529A.

Поступила 30.06.10

© Л. А. ЭРТЕЛЬ, О. А. КУБЛИКОВА, 2011

УДК 614.256:368

Л. А. Эртель, О. А. Кубликова

СТРАХОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РОССИИ

Институт экономики и управления в медицине и социальной сфере, Краснодар

Рассмотрены аспекты введения обязательного страхования профессионального риска медицинских работников. Предложены возможные пути решения существующих проблем при подготовке нормативно-правового акта по страхованию их профессиональной ответственности.

Ключевые слова: пациенты, страхование, профессиональный риск, медицинский работник

THE INSURANCE OF PROFESSIONAL RESPONSIBILITY OF MEDICAL PROFESSIONALS IN RUSSIA

L.A. Ertel, O.A. Kublikova

The article deals with the characteristics of implementation of mandatory insurance of professional risk of medical professionals. The possible directions in resolving actual problems are proposed in the elaboration of normative legal act on insurance of their professional responsibility.

Key words: patient, insurance, professional risk, medical professional

Страхование профессиональной ответственности (СПО) представителей ряда профессий в России появилось еще в середине 1990-х годов. Поскольку медицинская деятельность во все времена была связана с высокой степенью риска причинения вреда здоровью пациента, проблема СПО медицинских работников актуальна и в настоящее время. Однако данный вид страхования практически остается невостребованным. Законопроект по СПО медицинских работников находится в стадии рассмотрения.

Какого результата ожидают пациенты и медицинские работники от введения обязательного страхования профессионального риска медицинских работников, и к чему оно может привести? Нужен ли вообще этот вид страхования?

О необходимости СПО медицинских работни-

ков говорил в свое время министр здравоохранения М. Ю. Зурабов. Затем, в декабре 2006 г. Д. А. Медведев, занимавший пост первого вице-премьера РФ, на встрече с врачами в Российской медицинской академии последипломного образования выступил за создание в России института СПО врачей как действенного механизма, способного помочь при разрешении возможных конфликтных ситуаций между врачами и пациентами.

Представители здравоохранения, страховых компаний, юристы, чиновники, политики в средствах массовой информации высказывают свое мнение относительно необходимости и целесообразности введения СПО. Мнения разделились на "за" и "против", ведутся дискуссии. Страхования же профессионального риска в медицинской практике реально не существует.

Действующие в "страховом праве" (ГК РФ и Закон РФ № 4015-1 от 27.11.92 "Об организации

страхового дела в Российской Федерации") нормы в общих чертах могут быть использованы в целях регулирования данного вида страхования.

Согласно нормам в главе 48 ГК РФ, СПО может быть двух форм: добровольное СПО медицинских работников и обязательное СПО медицинских работников. Статья 931 той же главы ГК РФ предусматривает, что "по договору страхования риска ответственности по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни, здоровью или имуществу других лиц, может быть застрахован риск ответственности самого страхователя или иного лица, на которое такая ответственность может быть возложена".

Страховая компания может заключить договор страхования с юридическим лицом — учреждением здравоохранения, осуществляющим страховую защиту своего персонала, или лично с частнопрактикующим врачом. Поскольку учреждение здравоохранения согласно гражданскому законодательству несет ответственность за вред, причиненный его работниками при исполнении должностных обязанностей, оно вправе застраховать свою гражданскую ответственность перед третьими лицами (пациентами).

По договору СПО медицинских работников при возникновении страхового случая в результате непреднамеренных ошибочных действий (бездействия) врача по обязательствам лечебного учреждения или частнопрактикующего врача ущерб, нанесенный жизни и здоровью пациента, должна возместить страховая компания.

Казалось бы, все определено: есть страховщики (страховые компании, готовые заниматься данным видом страхования и имеющие на то лицензию), есть страхователи: юридические лица — медицинские учреждения, которые теоретически могут заключить договор страхования в пользу третьих лиц — своих медицинских работников, индивидуальные предприниматели — частнопрактикующие врачи и иные медицинские работники. С выгодоприобретателями вроде бы тоже все ясно — это медицинские работники, медицинские учреждения и, конечно же, в первую очередь — пациенты, поскольку данный вид страхования защищает имущественные интересы как страхователей, так и третьих лиц (пациентов).

СПО в добровольном виде реализуется, пусть даже в небольшом объеме, в основном в "частном" секторе здравоохранения.

Казалось бы, если всем выгодно, то почему же до сих пор не введено обязательное СПО.

По мнению А. Н. Пищита [2], "для внедрения в практику российского здравоохранения обязательного СПО медицинских работников нет необходимости срочно принимать дополнительные законодательные акты. Существующей базы правовых документов вполне достаточно, чтобы признать данный вид страхования легитимным и уже сейчас осуществлять его практическое применение".

Если не надо принимать новый закон, тогда что же тормозит развитие обязательного вида СПО. Очевидно, что отсутствие на сегодняшний день действенного механизма реализации данного вида страхования — это следствие экономических, профессиональных, юридических и этических проблем.

Первая проблема — экономического плана. Где медицинское учреждение в условиях дефицита бюджетных средств возьмет необходимые финансовые

средства для страховой премии и на какую статью расходов их спишет? Государственные и тем более муниципальные ЛПУ практически не могут на сегодняшний день реализовать право на данный вид страхования. Существующей системой финансирования для лечебных учреждений не предусмотрены такого плана расходы. В этом отношении представители частной медицины более свободны: частные клиники имеют финансовую возможность практически провести СПО наемных медицинских работников, как и частнопрактикующие врачи застраховать свою профессиональную ответственность.

Проблема вторая — также экономического плана, касается и кадрового обеспечения, и качества медицинского обслуживания.

При возникновении страхового случая при причинении вреда жизни или здоровью пациента страхователем или его работником страховая компания производит выплату страхового возмещения согласно принятым на себя обязательствам.

Однако, согласно ст. 965 ГК РФ, "к страховщику, выплатившему страховое возмещение, переходит в пределах выплаченной суммы право требования, которое страхователь (выгодоприобретатель) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования".

В то же время, согласно ст. 1081 ГК РФ, медицинское учреждение в лице его администрации, выступающее как страхователь, возместив вред, причиненный его работником при исполнении им служебных, должностных или иных трудовых обязанностей, имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу в размере выплаченного возмещения.

Наказанные таким образом врачи будут вынуждены покинуть ряды практикующих врачей. Кто-то скажет: вот вам и естественный отбор — будут отсеиваться неквалифицированные врачи и в результате останутся работать только специалисты высокого класса. Такое мнение — это просто утопия. Уйдут эти, а новые не придут. Если учесть ситуацию с медицинскими кадрами на сегодняшний момент, медицина останется вообще без врачей. Тема не нова. Молодые специалисты, несмотря на положительные моменты, связанные с реализацией национального проекта "Здоровье", не очень стремятся в муниципальное здравоохранение. Врачей пенсионного возраста сейчас две трети, но они альтруисты. А когда уйдут и они, кто будет осуществлять лечебную деятельность?

Еще одна, третья проблема экономического плана, на сегодняшний день более актуальная, наверное, для частной медицины. По мнению президента "Лиги защиты пациентов", главы Общественного совета по правам пациентов при Росздравнадзоре А. В. Саверского, может произойти "эффект вскипания цен в замкнутой системе". Смысл данной фразы кроется в следующем: цена страховки войдет в цену услуги. Если больница выплатила компенсацию в суде, она тут же захочет возместить свой ущерб за счет пациентов: поднимет цены на услуги, соответственно вырастет цена страховки. Получается замкнутая система.

Теперь остановимся на проблемах профессионального плана. Во-первых, по мнению, чаще всего высказываемому в публикациях [1], необходимы стандарты, регламентирующие деятельность медицинских работников, аналогичные применяемым за рубежом. В пример ставится четко описанный алго-

ритм действий врача в США. Некоторые авторы считают, что четкое выполнение стандартов защитит врача от профессиональных ошибок. Однако результат выполнения медицинских вмешательств зависит от множества факторов. Неблагоприятный исход медицинского вмешательства может быть результатом различных причин: атипичного течения заболевания; отсутствия в данный момент и в данном месте необходимого современного диагностического оборудования, специалистов, обученных для работы на этом оборудовании; отсутствия необходимых лекарственных средств (особенно это касается сельских населенных пунктов); применения новых методов лечения; индивидуальных особенностей самого пациента — главного участника процесса лечения. Следствием неблагоприятного исхода зачастую являются претензии пациентов к конкретным медицинским работникам, а не к лечебному учреждению.

Во-вторых, кто будет оценивать размер ущерба и качество оказанной помощи? Должны ли этим заниматься эксперты страховой компании, застраховавшей профессиональный риск медицинских работников, независимые эксперты, приглашенные страховой компанией, независимые эксперты, приглашенные медицинским учреждением, или однозначно будет определено, что данная экспертиза в компетенции только судебно-медицинских экспертов? На сегодняшний день этот вопрос открыт для дискуссий, хотя немаловажно определить четко инстанцию, которая будет правомочно проводить оценку профессиональной деятельности врача, в отношении которого застрахован риск профессиональной ответственности.

И еще одна немаловажная проблема, скорее, этического плана, с которой могут столкнуться и лечебные учреждения, и страховые компании, и суды. А. В. Саверский считает: "Ввести страхование ответственности врача — это бросить фитиль в пороховую бочку. Сейчас в суды идут герои, они идут из принципа. Если перевести это в денежный ин-

терес, пойдет неуправляемая борьба за деньги и резко вырастет цена медицинских услуг. В США размах исков достиг такого уровня, что страховые компании не хотят страховать ответственность врачей, а без страховки врач не может получить лицензию, получается заколдованный круг". На фоне муссируемой в СМИ кампании об ошибках, допускаемых медицинскими работниками, поток пациентов и их родственников, во что бы то ни стало желающих получить финансовые средства с лечебных учреждений, будет расти "как на дрожжах".

На основании изложенного выше можно сделать вывод, что в Российской Федерации идею СПО медицинских работников осуществить будет сложно.

Для этого следует ускорить разработку и принятие закона, посвященного СПО медицинских работников, который бы четко регламентировал механизм осуществления этого вида страхования, права и обязанности сторон договора о СПО, заинтересованных третьих лиц и уполномоченных на проведение экспертизы, а также финансовую составляющую СПО.

При подготовке нормативно-правового акта по СПО медицинских работников необходимо учесть существующие проблемы и найти пути их решения. В первую очередь необходимо предоставление со стороны государства экономической и юридической поддержки.

В законодательном порядке следует предусмотреть экономическую составляющую указанных проблем, а именно — включение в смету медицинских учреждений, финансируемых из бюджета всех уровней, расходов на оплату страховых взносов на СПО медицинских работников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Локишина Ю. // Профиль. — 2006. — № 22. — С. 12—15.
2. Пиццита А. Н. // Законодательство и экономика. — 2007. — № 3. — С. 45—48.

Поступила 16.12.08

© И. А. НАУМОВ, Е. М. ТИЩЕНКО, 2011

УДК 614.2:618.1/2

И. А. Наумов, Е. М. Тищенко

РАНГОВАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Гродненский государственный медицинский университет

Представлен новый метод комплексной оценки показателей деятельности акушерско-гинекологической службы, основанный на данных государственной статистической отчетности. Использование метода дает возможность значительно унифицировать подходы к анализу деятельности территориальных лечебно-профилактических организаций уровня первичной медико-санитарной помощи, позволяет руководителям здравоохранения своевременно реагировать на изменения ситуации в службе родовспоможения и осуществлять мероприятия по улучшению ее деятельности, а также по совершенствованию оказания перинатальной помощи.

Ключевые слова: *показатель, статистическая отчетность, первичная медико-санитарная помощь, родовспоможение*

THE RANK ESTIMATE OF INDICATORS OF OBSTETRIC-GYNECOLOGIC SERVICE ACTIVITY AS A FOUNDATION OF ENHANCING OF MEDICAL CARE QUALITY

I.A. Naumov, E.M. Tischenko

The new technique of comprehensive evaluation of the indicators of obstetric-gynecologic service activity is presented. It is based on the public statistical reported data. The implementation of the technique gives an opportunity to significantly unify the approaches in analyzing the activities of territorial curative preventive institutions of primary medical sanitary care. Owing to this technique the health administration can react timely to the changes in obstetrics service and to implement the measures in enhancing the functioning of perinatal medical service.

Key words: *indicator, statistical reported data, primary medical sanitary care, obstetrics*

Охрана здоровья матери и ребенка является приоритетным направлением в деятельности органов здравоохранения Республики Беларусь [8].

Ухудшение показателей репродуктивного здоровья женщин оказывает негативное влияние на уровень материнской, младенческой и перинатальной смертности, которые характеризуют качество и эффективность медицинской помощи беременным и новорожденным и являются интегрированными для оценки общественного развития [1, 12, 14].

Это выдвигает в число актуальных задач анализ эффективности проводимых мероприятий по профилактике акушерско-гинекологической патологии и результативности достигнутых показателей лечебно-профилактическими организациями (ЛПО) уровня первичной медико-санитарной помощи.

Цель исследования: оптимизация методики комплексной оценки деятельности акушерско-гинекологической службы территориальных ЛПО.

Материал и методы — формы государственной статистической отчетности, утвержденные Постановлением Министерства статистики и анализа Республики Беларусь от 01.11.07 г. № 382:

— форма государственной статистической отчетности 1 — аборт (Минздрав) "Отчет об искусственном прерывании беременности";

— форма государственной статистической отчетности 1 — помощь беременным (Минздрав) "Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам";

— форма государственной статистической отчетности 1 — злокачественные новообразования (Минздрав) "Отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями";

— форма государственной статистической отчетности 1 — ИППП (Минздрав) "Отчет об инфекциях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых, кожных болезнях и чесотке".

Оптимизация методики проведения ранговой оценки деятельности акушерско-гинекологической службы территориальных ЛПО включает следующие этапы.

1. На основании статистических данных, изложенных в формах государственной статистической отчетности организационно-методической службой областного родильного дома (перинатального центра), производится расчет относительных показателей (К), достигнутых территориальными ЛПО.

Оценке подлежат уровень материнской и перинатальной смертности (МС и ПС), охват прегравидарной подготовкой, а также цитологическим скринингом при проведении профилактического гинекологического осмотра, выявляемость заболеваний при профилактическом гинекологическом осмотре, распространенность аборт, раннее взятие на учет по беременности, охват гормональной и внутриматочной контрацепцией.

2. Определение рангового места (М) по величине относительного показателя в простом вариационном ряду. Наиболее высокому достигнутому относительному показателю присваивается минимальное ранговое место, наименее высокому — максимальное.

И. А. Наумов — канд. мед. наук, доц. каф. (8-0152-43-46-87);
Е. М. Тищенко — д-р мед. наук, проф. каф. (8-0152-43-54-59).

3. Определение коэффициента значимости рангового показателя (А). Он находится в интервале от 1 до 0,1 и может иметь, например, следующие значения: ПС: А = 1,0; цитологический скрининг при профилактическом гинекологическом осмотре: А = 0,8; выявляемость заболеваний при профилактическом гинекологическом осмотре: А = 0,6; выявляемость злокачественных опухолей шейки матки при профилактическом гинекологическом осмотре: А = 0,4; распространенность аборт: А = 0,2; раннее взятие на учет по беременности: А = 0,2; охват гормональной контрацепцией: А = 0,1; охват внутриматочной контрацепцией: А = 0,1.

Исключение составляет показатель МС, который равен А = 10.

4. Расчет рангового показателя производится с учетом его коэффициента значимости по формуле $R = A \cdot M$, где А — коэффициент значимости рангового показателя; М — ранговое место.

5. Для объективизации оценки деятельности акушерско-гинекологической службы территориальной ЛПО дополнительно оценивается показатель дефектов.

Коэффициент показателя дефектов (к) располагается в интервале от 0 до 2 и может иметь следующие значения:

● достоверность предоставляемой информации (к = 1,0 — за каждый выявленный факт недостоверной информации);

● своевременность предоставления информации (к = 1,0 — за каждый случай несвоевременного предоставления информации);

● замечания рецензентов при анализе случаев МС и ПС (к = 2,0 — за каждое замечание);

● недостатки, выявленные при проведении плановых проверок (к = 2,0 — за каждый выявленный факт).

При наличии нескольких недостатков в деятельности акушерско-гинекологической службы определяется суммарный коэффициент показателя дефектов.

6. Расчет суммарного рангового показателя деятельности акушерско-гинекологической службы территориальной ЛПО производится по формуле:

$$\text{Сум. } R = \frac{R1+R2+R3+\dots+Rn}{Ln-k} \cdot 100,$$

где $R1 + R2 + R3 + \dots + Rn$ — сумма ранговых мест; Ln — число ранговых мест; k — суммарный показатель дефектов.

7. Определение итогового места территориальной ЛПО производится по расположению региона в полученном простом вариационном ряду: наименьшему полученному в результате проведенных расчетов суммарному ранговому показателю присваивается соответствующее наименьшее ранговое место, повышение же рангового места находится в прямой зависимости от увеличения величины суммарного рангового показателя. Итоговая оценка ранговых показателей деятельности акушерско-гинекологической службы территориальных ЛПО на модели Гродненской области в 2008 г. представлена в таблице.

Методика проведения ранговой оценки деятельности акушерско-гинекологической службы территориальных ЛПО апробирована в 2003—2008 гг. в Управлении здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета.

Район	МС		ПС		Преградившая подготовка		Осмотрено с цитологическим исследованием		Осмотрено цитологически с использованием цитозеток		Выявлено заболеваний при профосмотрах		Выявлено венерических заболеваний при профосмотрах		Выявлено онкологических заболеваний молочной железы при профосмотрах	
	К	10 R	%	1 R	%	0,9 R	%	0,8 R	%	0,7 R	%	0,6 R	К	0,5 R	%	0,4 R
1. Берестовицкий	0	0	0,0	1	98,0	5,4	92,9	10,4	100,0	0,7	7,4	10,2	0,1	8,0	88,9	0,4
2. Волковысский	0	0	1,2	6	97,6	9,0	97,1	4,8	65,0	10,5	15,7	1,8	0,5	2,5	50,0	4,0
3. Вороновский	0	0	2,9	1	91,8	14,4	98,4	2,4	100,0	0,7	10,9	4,2	0,5	2,5	66,7	2,0
4. Дятловский	0	0	7,3	17	98,9	1,8	96,8	6,4	79,9	9,8	17,6	0,6	0,3	5,0	35,3	5,6
5. Зельвенский	0	0	11,8	14	100,0	0,9	96,6	8,0	100,0	0,7	10,0	6,6	0,3	5,0	0,0	6,8
6. Ивьевский	0	0	3,1	1	78,9	15,3	93,6	9,6	100,0	0,7	8,8	7,2	0,3	5,0	14,3	6,4
7. Кореличский	0	0	0,0	1	97,8	7,2	90,6	12,0	100,0	0,7	12,4	3,6	0,3	5,0	66,7	2,0
8. Лидский	0	0	1,4	13	97,0	10,8	97,0	5,6	15,2	11,9	10,9	4,2	0,5	2,5	34,6	6,0
9. Мостовский	0	0	0,0	10	97,0	10,8	96,7	7,2	100,0	0,7	8,8	7,2	0,3	5,0	85,7	0,8
10. Новогрудский	0	0	2,1	7	97,8	7,2	96,0	8,8	100,0	0,7	8,7	9,0	0,4	4,0	42,1	4,4
11. Островецкий	0	0	0,0	12	97,9	6,3	81,4	13,6	100,0	0,7	8,3	9,6	0,6	1,5	40,0	4,8
12. Ошмянский	0	0	6,4	9	99,0	2,7	99,6	0,8	100,0	0,7	10,4	6,0	1,1	0,5	71,4	1,6
13. Свислочский	0	0	0,0	1	98,3	4,5	92,8	10,4	58,6	11,2	13,9	2,4	0,8	1,0	60,0	2,8
14. Слонимский	0	0	6,5	8	99,8	1,8	98,9	1,6	100,0	0,7	16,6	1,2	0,4	4,0	40,0	4,8
15. Сморгонский	0	0	0,0	10	93,6	13,5	97,5	4,0	86,5	9,1	8,8	7,2	0,6	1,5	72,7	1,2
16. Щучинский	0	0	15,6	16	97,5	9,9	85,7	12,8	96,0	8,4	10,7	5,4	0,0	8,5	60,0	2,8
17. Гродно	0	0	4,6	15	95,2	12,6	98,4	2,4	98,4	7,7	13,0	3,0	0,2	7,5	57,9	3,6
Область	0		3,6		96,0		96,4		87,3		12,2		0,4		51,9	

Примечание. К — ранговый коэффициент.

Изменения, происходящие в системе здравоохранения Республики Беларусь в последнее десятилетие, придают особую актуальность вопросам повышения качества оказываемой акушерско-гинекологической помощи. Это определяет необходимость научного обоснования и использования в практике работы ЛПО стандартов и критериев и формализованной базы для оценки их качества [1, 5, 7, 11, 13].

Результаты анализа проблемы качества лечебно-диагностической акушерско-гинекологической помощи населению показывают, что до настоящего времени отсутствуют общепринятые стандартные подходы к решению данной проблемы на уровне ЛПО. Нет и единых подходов к экспертной оценке и анализу качества медицинской помощи территориальных ЛПО на высших уровнях здравоохранения [2—4, 10].

В управленческом цикле анализ результатов деятельности предшествует планированию и служит как для оценки сложившегося положения, так и собственных возможностей. Кроме того, он позволяет определить причины отклонений в выполнении планов. Завершающий управленческий цикл анализа деятельности следует за заключительным контролем и служит для оценки достижений. В этом смысле ретроспективный анализ показателей деятельности ЛПО региона в некоторой временной ретроспективе может считаться эталонным и дает возможность реально оценить эффективность применяемых в регионе перинатальных технологий [1, 12].

Основными направлениями оценки качества медицинской помощи, традиционно используемыми в медицинской практике, являются структура, процесс и исходы [11].

В настоящее время оценка исхода как показателя качества медицинской помощи особенно привлекает внимание исследователей, поскольку она отражает основную задачу медицинского обслужи-

вания — оказать помощь больному [6, 9, 12].

Применительно к акушерско-гинекологической службе исход качества оказания медицинской помощи описывает перинатальную заболеваемость и ПС, результат оказанной помощи в отношении состояния здоровья беременной, родильницы, роженца или новорожденного [10]. Поэтому разработанный, апробированный и внедренный метод ранговой оценки деятельности акушерско-гинекологической службы является одним из путей решения проблемы по оптимизации перинатальной помощи и улучшению основных акушерско-гинекологических показателей.

Разработанный метод основан на системной и комплексной оценке показателей деятельности акушерско-гинекологической службы и выявлении их взаимосвязей, что дает возможность значительно унифицировать подходы к анализу деятельности территориальных ЛПО уровня первичной медико-санитарной помощи, своевременно реагировать на изменения ситуации в службе родовспоможения и осуществлять мероприятия по улучшению ее деятельности, а также по совершенствованию оказания перинатальной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритмы анализа эффективности акушерской и перинатальной служб в лечебно-профилактических учреждениях республики: Метод. рекомендации / Харкевич О. Н., Лискович В. А., Шишко Г. А. и др. — Минск, 2000.
2. Анищенко Е. Ф. // Главврач. — 2003. — № 2. — С. 13—17.
3. Васильева Т. П., Посисеева Л. В. Охрана здоровья беременных на территориальном уровне (медико-социальные аспекты). — Иваново, 2000.
4. Вальков А. И. // Пробл. управл. здравоохран. — 2002. — № 5. — С. 5—7.
5. Кагирова Г. В. Организационные технологии перинатального акушерства и их эффективность. — М., 1997.
6. Кулаков В. И., Фролова О. Г., Токова В. З. // Акуш. и гин. — 2004. — № 2. — С. 3—5.
7. Лискович В. А., Наумов И. А., Часнойть Р. А. Стандартизация медицинских технологий в акушерско-гинекологической практике. — Гродно, 2004.

8. Лучко С. А., Шилко А. Н. // Здоровоохранение (Минск). — 2004. — № 6. — С. 45–59.
9. Мовчан К. А., Глушанко В. С., Плиш А. В. Методики расчетов эффективности медицинских технологий в здравоохранении: Инструкция по применению. Регистр. № 159-1203: Утв. МЗ РБ 31.12.2003 г. — Минск, 2003.
10. Пенжоян Г. А. // Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истории мед. — 2003. — № 3. — С. 37–39.
11. Скляр М. С., Лайковская Е. Э., Путилова Л. В. // Пробл. стандартиз. в здравоохр. — 2003. — № 1. — С. 92–93.
12. Филимончикова И. Д. // Экономика здравоохр. — 2004. — № 1. — С. 20–23.
13. Часнойть Р. А., Харкевич О. Н., Лискович В. А., Наумов И. А. // Труды Гроднен. гос. мед. ун-та (к 45-летию ун-та) / Под ред. С. М. Зиматкина. — Гродно, 2003. — С. 244–246.
14. Jick H., Rodriguez L. A. G., Perez-Gutthann S. // Lancet. — 1998. — Vol. 352. — P. 1767–1770.

Поступила 25.05.09

Из опыта организатора здравоохранения

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011
УДК 614.2:616-08-039.57(470.324)

В. О. Щепин¹, М. В. Иванов², О. В. Миргородская¹

РАЗВИТИЕ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

¹Национальный НИИ общественного здоровья РАМН; ²МУЗ ГКБСМП № 10, Воронеж

Для дальнейшего развития и совершенствования первичной медико-санитарной помощи, повышения ее доступности в Воронежской области необходима активизация внедрения института общей врачебной практики, что требует создания новых рабочих мест для врачей общей практики (семейных врачей), оснащения их необходимыми аппаратурой и оборудованием с усилением контроля за их рациональным использованием, совершенствования финансирования и оплаты труда первичного звена, усиления мотивации к улучшению конечных результатов труда и профилактической направленности деятельности.

Ключевые слова: *служба общей врачебной практики, нормативно-правовая база, материально-техническое обеспечение, организационные модели, укомплектованность врачебных участков, автоматизированное рабочее место врача общей практики*

FROM THE EXPERIENCE OF DEVELOPMENT OF GENERAL MEDICAL PRACTICE IN HEALTH SYSTEM OF VORONEJSKAYA OBLAST

V.O. Schepin, M.V. Ivanov, O.V. Mirgorodskaya

The promotion of general medical practice is needed to further developing and enhancing of primary medical sanitary care and increasing its availability in Voronejskaya oblast. This approach demands new jobs creation for general practitioners and fitting them out with necessary equipment and facilities under enhanced control of its rational application. The same importance has the improvement of financing, remuneration of labor in primary health care system, stimulation of positive resulting effect motivation, overall preventive trend in medical care.

Key words: *general medical practice, normative legal base, organizational model, qualified medical personnel, general practitioner working place*

Одним из ключевых вопросов проведения реформы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) стал поэтапный переход на ее организацию по принципу врача общей практики — ВОП (семейного врача — СВ), который был регламентирован приказом Минздрава РФ от 26.08.1992 г. № 237.

Процесс реформирования здравоохранения в каждом регионе имеет свои особенности. Развитие и совершенствование службы общей врачебной практики (ОВП) является приоритетным направлением государственной политики Воронежской области в сфере здравоохранения с целью повышения доступности и качества медицинской помощи с одновременной оптимизацией финансовых, материально-технических и кадровых ресурсов.

За период 1999—2009 гг. для учреждений здра-

воохранения Воронежской области на кафедре общей врачебной практики (семейной медицины) ИПМО ВГМА им. Н. Н. Бурденко подготовлено 787 ВОП (СВ), из которых 540 работают по специальности (табл. 1) [1].

Первоначально темпы подготовки ВОП были невысокими, что связано с отсутствием нормативной правовой базы ОВП на федеральном и областном уровне и оснащения. С 2003 г. с изданием ряда нормативных правовых документов, способствующих реализации принципов семейной медицины на территории Воронежской области, укреплением материально-технической базы здравоохранения число подготовленных ВОП стало расти и в 2007 г. достигло максимального уровня — 206 ВОП. Расширился и географический ареал подготовки ВОП, включая врачей первичного звена всех без исключения муниципальных образований.

Наибольшее количество ВОП подготовлено в следующих районах: Лискинском — 40, Новоусманском — 31, Бутурлиновском — 26, Бобровском — 24, Россошанском — 23, Новохоперском — 22,

В. И. Щепин — чл.-кор. РАМН, д-р мед. наук, проф., зам. дир. (8-495-947-92-75); М. В. Иванов — гл. врач (8-4732-77-18-17); О. В. Миргородская — науч. сотр. (8-495-917-12-60).

Динамика числа ВОП, подготовленных в Воронежской области в 1999—2009 гг.

Учреждения	1999—2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Всего
ЛПУ Воронежа	11	15	17	22	29	33	137	69	47	380
ЦРБ	9	3	28	32	34	140	69	51	6	372
Другие учреждения					2	2			6	35
Всего	20	18	45	54	65	175	206	120	59	787

Калачеевском — 21, Семилукском — 19, а также в ЛПУ: в МУЗ ГП № 7 — 82, МУЗ ГП № 4 — 55, МУЗ ГП № 3 — 31. В настоящее время проходят обучение по специальности ОВП еще 48 врачей: 14 из ЦРБ и 34 из Воронежа.

Вместе с тем отмечено значительное несоответствие между количеством подготовленных ВОП и работающих в должности ВОП. Основной причиной этого в большинстве случаев является недостаточное материально-техническое обеспечение ЛПУ, которое не позволяет осуществить лицензирование этих ЛПУ на данный вид деятельности.

Всего не работают по специальности 247 врачей, из них в районах области — 96. Так, в Бутурлиновском районе 8 ВОП работают в должности участкового терапевта, 10 — по другим специальностям, в Лискинском районе 8 ВОП работают по другим специальностям, в Калачеевском — 2 врача в должности участкового терапевта, 5 — по другим специальностям, в Каменском районе 4 подготовленных специалиста работают по другим специальностям. В Воронеже зарегистрировано 138 подготовленных ВОП, которые не работают по специальности, из них 47 ВОП уволены и не работают, 6 человек умерли, 46 занимают должности заведующих отделениями, заместителей главного врача, 19 являются сотрудниками кафедр ИПМО ВГМА им. Н. Н. Бурденко и ГУЗ Поликлиника ЮВЖД, 11 человек — в декретном отпуске.

Между тем штатные должности ВОП введены во всех ЛПУ области. В Воронеже имеется 273 ставки штатных должностей ВОП, из них занято 270,75, работает физических лиц — 242; в районах — 341,75 ставки штатных должностей ВОП, занято — 310,25, работает физических лиц — 276. Таким образом, укомплектованность кадрами ВОП (СВ) в Воронеже на конец 2009 г. составляла 99,2%, в районах области — 90,78%, в целом по Воронежской области — 94,5%.

Наибольшее количество ВОП в Воронежской области работали в Лискинском районе (30), Новоусманском (24), Россошанском (21), Новохоперском (17), Бобровском (14), Острогжском, Семилукском, Калачеевском (по 13), Грибановском (12), Эртильском (9). В Воронеже в МУЗ ГП № 7 работали 57 ВОП, в МУЗ ГП № 4 — 38, в МУЗ ГП № 3 — 27, в МУЗ ГП № 10 поликлиника № 6 — 20, в МУЗ ГП № 8 — 16 человек.

Меньше всего ВОП работали в Нижнедевицком, Репьевском районах — по 2 ВОП, Ольховатском, Петропавловском, Терновском, Поворинском районах — по 3; в Воронеже в МУЗ ГБ № 14 и № 4, МУЗ ГП № 18 и № 22 — по 2 ВОП, в МУЗ ГП № 19, МУЗ ГБ № 16 поликлиника № 14 — по 3.

В 2009 г. стаж работы по специальности ВОП (СВ) колебался от 6 мес до 11 лет. Квалификационную категорию по специальности ОВП (СМ) имели всего 177 (34,2%) ВОП, из них в Воронеже —

81 (33,5%) ВОП, в том числе 15 (18,5%) человек — высшую категорию, 59 (72,8%) — первую, 7 (8,6%) — вторую. В районах Воронежской области имели категорию 96 (34,8%) врачей, из них 8 (8,3%) врачей — высшую, 60 (62,5%) — первую, 28 (29,2%) — вторую. Следует отметить, что в некоторых ЛПУ большинство ВОП не имели квалификационной категории.

В 2008 г. в Воронежской области на долю подготовленных и работающих ВОП (СВ) приходилось 29,1% от всех работающих ВОП Центрального ФО. По этому показателю область занимает 3-е место в Российской Федерации после Республики Татарстан (864 работающих ВОП) и Самарской области (807 работающих ВОП [2]). Доля работающих ВОП от числа всех врачей в Воронежской области составляет 4,9%, тогда как в Центральном ФО и в России в целом — 1,0 и 1,3% соответственно. В то же время следует обратить внимание на долю работающих ВОП от числа врачей первичного звена. В ЛПУ районов области в 2009 г. этот показатель варьировал в пределах 25—94% ВОП от числа врачей первичного звена, в Воронеже — от 18 до 96%.

Обеспеченность ВОП в 2008 г. в Воронежской области составила 2,25 на 10 тыс. населения (в 2007 г. — 1,7), в Центральном ФО — 1,47, в Российской Федерации в среднем — 0,56.

Областными образовательными учреждениями среднего профессионального образования за 1999—2009 гг. подготовлено 1250 медицинских сестер общей практики (МСОП). Из них на конец 2009 г. работали 888 человек: 544 — в офисах ВОП районов области, 344 — в Воронеже; из подготовленных МСОП (СВ) 62 находились в декретном отпуске, работали медицинскими сестрами участковых терапевтов в районах области — 34, в Воронеже — 10.

Вместе с тем укомплектованность МСОП в Воронежской области в 2009 г. составила 95,8%, в районах области — 96,1%, в Воронеже — 95,4%, при выделенных ставках штатных должностей МСОП 1034,5 приходилось на Воронежскую область в целом, 587,5 — на районы области и 447,0 — на Воронеж соответственно.

В 2009 г. соотношение ВОП и МСОП по физическим лицам в ЛПУ Воронежа составляло 1:1,4 (в 2008 г. — 1:1,32); в районах области — 1:1,9 (в 2008 г. — 1:1,8), а в целом по Воронежской области — 1:1,7, что ниже соотношения ВОП и МСОП по физическим лицам 1:2, регламентированного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.03.2003 г. № 112 "О штатных нормативах центра, отделения общей врачебной (семейной) практики".

Несмотря на несоответствие приказу по соотношению числа ВОП и МСОП, в медицинские училища Воронежской области подали заявки на обу-

Районы Воронежской области

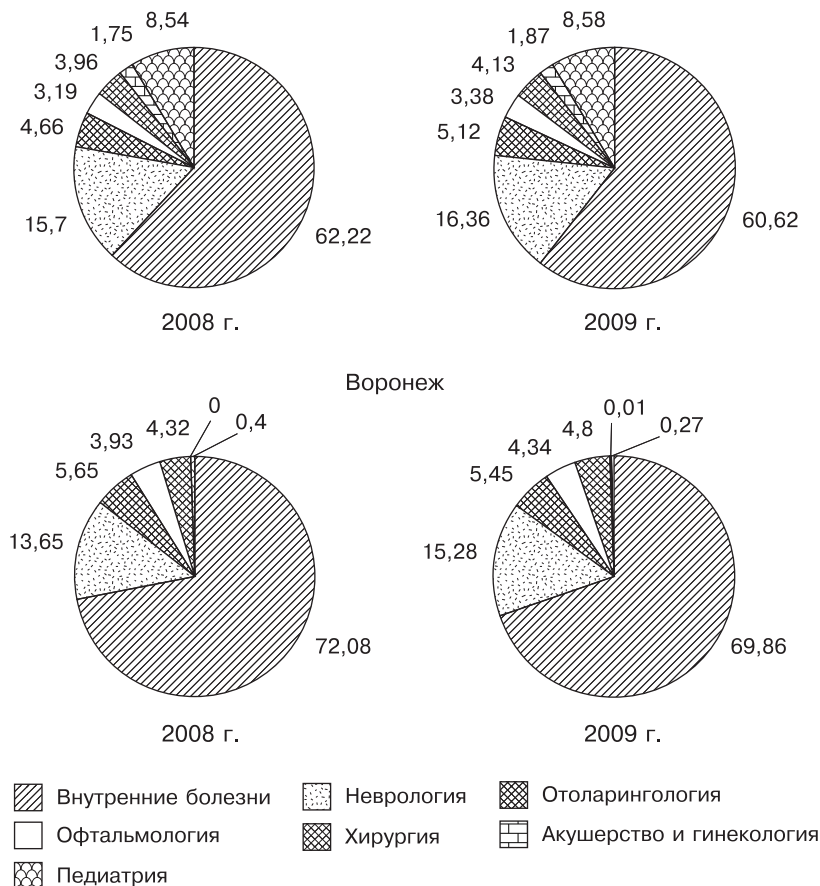


Рис. 1. Структура посещений ВОП (СВ) в распределении по причинам в Воронежской области в 2008—2009 гг. (в %).

чение по специальности "медицинская сестра ОВП" не все районы, что требует особого внимания в решении данного вопроса со стороны руководителей ЛПУ и органов управления здравоохранением.

В области развиваются различные организационные модели ОВП. На сегодняшний день на территории области функционирует 346 офисов/кабинетов ВОП (СВ) (в 2002 г. работало 7 офисов/кабинетов ВОП): из них в Воронеже — 79, в районах области — 267 офисов/кабинетов, развернутых на базе городских поликлиник, поликлинических отделений сельских участковых больниц, врачебных амбулаторий и организованных по типу групповой и монопрактики. Все кабинеты оснащены аппаратами для ЭКГ, тонометрами, ростометрами и весами, наборами инструментов для оказания первой врачебной офтальмологической, оториноларингологической и хирургической помощи. Вместе с тем материально-техническая база и оснащенность общих врачебных практик различаются. В части кабинетов имеются гинекологические кресла. Все кабинеты городских ВОП оснащены наборами хирургических инструментов для семейных врачей.

В 2009 г. в офисах/кабинетах ОВП в Воронежской области первичную медицинскую помощь получали около 25% населения региона, общая численность прикрепленного населения составляла более 350 тыс. человек.

Количество обслуживаемого населения в 2009 г. в Воронеже в среднем составляло 1676 человек на

одного ВОП, в районах — 1710 человек, в целом по Воронежской области — 1693 человека, при этом существуют участки, в которых на одного ВОП приходится до 2363 человек взрослого населения и до 2034 человек смешанного населения, что свидетельствует о необходимости мероприятий по разукрупнению обслуживаемых участков.

В 2009 г. детское население Воронежской области обслуживали 79 ВОП (СВ) (в 2008 г. — 75, в 2007 г. — 64, в 2006 г. — 43 соответственно), из них 13 врачей работали в участковых больницах и 69 — во врачебных амбулаториях. Сертификат по педиатрии имели 25 (31,6%) ВОП (СВ).

Создание и развитие ОВП во многом призвано решить проблемы обеспечения квалифицированным медицинским персоналом отдаленных и сельских районов. Проведенный анализ корреляции между долей сельского населения и числом работающих ВОП (СВ), а также между долей сельского населения и числом работающих МСОП на территории Воронежской области позволяет говорить о востребованности существующей ПМСП по принципу общей врачебной практики ($r_s = 0,562$, $p = 0,001$ и $r_s = 0,553$, $p = 0,001$ соответственно).

Перевод на дифференцированную систему оплаты труда с 2007 г. позволил повысить среднюю заработную плату ВОП (СВ) с учетом выплат в рамках приоритетного национального проекта "Здоровье", которая в 2009 г. в Воронежской области составляла 18 831 руб., в Воронеже — 16 569 руб., в районах области — 21 094 руб. Повышение заработной платы медицинским работникам первичного звена помогло улучшить ситуацию с их острой нехваткой. Благодаря проведению региональной кадровой политики количество работающих ВОП (СВ) в области возросло с 388 в 2007 г. до 540 в 2009 г. (на 39,2%), при этом число участковых врачей за этот же период неуклонно уменьшалось: с 517 в 2007 г. до 316 в 2009 г. (на 38,9%). Это привело к тому, что в Воронеже укомплектованность врачебных участков в 2009 г. составляла 92%, а в ряде районов области штаты участковых врачей-терапевтов были укомплектованы лишь на 40—50%. Одной из причин такой низкой укомплектованности штатов в большинстве районов Воронежской области является жилищный вопрос. В то же время вызывает тревогу наметившаяся в последние годы тенденция к разрушению системы специализированной помощи в связи с оттоком врачей узких специальностей в общеврачебную сеть. В результате укомплектованность первичного звена, в том числе специалистами узкого профиля, ежегодно падает.

Число посещений врачей всех специальностей в амбулаторно-поликлинических учреждениях Воронежской области в 2009 г. составило 9,5 на 1 жителя (9,4 посещения в 2008 г.), из них 62,2% — по поводу заболеваний. В Воронеже этот показатель остается на уровне 2008 г. и составляет 9,7 посещения, а в среднем по районам области он вырос с 7,3

посещения в 2008 г. до 7,5 в 2009 г. Самое низкое число посещений зарегистрировано в Поворинском (4,9) и Каширском (5,6) районах, наиболее высокое — в Эртильском (10,5) и Воробьевском (9,3) районах.

Анализ эффективности деятельности ВОП в Воронежской области показал, что доля посещений ВОП (СВ) за последние 3 года значительно выросла и в 2009 г. составила 13,2% (11,3% в 2008 г. и 6,9% в 2007 г.), тогда как терапевтов — снизилась с 17,7% в 2007 г. до 14,2% в 2008 г. и 12,6% в 2009 г.

В структуре ПМСП, оказываемой ВОП, по-прежнему преобладает терапевтическая помощь: доля посещений по причине внутренних болезней в Воронежской области в 2009 г. составила 65,2% (в 2008 г. — 67,2%).

При анализе данных об обращении населения к ВОП (СВ) в районах области (рис. 1) можно отметить положительную динамику: в сравнении с 2008 г. увеличилась доля медицинской помощи по узким специальностям и уменьшилась — по внутренним болезням (на 2,6%), составив 60,62% (62,22% в 2008 г.). Следует отметить, что наибольшее число посещений по поводу внутренних болезней было зарегистрировано в таких районах области, как Каменский — 81,63% от всех посещений ВОП (СВ), Верхнехавский — 73,95%, Подгоренский — 70,36%. Высокая обращаемость за помощью по узким специальностям в районах области объяснялась в основном числом обращений по неврологическим и педиатрическим причинам. Так, доля посещений неврологического плана увеличилась на 4,2% и составила 16,36%, педиатрического — на 0,5% и составила 8,58%, отоларингологического — на 9,9% (5,12%), офтальмологического — на 6,0% (3,38%), хирургического — на 4,3% (4,13%), акушерско-гинекологического — на 6,9% и составила 1,87%.

В структуре ПМСП, оказываемой ВОП в Воронеже, в 2009 г. доля посещений по поводу внутренних болезней в среднем оставалась высокой — 69,86%, а по некоторым офисам/кабинетам ОВП превышала 75% (МУЗ ГБ № 16 поликлиника № 16, МУЗ ГБ № 4). Таким образом, можно заключить, что ВОП (СВ) в городских поликлиниках как исполнял функции терапевта, так и исполняет. Тем не менее прослеживается положительная динамика: в сравнении с предыдущим годом процент обращений к ВОП (СВ) по поводу внутренних болезней снизился на 3,1 (72,08% в 2008 г.). Обращает на себя внимание низкая доля обращений педиатрического профиля — 0,27% (0,4% в 2008 г.) и акушерско-гинекологического — 0,01% (в 2008 г. обращений не было), что можно объяснить более высокой доступностью специалистов узкого профиля в ЛПУ на территории Воронежа. Вместе с тем число посещений неврологического профиля увеличилось на 11,9% и составило 15,28%, офтальмологического — на 10,4% (3,38%), хирургического — на 11,1% (4,13%), а число посещений отоларингологического профиля в 2009 г. уменьшилось по сравнению с предыдущим годом на 3,5% и составило 5,45%.

В 2009 г. в сопоставлении с предыдущим годом отмечена положительная динамика в отношении доли пациентов, направленных на консультацию к специалистам узкого профиля, что может быть связано с постепенным освоением узкоспециальных

практических навыков. В целом по области эта доля составила 10,2% (в 2008 г. — 10,3%), в среднем в районах области — 11,3% (12,2% в 2008 г.), при этом в Воронеже было зарегистрировано повышение процента направлений к специалистам узкого профиля с 8,3 (в 2008 г.) до 9,0 (в 2009 г.), что можно объяснить также более высокой доступностью специалистов узкого профиля в ЛПУ на территории Воронежа и, следовательно, тем, что к ВОП (СВ) обращались с более легкими случаями заболеваний (табл. 2).

Следует отметить, что процент пациентов, направленных ВОП (СВ) к специалистам узкого профиля, в Воронеже по всем специальностям значительно ниже такового в районах области, где он достигает 36,6% по отоларингологии (МУЗ Воробьевская ЦРБ), 41,3% по офтальмологии (МУЗ Борисоглебская ЦРБ), 57,2% по хирургии (МУЗ Воробьевская ЦРБ). Такие цифры дают основание говорить о необходимости направления ВОП (СВ) этих районов на циклы тематического усовершенствования по вышеуказанным специальностям для освоения и отработки практических навыков.

С целью систематического обучения в январе 2006 г. на базе ОКП в соответствии с приказом ГУЗ Воронежской области был создан Методический отдел врача общей практики, основными задачами которого являются практическая подготовка врачей и среднего медперсонала для офисов ОВП по 72-часовой программе тематического усовершенствования, контроль за работой ВОП (СВ), оснащение офисов, ведение учетно-отчетной документации, регистра ВОП и т. д.

В 2009 г. было уделено большое внимание совершенствованию организации работы ВОП. Методическим отделом проведены циклы тематического усовершенствования по узким специальностям "Неврологическая патология в практике семейного врача", "Болезни уха, горла и носа в практике семейного врача", "Офтальмологический больной в общей врачебной практике", "Акушерская помощь в общей врачебной практике", "Хирургический больной в практике семейного врача", "Сердечно-сосудистые заболевания в практике семейного врача", на которых прошел обучение 161 ВОП (СВ), а также 8 семинаров для врачей первичного звена, в которых участвовали 320 участковых терапевтов, ВОП (СВ), терапевтов, врачей скорой медицинской помощи. Также в 2009 г. центром организовано 7 выездов в районы Воронежской области с целью проверки организации деятельности офисов/кабинетов ОВП.

Таблица 2

Доля пациентов (в %), направленных ВОП (СВ) к специалистам, от общего числа пациентов, обратившихся к специалистам узкого профиля, в ЛПУ Воронежской области в 2008—2009 гг.

Специалист	Районы области		Воронеж	
	2008	2009	2008	2009
Невролог	10,8	9,4	6,6	7,1
Отоларинголог	15,7	14,3	8,4	9,7
Офтальмолог	22,2	21,4	13,4	14,3
Хирург	20,8	20,5	13,3	12,7
Акушер-гинеколог	24	23,7	1,2	0
Педиатр	10,5	8,9	0	0
Всего	12,2	11,3	8,3	9

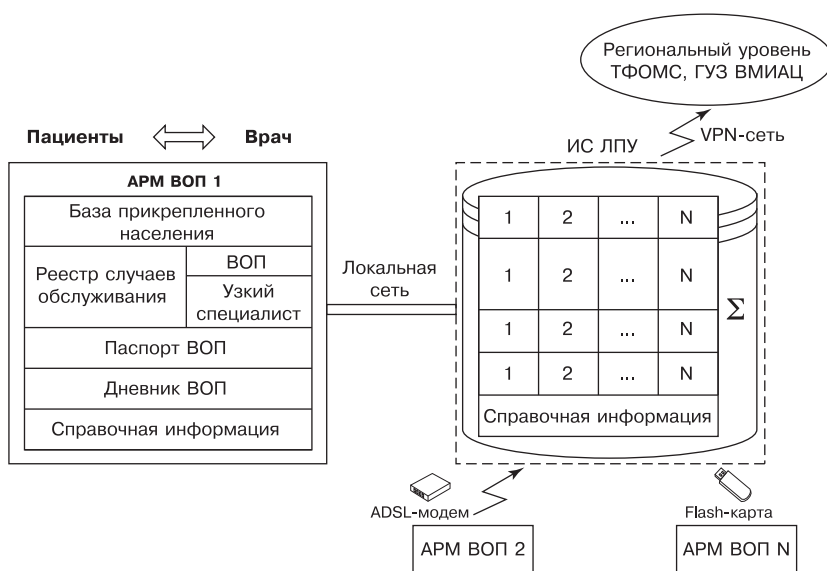


Рис. 2. Взаимодействие АРМ ВОП и информационной системы лечебно-профилактического учреждения "Взаиморасчеты".

В 2009 г. подготовлено 4 информационно-методических письма: "Герпетический энцефалит", "Орнитоз", "Лептоспироз", "Грипп, вызванный вирусом А/Н1N1: клиника, диагностика, лечение", предназначенных для врачей-инфекционистов, ВОП, педиатров, терапевтов.

Между тем на современном этапе эффективная работа ВОП невозможна без технической поддержки, в связи с чем в Воронежской области разработано автоматизированное рабочее место врача общей практики (АРМ ВОП), которое обеспечивает выполнение основных функций в соответствии с основными нормативно-правовыми актами Минздравсоцразвития Российской Федерации. Основным его преимуществом является то, что оно выполнено в виде подсистемы автоматизированной информационной системы ЛПУ, внедренной и используемой в Воронежской области практически во всех ЛПУ более 7 лет. Таким образом, АРМ ВОП имеет оперативный доступ ко всем базам данных ЛПУ, предусматривающим учет персонализированной информации о пациенте (рис. 2).

Кроме того, в области ведется строительство жилья для ВОП в сельской местности: в 2008 г. построено 28 домов для 33 медиков-выпускников на сумму 100 млн руб. С 2009 г. ведется строительство еще 25 домов на сумму 80 млн руб.

Внедрение и развитие ОВП в системе здравоохранения региона — это долговременный про-

цесс, требующий большого числа организационных мероприятий и структурных преобразований, значительных финансовых затрат, нормативно-правовой проработки.

Воронежская область является одним из субъектов Российской Федерации, где наиболее активно развивается и совершенствуется ПМСП по принципу ОВП, подготовлено и работает значительное число врачей и медицинских сестер ОВП, в постоянном режиме проводится повышение квалификации специалистов, в результате чего расширился объем оказываемой ВОП (СВ) медицинской помощи, снизилась нагрузка на специалистов узкого профиля.

С целью дальнейшего развития и совершенствования ПМСП, повышения ее доступности в Воронежской области и впредь необходима активизация внедрения института ОВП, что требует создания новых рабочих мест,

оснащения их необходимыми аппаратурой и оборудованием с усилением контроля за их рациональным использованием, совершенствования финансирования и оплаты труда первичного звена, усиления мотивации к улучшению конечных результатов труда и профилактической направленности деятельности. В то же время необходимо продолжать подготовку и переподготовку специалистов с высшим медицинским образованием по программе "врач общей практики" ("семейный врач"), переподготовку и повышение квалификации МСОП; использовать резерв обученных и неработающих по специальности врачей и средний медицинский персонал, привести количество прикрепленного к ВОП населения в соответствие с установленными нормативами (1500 человек взрослого и 1200 человек детского и взрослого населения на 1 штатную должность), а также постоянно проводить информационно-разъяснительную работу среди населения области относительно преимуществ ОВП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Итоги работы учреждений здравоохранения за 2009 год и первоочередные задачи на 2010 год (Аналитическая справка): — Воронеж, 2010.
2. Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения Российской Федерации (Статистические материалы). — М., 2009. — С. 76.

Поступила 28.09.10

Уважаемые читатели!

Приглашаем Вас посетить сайт «Издательства "Медицина"» в Интернете

Наш адрес:

www.medlit.ru

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В "ШКОЛЕ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА"

Ставропольская государственная медицинская академия

В статье рассмотрены результаты изучения влияния факторов риска (с учетом конкретных медико-социальных условий) для научно обоснованной разработки целевых мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний среди различных групп населения. Показано, что условия для ведения здорового образа жизни менее благоприятны среди лиц с низким социальным статусом, что связано в том числе с более низким уровнем образования. Высокий уровень образования, как правило, ассоциируется со здоровым образом жизни, что следует учитывать при планировании и организации мероприятий по профилактике заболеваний, включая сердечно-сосудистую патологию. На примере "школы профилактики ишемической болезни сердца" показана ключевая роль профилактического обучающего воздействия в улучшении и стабилизации здоровья пациентов с кардиоваскулярной патологией во время восстановительного периода. Повышение медицинской грамотности населения в отношении факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии является обязательной организационной основой для формирования здорового образа жизни и овладения методами самопомощи и самоконтроля в области сохранения и укрепления здоровья.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, фактор риска, профилактика, профилактическое обучение, самопомощь

FROM THE EXPERIENCE OF PATIENTS TRAINING IN PREVENTION AT "THE SCHOOL OF PREVENTION OF ISCHEMIC HEART DISEASE"

A.Sh. Galstian

The article deals with the results of studying the impact of risk factors in specific medical social conditions. The aim is to scientifically grounded develop the target measures preventing cardio-vascular diseases in various population groups. It is demonstrated that the conditions for healthy life-style are less favorable among people with lower social status which is related too with the lower level of education. As a rule the higher level of education is associated with healthy life-style which is to be considered in planning and organizing the activities relating to disease prevention, cardio-vascular pathology included. "The school of prevention of ischemic heart disease" is taken as an example to demonstrate the key role of preventive education impact in the amelioration and stabilization of health of patients with cardiovascular pathology during rehabilitation period. The increase of medical competence of population about the role of risk factors in development of cardiovascular pathology is an obligatory organizational ground in developing healthy life-style and mastering the methods of self-care and self-control in the area of preservation and promotion of health.

Key words: cardiovascular disease, risk factor, prevention, self-care

Концепция государственной демографической политики до 2025 г. направлена на преодоление медико-демографического кризиса, в том числе путем снижения общей смертности среди лиц трудоспособного возраста. Фокусное внимание уделено выявлению и снижению количества предотвратимых случаев смерти, в первую очередь по причине патологии сердечно-сосудистой системы [4, 5]. Поэтому активная профилактика этой патологии становится одной из приоритетных задач здравоохранения на перспективу. Ее решение требует постоянного учета потребностей и степени удовлетворенности качеством медицинских услуг у пациентов, страдающих различными формами сердечно-сосудистых заболеваний [1, 3]. Все более распространенной формой такого профилактического воздействия становятся коллективные реабилитационно-обучающие технологии по типу "школ здоровья".

На базе Ставропольского краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи с 2003 по 2009 г. на выборке объемом 118 пациентов с кардиоваскулярной патологией было проведено многоэтапное исследование результативности профилактического воздействия в восстановительном периоде в "школе профилактики ишемической болезни сердца" (далее школа — авт.). Использовались такие методы исследования,

как статистический метод, социологическое анкетирование, интервьюирование, метод выкопировки данных из первичной документации. Пациенты были распределены на четыре условные группы: 1-я группа — прошедшие хирургическую коррекцию; 2-я — получившие эндоваскулярное лечение; 3-я — леченные консервативно; 4-я — получившие консервативное лечение, но не включенные в школу (контроль). Гендерное распределение участников исследования — 86% мужчин и 14% женщин. Возрастной состав выборки колебался от 27 до 65 лет (средний возраст — 48 лет), при этом 68% пациентов были в возрасте 46—55 лет.

Уровень образования человека широко используется в качестве одного из показателей социального статуса и предположительно считается фактором риска опосредованного действия, который через поведенческие механизмы способствует и предрасполагает к неблагоприятным исходам многих хронических заболеваний [7, 9].

Исследования последних лет выявили взаимосвязь между социальным статусом и выраженностью наиболее распространенных факторов риска ишемической болезни сердца. Например, лица, занятые физическим трудом и с низким социальным статусом, больше курят, ведут пассивный образ жизни, чаще страдают от избыточного веса тела и повышенного артериального давления [9, 10]. В Российской Федерации тенденции в этом отношении другие. Так, по Москве распространенность

А. Ш. Галстян — соискатель каф. (achulya@rambler.ru).

ишемической болезни сердца среди служащих в 1,5 раза выше по сравнению с рабочими. Наиболее вероятное объяснение — низкая физическая активность и повышенная психоэмоциональная нагрузка, характерные для административной деятельности [2, 6, 8].

Анализ результатов исследования показал, что высшее образование имеют 43% пациентов, а среднее специальное — 38%.

Пациенты, посещавшие школу, прослушали цикл лекций профилактической целевой направленности, ознакомились с соответствующими демонстрационными наглядными и видеоматериалами, прошли практическое обучение навыкам само- и взаимопомощи.

Анализ выявил у пациентов 1, 2 и 3-й групп достоверное снижение числа приступов стенокардии (до 50, 65 и 14% соответственно). У пациентов 4-й группы достоверного снижения количества приступов не произошло. Артериальное давление стабилизировалось у 88% посещавших школу и только у 5% в контрольной группе.

Изучение влияния факторов риска с учетом конкретных медико-социальных условий востребовано практикой здравоохранения для обоснованной разработки целевых мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний среди различных групп населения. Условия для ведения здорового образа жизни менее благоприятные среди лиц с низким социальным статусом, что связано, в том числе, с более низким уровнем образования. Высокий уровень образования, как правило, ассоциируется со здоровым образом жизни, что следует учитывать при планировании и организации мероприятий по профилактике заболеваний,

включая сердечно-сосудистую патологию. На примере "школы профилактики ишемической болезни сердца" показана ключевая роль профилактического обучающего воздействия для улучшения и стабилизации здоровья пациентов с кардиоваскулярной патологией во время восстановительного периода.

Таким образом, повышение медицинской грамотности населения в отношении факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии является обязательной организационной основой для формирования здорового образа жизни и овладения методами самопомощи и самоконтроля в области сохранения и укрепления здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян Н. А., Чижов А. Я., Ким Т. А. // Экология человека. — 2003. — № 3. — С. 8.
2. Аронов Д. М., Ахмеджанов Н. М., Гутковская Л. А. и др. // Рос. кардиол. журн. — 2006. — № 3. — С. 34—40.
3. Бокерия Л. А. Заболеваемость и потребность в кардиохирургических методах лечения в аспекте эпидемиологического анализа / Ступаков И. Н., Самородская И. В. // Грудная и серд.-сосуд. хир. — 2006. — № 1. — С. 4—7.
4. Демографический ежегодник России 2008: статистический сборник. Официальное издание. — М., 2009.
5. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я. // Кардиоваск. тер. и проф. — 2002. — № 3. — С. 4—8.
6. Стародубов В. И., Ступаков И. Н., Самородская И. В. // Пробл. территориального здравоохранения. Сб. науч. тр. ЦНИИОИЗ. Вып. 2. — М., 2002. — С. 123—129.
7. Beryher M., Bobbett R., Carter W. et al. // Medical Care. — 1981. — Vol. 19. — P. 785—805.
8. Hennekens C. H. // Eur. Heart J. — 2000. — Vol. 21. — P. 1917—1921.
9. Galobardes B., Costanza M. C., Bernstein M. S. et al. // Am. J. Public. Health. — 2003. — Vol. 93. — N 8. — P. 1302—1309.
10. Kaplan G. H., Keil J. E. // Circulation. — 1993. — Vol. 88. — P. 1973—1998.

Поступила 22.06.10

За рубежом

© Н. Ф. КЛИМУШЕВА, Е. П. ЖИЛЯЕВА, 2011

УДК 614.2:616-089.843:061.14(100)

Н. Ф. Климушева¹, Е. П. Жилиева²

ВОПРОСЫ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ В ДОКУМЕНТАХ ВОЗ

¹Свердловская областная клиническая больница № 1; ²Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва

В статье рассмотрены вопросы деятельности ВОЗ в области решения задач нормативного регулирования трансплантологической медицинской помощи: разработка документации нормативного характера, проведение научно-практических дискуссий, анализ теории и практики трансплантации органов и тканей человека.

Ключевые слова: трансплантация органов и тканей, нормативное регулирование, документы ВОЗ

THE ISSUES OF NORMATIVE REGULATION OF ORGANS AND TISSUES TRANSPLANTATION IN WHO DOCUMENTS

N.F. Klimusheva, E.P. Jiliaeva

The article deals with the issues of WHO activities in the area of normative regulation of transplantological medical care. The focus is made on the elaboration of normative legal documentation, organization of theoretical and practical discussions, analysis of theory and practice of transplantology of human organs and tissues.

Key words: organs and tissues transplantation, normative regulation, documents, WHO

Вторая половина XX века характеризовалась интенсивным научно-техническим прогрессом во многих областях, в том числе в трансплантологии. Например, в 1950-х годах произведены первые успешные пересадки почки; в 1960-х — осуществлены первые пересадки печени, легкого, поджелудочной железы. В 1967 г. хирург К. Барнард провел первую в мире пересадку сердца [2]. Однако послеоперационная летальность в случаях пересадки органов была высокой, что поставило серьезные вопросы этического и медико-правового характера.

Учитывая растущую востребованность этого важного теоретического и практического направления в медицине, в феврале 1968 г. ВОЗ вступила в официальные отношения с Обществом трансплантологии (резолюция EB 41.R 44) [8] и продолжила тесное сотрудничество с Советом международных научных медицинских организаций, который в 1968 г. провел конференцию по вопросам трансплантации сердца. На ней обсуждались и критерии наступления смерти человека, основным из которых было признано "полное и необратимое прекращение функционирования мозга, исчезновение проявлений его электрической активности, а не остановка сердца и прекращение дыхания".

В мае 1970 г. 23-я сессия Всемирной Ассамблеи здравоохранения обратилась к Генеральному директору ВОЗ с просьбой провести изучение связанных со здравоохранением аспектов прав человека в свете научных и технологических достижений, в число которых входило и развитие трансплантологии (резолюция ВА3 23.41). Его результаты были обобщены и обсуждены на 55-й сессии Исполкома ВОЗ (1975 г.) [10].

В докладе были проанализированы многие аспекты медицинских исследований, проводимых на людях. Специальный раздел был посвящен различным видам трансплантации органов и тканей. В нем указывалось, что развитие трансплантологии связано с совершенствованием хирургического искусства и иммунотерапии, предотвращающей отторжение пересаженных тканей и органов, а также с решением ряда этических проблем.

Было отмечено, что хотя пересадка органов способна спасти жизни людей в сложных ситуациях, она представляет собой дорогостоящее медицинское вмешательство, требующее заботы о здоровье как реципиентов, так и доноров. Значительные трудности создает ограниченность количества трансплантатов по сравнению с существующей потребностью в них. Сложным является вопрос разработки критериев отбора пациентов для пересадки. Поскольку важнейшим критерием наступления смерти человека признается прекращение электрической активности мозга, то изъятие из тела органов и тканей для пересадки возможно только при этом условии.

Доклад получил одобрение на 55-й сессии Исполкома ВОЗ. В своей резолюции Исполком просил Генерального директора учесть высказанные замечания, передать этот доклад в ООН и продолжить изучение рассмотренных в нем вопросов в сотрудничестве с другими организациями системы

Н. Ф. Климушева — канд. мед. наук, зам. гл. врача (klimush-eva@okb1.ru); *Е. П. Жилева* — канд. филос. наук, вед. науч. сотр. (8-495-916-34-51).

ООН и с неправительственными организациями, в частности с Всемирной медицинской ассоциацией и Советом международных научных медицинских организаций (резолюция EB 55.R65) [9].

К концу 1980-х годов в мире было проведено свыше 120 тыс. пересадок почек, около 1000 — поджелудочной железы и более 2000 аллогенных трансплантаций печени [2]. Шире стали использоваться в клинических целях пересадку тканей и органов, извлеченных из трупов.

Вместе с тем дефицит трансплантатов привел к тому, что они начали становиться предметом коммерции и наживы. Всемирная медицинская ассоциация приняла Декларацию о трансплантации человеческих органов (1987), в которой выступила с призывом противостоять коммерциализации этой области медицины и запретить торговлю человеческими органами и тканями [1].

Серьезная озабоченность практикой торговли органами и тканями человека была выражена 40-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (май 1987 г.). В резолюции ВА3 40.13 указано, что торговля трансплантатами несовместима с понятиями основных человеческих ценностей, противоречит положениям Декларации ООН о правах человека и Уставу ВОЗ. Ассамблея одобрила принимаемые некоторыми государствами меры по разработке унифицированных законодательных инструментов для регулирования трансплантации органов. Генеральному директору ВОЗ было предложено изучить совместно с другими заинтересованными организациями возможность разработки соответствующих руководящих принципов трансплантации органов и тканей [3].

В 1989 г. Всемирная ассамблея здравоохранения отметила, что торговля человеческими органами продолжается, попирая основные этические принципы. Резолюция ВА3 42. 5 снова призвала государства — члены ВОЗ продолжать борьбу с этим уродливым явлением и рекомендовала "принять законодательство, запрещающее торговлю органами в тех случаях, когда это не может быть предотвращено с помощью других мер" [3].

К 1990-м годам в целом ряде стран (Алжир, Аргентина, Бельгия, Бразилия, Великобритания, Венесуэла, Индонезия, Канада, Колумбия, Мексика, США) были приняты нормативные правовые документы, осуждающие и запрещающие торговлю человеческими органами и тканями для трансплантации [4]. В Румынии, например, получение за плату согласия на проведение трансплантации органов признается серьезным правонарушением. В Дании сделки по приобретению органов и соучастие в них являются уголовным преступлением. Однако лишь редкие из нормативных правовых актов предусматривали конкретные санкции в отношении нарушителей этого запрета. В Италии закон № 644 от 2 декабря 1975 г. предусматривает тюремное заключение и штраф за получение денег или иных выгод за предоставление человеческих органов и тканей для трансплантации или согласия на него [4].

Сравнительная мягкость и нередко рекомендательный характер официальных документов, касающихся трансплантации, отсутствие в отдельных государствах национального законодательства в этой области и законодательно оформленного запрета на торговлю органами и тканями человека способствовали возникновению так называемого

медицинского трансплантационного туризма, т. е. поездок в другие страны с целью купли или продажи трансплантатов.

К началу 1990-х годов ВОЗ закончила разработку проекта Руководящих принципов по трансплантации человеческих органов, который был представлен и получил одобрение на обсуждение 44-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения [4].

Эти принципы определили правила получения и использования трансплантатов, изъятых из тел умерших или предоставленных живым донором, поведение профессионалов, этические нормы организации и осуществления трансплантации. Основное внимание было направлено на необходимость запрета использования органов и тканей человека в целях наживы, предотвращение торговли ими и принуждения к донорству. Подчеркивалась необходимость принятия специальных мер для защиты несовершеннолетних и недееспособных лиц.

Руководящие принципы предусматривали, что работникам здравоохранения не следует принимать участия в трансплантации, если трансплантаты для нее были получены нечестным путем, посредством принуждения или платы живому донору или родственникам умершего, а страховщики в этом случае не должны покрывать связанные с трансплантацией расходы. Всем учреждениям и специалистам, задействованным в процедурах трансплантации и получения для нее человеческих органов, должно быть запрещено взимать какую-либо плату, превышающую обоснованное установленное вознаграждение за соответствующие услуги. Правила распределения органов должны быть справедливыми, прозрачными, отвечающими этическим нормам и должны устанавливаться в странах специальными комитетами, сформированными надлежащим образом и достаточно представительными.

Всемирная ассамблея здравоохранения в резолюции ВА3 44.25 утвердила их и рекомендовала генеральному директору ВОЗ распространить Руководящие принципы среди всех заинтересованных сторон и периодически пересматривать их в соответствии с меняющейся ситуацией и получением новых научных данных [3]. Разработанные ВОЗ принципы трансплантации действительно оказали существенное влияние на развитие законодательства в этой области во многих государствах мира.

В 2003 г. ВОЗ провела в Мадриде консультационное совещание по этическим проблемам, доступности и безопасности трансплантации. Материалы мадридского совещания послужили основой для доклада, представленного генеральным директором ВОЗ в 2004 г. на 57-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. В этом докладе и в принятой резолюции ВОЗ наряду с аллогенной впервые уделила внимание ксеногенной трансплантации, т. е. пересадке клеток, тканей и органов людям от животных (рез. ВА3 57.18) [11].

Ксеногенную трансплантацию Всемирная ассамблея здравоохранения рекомендовала разрешать только при наличии эффективного контроля со стороны национальных органов здравоохранения. При этом был отмечен "риск, связанный с ксеногенной трансплантацией, передачей известных или пока еще нераспознанных ксеногенных инфекционных агентов от животных человеку и от реципиентов ксеногенных трансплантатов своему

ближайшему окружению и обществу в целом" [11]. Рекомендовано поддерживать международное сотрудничество и координацию в целях эпиднадзора за инфекциями, возникающими в результате ксеногенной трансплантации, а также их предупреждения.

Генеральному директору ВОЗ было предложено проводить сбор глобальных данных для оценки различных видов практики ксеногенной трансплантации и информировать государства — члены организации о случаях инфекций ксеногенного происхождения, "продолжить изучение и сбор данных во всем мире о практике, безопасности, качестве, эффективности и эпидемиологии аллогенной трансплантации, а также по вопросам этики, включая предоставление трансплантата живым донором, с тем чтобы внести коррективы в Руководящие принципы по трансплантации органов человека" [11].

Однако для подготовки обновленного варианта Руководящих принципов ВОЗ по трансплантации понадобилось еще 4 года. Все это время в мире ежегодно возрастало количество осуществляемых трансплантаций, ширилась потребность в трансплантатах и по-прежнему имели место случаи торговли ими.

ВОЗ продолжала проводить на уровне регионов и отдельных стран консультации с представителями науки и практики, специалистами по медицине и здравоохранению, по юридическим и этическим вопросам. Ряд международных совещаний был организован Обществом по трансплантации, много лет состоящим в официальных отношениях с ВОЗ, в том числе совещания по вопросам донорства человеческих органов, проходившие в Нидерландах (2004), Канаде (2005) и Турции (2008).

Совещание, проходившее в Стамбуле, было особенно представительным, на нем собрались правительственные деятели и видные ученые из разных стран мира.

Вновь суровому осуждению была подвергнута незаконная торговля человеческими органами, нарушающая принципы этики и справедливости, и высказано требование запретить эту антигуманную практику.

Усилиями ВОЗ была создана и в 2006 г. размещена в интернете Глобальная база знаний по трансплантации. Эта база включает 4 компонента, отвечающих основным аспектам трансплантологии: практика аллогенной трансплантации, ее юридические основы и организационные структуры, риски и бдительный надзор за безопасностью трансплантации и соблюдением этических норм, ксенотрансплантация. В эту базу входит учрежденная ВОЗ в сотрудничестве с Национальной организацией Испании по трансплантации Глобальная обсерватория по донорству и трансплантации, в которой собирается и обрабатывается разносторонняя информация, касающаяся трансплантации, в том числе данные о наличии и использовании трансплантатов [7]. База призвана оказывать поддержку странам в получении четкой и прозрачной информации, а также в организации контроля и менеджмента в этой области.

На основании результатов консультаций и совещаний Секретариатом был разработан и представлен 123-й сессии Исполкома ВОЗ в мае 2008 г., а затем 124-й сессии Исполкома ВОЗ в январе

2009 г. проект обновленных Руководящих принципов ВОЗ по трансплантации [5].

Обновленный вариант Руководящих принципов не претерпел коренных изменений, но позиция Организации была в нем уточнена в свете развития ситуации. Усилено внимание к обеспечению безопасности и высокого качества медицинской помощи, оказываемой как реципиенту, так и донору. Отмечена важность отслеживания отдаленных последствий трансплантации и большей открытости данных о ней. Эти положения составили содержание двух новых принципов, десятого и одиннадцатого, добавленных к девяти прежним.

Обновленные принципы охватывают теперь вопросы пересадки не только органов и тканей, но и клеток человека. Однако они не касаются вопросов ксенотрансплантации, хотя сбор и анализ информации по ней включен в функции учрежденной ВОЗ Глобальной базы знаний по трансплантации. И, наконец, в мае 2009 г. обновленные Руководящие принципы трансплантации получили одобрение на уровне Всемирной ассамблеи здравоохранения.

В докладе Секретариата ВОЗ, представленном 62-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2009 г. [6], намечены пути дальнейшего развития деятельности ВОЗ в области трансплантологии. Отмечена важность развития национальных систем мониторинга и контроля и проведения информационно-разъяснительных кампаний в области трансплантологии среди населения, чтобы создать соответствующее общественное мнение, осуждающее торговлю органами, тканями и клетками человека. В докладе поставлена задача ускорить разработку глобальной системы кодирования материала для трансплантации, особенно клеток и тканей. Такая система поможет отслеживать глобальную циркуляцию этих материалов, контролировать их передвижение и препятствовать торговле ими.

Разработка системы кодирования наряду с Глобальной базой знаний по трансплантации, выработкой и дальнейшим совершенствованием Руководящих принципов послужит важным вкладом ВОЗ в решение сложных проблем успешного развития трансплантологии. Материалы и рекомендации ВОЗ в области трансплантологии ценны тем, что они концентрируют достигнутое в результате дискуссий на данный период времени общее мнение ведущих экспертов и политиков мира по той или иной проблеме.

Деятельность ВОЗ в области трансплантологии всегда сосредотачивалась на ее правовых, организационных и социальных вопросах. Однако эти направления развивались неравномерно и существ-

венно активизировались лишь в последние годы, да и то не по всем аспектам. В частности, пока почти ничего не сделано в области ксенотрансплантации, проблемы которой становятся все более актуальными. Усиления требует и собственно научно-исследовательская работа в области трансплантологии.

62-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения (май 2009 г.) ВОЗ наметила в качестве определяющей перспективную тенденцию к усилению профилактического аспекта в решении проблем трансплантологии. Так, в докладе Секретариата ВОЗ Ассамблее подчеркнуто, что в первую очередь следует направлять усилия на профилактику заболеваний, лечение которых требует трансплантации [6]. Этому должно способствовать укрепление здоровья населения, развитие общественного здравоохранения, первичной медико-санитарной помощи, научных исследований и медицинского образования. Таков перспективный подход к решению проблем трансплантологии посредством усиления ее интеграции с другими важнейшими направлениями современного здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Декларация о трансплантации человеческих органов, ВМА, 1987. // Островская И. В. Медицинская этика: Сборник документов. — М., 2001. — С. 44—45.
2. Петровский Б. В., Белорусов О. С. // Деонтология в медицине. Т. 1: Общая деонтология. — М., 1988. — С. 206—237.
3. Сборник резолюций и решений Всемирной ассамблеи здравоохранения и Исполнительного комитета. Т. 3. 3-е изд. (1985—1992 гг.). XXXVIII и XLV сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, 75—90 сессии Исполнительного комитета. — Женева, 1993. — С. 67—68.
4. Трансплантация человеческих органов: Доклад Генерального директора. // ВОЗ. Сорок четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Женева, 6—16 мая 1991 г. Резолюции и решения, приложения. Прил. 6. — Женева, 1992. — С. 81—96.
5. Трансплантация человеческих органов и тканей. Документ EB 123/5 от 18 апреля 2008 г. — <http://www.who.int/en>
6. Трансплантация человеческих органов и тканей. Документ A62/15 от 26 марта 2009 г. — <http://www.who.int/en>
7. Global knowledge base on transplantology. — www.who.int/transplantation/knowledgebase/en/ от 22.05.2009 г.
8. Handbook of Resolutions and Decisions of the World Health Assembly and the Executive Board. Vol. 1, 1948—1972. — Geneva, 1973. — P. 553.
9. Handbook of Resolutions and Decisions of the World Health Assembly and the Executive Board. Vol. 11, 1973—1984. — Geneva, 1985. — P. 361.
10. Health Aspects of Human Rights with Special Reference to Developments in Biology and Medicine. — Geneva, 1976.
11. WHA 57.18. Human organ and tissue transplantation. // Fifty-Seventh World Health Assembly. Geneva, 17—22 May 2004. Resolutions and Decisions, Annexes. — Geneva, 2004. — P. 49—52.

Поступила 21.04.10

Характеристика распространенности ЗНО

Показатель	Навоийская область	МСО НГМК
Численность контингентов онкологических больных в 1992 г.	1959	642
Распространенность ЗНО в 1992 г., на 100 тыс. населения	217,7	882,2
Численность контингентов онкологических больных в 2004 г.	3176	702
Распространенность ЗНО в 2004 г., на 100 тыс. населения	398,0	1526,1

© И. Ю. КУДРЯВЦЕВ, 2011

© Д. А. БУДКО, 2010

УДК 61:32]:93

Д. А. Будко

Л. Д. ТРОЦКИЙ — "Н. И. ПИРОГОВ ...КРЕПКО УМНЫЙ РУССКИЙ ЧЕЛОВЕК"

Военно-медицинский музей МО Российской Федерации, Санкт-Петербург

Статья посвящена анализу восприятия общественно-политической деятельности великого русского хирурга Николая Ивановича Пирогова революционером и мыслителем Львом Давидовичем Троцким. Долгое время точка зрения Л. Д. Троцкого в силу различных причин игнорировалась отечественными пирогововедами, однако для исследования жизненного пути великого хирурга она представляет интерес.

Ключевые слова: Пирогов, Троцкий, предубеждение, воспитание, убежденность

L.D. TROTSKY: "N.I. PIROGOV IS A STRONG MINDED RUSSIAN PERSON"

D.A. Budko

The article deals with the analysis how the revolutionary and thinker L.D. Trotsky perceived the public and political activities of the prominent Russian surgeon N.I. Pirogov. For a long time, due to different reasons, the point of view of L.D. Trotsky was ignored by the national historians of medicine. However, it has a serious interest for the investigation of course of life of the prominent surgeon.

Key words: Pirogov, Trotsky, prejudice, education, conviction

1913 г. относится к периоду второй эмиграции Льва Давидовича Троцкого — 26(7).10(11).1879—21.08.1940. В то время он активно сотрудничал со многими русскими демократическими печатными изданиями, в частности с газетой "Киевская мысль". Вот что писал о ней сам Троцкий в "Моей жизни": «"Киевская мысль" была самой распространенной на юге радикальной газетой с марксистской окраской... Я писал в газете на самые разнообразные темы. Небольшие статьи являлись нередко результатом большой предварительной работы. Разумеется, я не мог сказать в легальной непартийной газете всего, что я хотел сказать. Но я никогда не писал того, чего не хотел сказать». Широкий круг тем подразумевает как следствие широкий круг героев. В № 337 и 343 от 1913 г. упомянутой нами газеты одним из этих героев оказался великий русский хирург и общественный деятель Николай Иванович Пирогов (25.11.1810—5.12.1881). В это время Л. Д. Троцкий находился в Вене, а статья вышла, как и все остальные опубликованные им, в "Киевской мысли" под псевдонимом "Антид Ото"¹.

Как пишет В. И. Дедюлин, поводом для создания Л. Д. Троцким "политического портрета" Николая Ивановича Пирогова послужило появление в российской и эмигрантской прессе довольно частых упоминаний о нем со стороны представителей самых различных политических партий и группировок. Однако стоит предположить, что для Троцкого это все же не могло служить единственной и основной причиной. Если мы раскроем книгу "Политические силуэты", представляющую собой сборник статей, заметок Л. Д. Троцкого, в которых он проводит анализ взглядов, идей политических, революционных деятелей, радикально настроенных мыслителей и т. д., то заметим, что Пирогов, помещенный к тому же перед Герценом и Струве, очень резко выделяется на общем фоне.

В начале своей статьи Троцкий сообщает нам, что "реакционные эпохи всегда живут воспоминаниями. При ослабленной деятельности общественной воли всегда усиливается работа общественной памяти"². Пирогов, как он замечает, был извлечен "из полузабвения", и теперь его пытаются причислить то к октябристам, то к кадетам, то к Белинскому, Чернышевскому, Добролюбову. Основную задачу своей статьи автор видит в ответе на вопрос: к кому же принадлежит "действительный" Пирогов?

Однако, как не трудно заметить, Пирогова, несмотря на труды, посвященные политическим вопросам, несмотря на его общественную деятельность, и сегодня не относят, если так можно выразиться, к главным отечественным мыслителям XIX века. К тому же и сами его современники неоднозначно относились к его воззрениям. Так, в момент, когда возник вопрос о выдвижении Н. И. Пирогова на пост министра народного просвещения⁴, известный русский мыслитель Б. Н. Чичерин писал своему брату В. Н. Чичерину: "Я очень рад, если ни Титов, ни Пирогов не будут назначены в министры народного просвещения. Оба — хорошие люди, но оба на это место не годятся. Титов — тряпка, а Пирогов — фантазер. Человек, который наводит журнальную полемику о своих собственных мерах, не имеет понятия о власти, а власть теперь нужна"⁵.

Поэтому вопрос о том, почему Троцкий "выбрал" Пирогова, "изучил" его, все же является открытым. Тем не менее со своей стороны мы хотели бы утверждать, что, скорее всего, именно эта неоднозначная оценка современниками, нераспространенность и в то же время известность его учения, то, что он так и не приблизился ни к лагерю западников, ни к лагерю славянофилов, то, что он был прежде всего хирургом, известный эпизод с Гарибальди, позднее представленные некоторыми советскими авторами как неоспоримое доказательство радикальности и революционного настроения Пирогова вдохновили деятеля международного коммунистического революционного движения на написание этой статьи.

Пытаясь разобраться в хитросплетениях воззрений великого русского хирурга, Троцкий естественно не нейтрален, он рассматривает все прежде всего с радикальных, революционных позиций. При этом что Пирогов кажется ему слишком мягким,

он все же восхищается им. Первая же фраза, посвященная самому мыслителю, звучит так: "Первое, что о нем надо сказать, это то, что он крепко умный русский человек"⁶. Если бы Троцкий испытывал сильную неприязнь к взглядам Пирогова, то вряд ли он бы начинал свой анализ таким образом.

Стоит обратить внимание на наречие "крепко", употребленное с прилагательным "умный". Данное словосочетание можно прочитать не часто. Обычно говорят "очень умный". Но именно в этом "крепко" и заключается, на наш взгляд, его отношение к Пирогову.

Это начало статьи, если не считать краткого вступления, а, как известно, при прочтении и вообще при восприятии какой-либо информации лучше всего человек запоминает начало и конец, поэтому, несмотря на дальнейшую полемику и едкие замечания, Пирогов у Троцкого остается для нас довольно симпатичным персонажем. Первые пять абзацев характеризуют хирурга как личность исключительно здравомыслящую, свободную от националистических и шовинистических предрассудков. «И когда разные национальные публицисты и профессора новейшей формации ростом в локоть или полтора локтя начинают браться с Николаем Ивановичем, то тень Пирогова, любившего терпкие выражения, неизменно отвечает им словами гоголевской комедии: "Пошли вон, дураки!"», — с негодованием перед этими профессорами и восхищением перед Пироговым пишет Троцкий. Это действительно так. Пирогов не был космополитом, однако и "никогда не собирался закидывать Европу шапками или другими частями национального туалета"⁷. При этом ему также были чужды религиозные, национальные предрассудки, ибо подлинная причина предрассудков та, "которая производит несогласие, зависть и вражду между различными классами одного и того же народа: бедный класс завидует богатому; богатый презирает бедного; сильный — слабого; короче, причина в начале сословном, глубоко вкоренившемся в человеческое общество"⁸. Здесь уместно будет вспомнить и о том, что "в основу устава, выработанного учредителями Общества (Русское хирургическое общество. — *Примеч. автора*) и одобренного Пироговым, положен принцип свободного доступа в члены Общества для всех врачей, интересующихся хирургией, независимо от их национальности, местожительства и ученой степени..."⁹. Троцкий считает, что введение лозунгов типа "Россия для русских" происходит по следующей причине: "Замутить внутренние отношения в стране, классовую борьбу отравить и ослабить национальной враждой, запугать разоряющиеся средние классы призраком "жидовского, польского и чухонского засилья" — вот что означает для загнанной в тупик контрреволюции программа национализма"¹⁰.

Заметим, что статья о Пирогове, особенно упомянутые нами абзацы, написана очень эмоционально. Однако это не естественная, а четко продуманная эмоциональность, рассчитанная до каждой запятой и точки.

В дальнейшем, после вступительного панегирика, Л. Д. Троцкий начинает вскрывать и исследовать воззрения мыслителя, как сам Пирогов вскрывал острым тонким скальпелем и исследовал трупы.

Прежде всего в вину Пирогову ставится то, что он недостаточно решителен в вопросах воспитания будущего поколения. Троцкий, заметив, что точка зрения великого хирурга нова лишь для человека его круга в Николаевскую эпоху и что у него были великие предшественники Песталоцци, Гердер, Руссо, с удивлением пишет, что вместо того, чтобы развивать свои идеи, он, сделав шаг, стоит¹¹.

В самом деле, для радикально настроенного публициста, для революционера такая позиция не является приемлемой. К тому же, на наш взгляд, одна из идей этой статьи такова, что необходимо идти до конца, и, сказав "А", произнести вслед не только "Б", но и оставшиеся буквы. Сейчас мы не пытаемся рассмотреть взгляды самого Н. И. Пирогова и дать им какую-либо оценку. Это тема для отдельного исследования. Мы пытаемся проанализировать позицию Троцкого по отношению к взглядам Пирогова, понять его точку зрения.

При этом в начале XX века в одно время с Л. Д. Троцким в консервативных кругах существовала другая точка зрения. Н. И. Пирогов представлялся как радикальный реформатор.

Будко Д. А. — ст. хранитель фондов (315-53-58)

¹Троцкий Л. Д. Моя жизнь. — М., 1990. — Т. 1. — С. 262—263.

²Дедюлин В. И. // Из прошлого медицины. Н. И. Пирогов — ученый, человек, гражданин. — М., 1992. — С. 13.

³Троцкий Л. Д. Политические силуэты. — М., 1990. — С. 187—212.

⁴Хазанов А. Н. Естественные-научные взгляды Н. И. Пирогова. — Рига, 1986. — С. 72.

⁵Чичерин Б. Н. Воспоминания. Московский университет. — М., 1929. — С. 40.

⁶Троцкий Л. Д. Политические силуэты. — М., 1990. — С. 187—212.

⁷Там же.

⁸Пирогов Н. И. Собр. соч. — М., 1962. — Т. 8. — С. 63.

⁹Очерк деятельности русского хирургического общества Пирогова за 25 лет. — СПб., 1907. — С. 4.

¹⁰Троцкий Л. Д. Сочинения. — М.; Л., 1926. — Т. 4. — С. 443.

¹¹Троцкий Л. Д. Политические силуэты. — М., 1990. — С. 187—212.

В официальном издании, посвященном столетию Пирогова, в частности, говорилось: "Н. И. Пирогов стоит за прежнюю власть. ...Главнейший путь врачевания язв современной ему жизни, несмотря на произошедшее, Н. И. видит в дальнейших широких реформах. Необходимость их он обосновывает с глубокой уверенностью. Его программа для этой эпохи отличается широтой и содержательностью. Она... [остаётся] программой прогрессивных деятелей, которые не сбиваются в сторону провалений террора..."¹²

Скорее всего, такой полярности суждений относительно взглядов Пирогова способствовала некоторая слишком уж явная противоречивость его взглядов по основным моментам. Например, негодую по поводу индифферентности российского общества и ратую за реформы, которые необходимо проводить вовремя, великий русский хирург полагал, что это дело прежде всего царской власти¹³. Можно, конечно, сказать, что одно дело — умственные построения Пирогова, а другое — его реальная жизнь, однако не стоит и забывать, что очень часто воззрения формируются именно под воздействием жизненных факторов (вспомним Севастопольскую войну, являющую собой наиболее яркий пример его взаимоотношений с царским двором). Но тут возникает интересная ситуация: Пирогов писал о Севастопольской войне следующее: "Не хочу видеть моими глазами бесславия моей Родины, не хочу видеть Севастополь взятым, не хочу слышать, что его можно взять... Я люблю Россию, люблю честь Родины, а не чины; это врожденное, его из сердца не вырвешь и не переделаешь, а когда видишь перед глазами, как мало делается для отчины..., так поневоле хочешь уйти от зла, чтобы не быть, по крайней мере, бездейственным его свидетелем..."¹⁴. Любая война несет за собой разрушение, да и разгорается и длится она не по вине простого люда. Приведенная выше цитата из Пирогова демонстрирует нам его как истинного патриота своего Отечества. Л. Д. Троцкий в 1919 г. в статье, посвященной Колчаку, "Что нужно России?" пишет: "России нужен покой и мирный труд. Русскому народу нужно залечить тяжкие раны, которые нанесла ему война, вызванная царем и буржуазией"¹⁵. Пирогова к такому мнению привело отчаяние, у Троцкого — жизненная позиция. Однако при внимательном прочтении мы можем предположить, что эти мнения имеют определенное сходство. Это в свою очередь наводит нас на мысль, что Троцкого привлекла к Пирогову некая еле уловимая близость взглядов.

Порядок претит тем, кто хочет все изменить, а в Пирогове "крепко сидел внутренний чин порядка". Однако порядок этот был именно его внутренней составляющей и не имел никакого отношения ни к императору, ни к установленным правилам. И вот этот внутренний порядок вызывает, как это ни парадоксально, уважение у Троцкого. Впрочем, в статье «"Ты" и "Вы" в Красной Армии» (1922) он пишет о том, что «конечно, "ты" и "вы" — дело условное. Но в этой условности выражаются определенные человеческие отношения»¹⁶. Рассуждая об этом, он отстаивает то, что все-таки необходим некий стержень, порядок, на котором все основывается, без него никак нельзя.

Удивительно, что за всеми обвинениями в мягкости, государственности, уповании на власть, боязни конституции скрываются понимание и даже некоторая доля согласия автора статьи с его "жертвой". Доходит даже до того, что в словах: "Его политическое мышление было насквозь проникнуто духом просвещенного абсолютизма. Только вот сам абсолютизм был непросвещенный...", — сквозит не едкая ирония, а некое понимание, сочувствие. Скорее, Троцкому просто претит простоватая и наивная убежденность отечественных либералов второй половины XIX века в том, что "весь отечественный прогресс встанет на надежные рельсы, как только Пирогов и Кони займут министерские посты"¹⁷. Однако, как ни пытается Троцкий в дальнейшем продолжить описание отрицательных, с его точки зрения, элементов учения Пирогова, положительное всегда уравнивает.

¹²Николай Иванович Пирогов и его наследие. Пироговские съезды / Под ред. М. М. Гран, З. Г. Френкеля, А. И. Шингарева. — СПб., 1911. — С. 113.

¹³Современное значение педагогических идей Н. И. Пирогова. — СПб., 1911. — С. 40.

¹⁴Пирогов Н. И. Собр. соч. — М., 1961. — Т. 6. — С. 361.

¹⁵Троцкий Л. Д. Сочинения. — М., Л., 1926. — Т. 17. — С. 148.

¹⁶Там же. — Т. 21. — С. 58.

¹⁷Троцкий Л. Д. Политические силуэты. — М., 1990. — С. 187—212.

"Пирогов не раз с насмешкой и возмущением жалуется на охранительных доносчиков... которые изображали его то Прудомом, то Маратом, Поистине без достаточных оснований! Об отворачивании Пирогова к радикализму мы знаем. Но это только отрицательная характеристика его воззрений. Если же представить их в положительном программном виде, то получим ярко выраженный консерватизм государственника, лишь смягченный общими гуманитарными идеями... И тем не менее он все-таки был им опасен, этот консервативный государственный Пирогов". Создается впечатление, что автор статьи был готов смириться с мягкостью хирурга, хотя бы из-за того, что тот был чужд бюрократии.

Восприятие Пирогова Троцким было схоже со взглядами на Пирогова Б. Н. Чичерина. Только первый называл его не фанатизмом, а утопизмом: "Пирогов жил и умер политическим утопистом, несравненно более беспочвенным, чем его антагонист Добролюбов. Вернее сказать, утопизм его и заключался в крайней его умеренности, которая делала его гуманитарную программу политически беспредметной"¹⁸.

Вот здесь и проявляется новый мазок в портрете Пирогова-мыслителя. С этой точки зрения получается, что он одновременно был как сторонником, так и противником императорской власти, а окончательно склониться к одной из сторон мешает его нерешительность и чрезмерная осторожность. Может возникнуть впечатление, будто Троцкий действительно так представляет Пирогова. На наш взгляд, он, напротив, уверен, что подобные воззрения являются характерными и органичными для великого русского хирурга, и в данном случае вовсе не нерешительность им руководит, а твердая убежденность, что умеренность — лучшая панацея от всего. Ему импонирует то, что "по складу ума Пирогов был чистый эмпирик", однако то, что он "ищет всегда прислониться спиной к существующему, прочно отложившемуся"¹⁹, естественно не находит одобрения.

Приводя в отношении религии пример Толстого с фразой "Carthago delenda est" ("Карфаген должен быть разрушен"), Троцкий замечает, что и здесь Пирогов остается самим собой "как с государством, так и с церковью" (впрочем, и в университетском вопросе он консерватор). Он не трогает религию, оставляет ее народу. Причины этого Троцкому ясны и не одобряются им, но для него великий русский хирург тем не менее остается честным "с собою" человеком. Заметим здесь, что в статье "Водка, церковь и кинематограф" Троцкий высказывает мнение, схожее с мнением Пирогова. Конечно, первый в отличие от второго стремится уничтожить религию, однако приписывает ей схожие функции: если у Пирогова религия — сдерживающий фактор, то у Троцкого она, помимо сдерживания, несет в себе еще и рекреационную функцию, которую теперь берет на себя кинематограф: "Не нуждаясь в разветвленной иерархии, в парче и пр., кинематограф развертывает на белой простыне гораздо более захватывающую театральность, чем самая богатая, умудренная театральным опытом тысячелетий церковь, мечеть или синагога. В церкви показывают только одно "действие" и притом всегда одно и то же, из года в год, а кинематограф тут же, по соседству или через улицу, в те же дни и часы покажет и языческую пасху, и иудейскую, и христианскую, в их исторической преемственности и в их обрядовой подражательности. Кинематограф развлечет, просветит, поразит воображение образом и освободит от потребности переступать церковный порог. Кинематограф — великий конкурент не только кабака, но и церкви"²⁰.

В заключении статьи о Пирогове Троцкий пишет, что 50-летний юбилей работы великого хирурга в мае 1881 г. сплотил как его антагонистов, так и сторонников, но "разные стороны чувствовали в нем разное..." В итоге "приют" имя Пирогова нашло в общественно-врачебной организации, с либерально-демократическими тенденциями, в большей степени народническими.

Вместе с тем в данной статье главное для нас не то, что автор определился с идеологической принадлежностью Пирогова, а то, что он представил нам свою необычную точку зрения на наследие великого хирурга и общественного деятеля, которая, увы, на долгое время была забыта многими поколениями исследователей наследия Н. И. Пирогова.

Поступила 06.11.09

¹⁸Там же.

¹⁹Там же.

²⁰Троцкий Л. Д. Сочинения. — М., Л., 1927. — С. 26.

СТРАННОПРИИМНЫЙ ДОМ ГРАФА ШЕРЕМЕТЕВА — ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ (К 200-ЛЕТИЮ СО ДНЯ ОТКРЫТИЯ)

НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы

Статья посвящена 200-летию Странноприимного дома графа Шереметева. Приведены исторические данные о роде князей Черкасских, первых хозяев земли, так называемых "Черкасских огородов", на которых впоследствии Н. П. Шереметевым был построен Странноприимный дом. Отражена история Ксенинской церкви (1649 г.) и духовной жизни Странноприимного дома, описана история строительства этого здания. Рассказано об основных принципах частной благотворительности, разработанных и реализованных графом Н. П. Шереметевым, о попечителях и смотрителях Странноприимного дома, а также о его роли в развитии милосердия и благотворительности в Москве. Дан анализ деятельности Шереметевской больницы (1810—1918 гг.), ее вклада в развитие медицинской науки и практической деятельности, обучение врачей и студентов-медиков. Названы научные приоритеты Шереметевской больницы, показана научно-организационная роль ее главных врачей: С. М. Клейнера, А. Т. Тарасенкова, П. Н. Кильдюшевского, С. Е. Березовского, Я. В. Кира. Показана историческая преемственность профессиональной деятельности и принципов оказания медицинской помощи Шереметевской больницы и НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского.

Ключевые слова: история, Странноприимный дом, граф Н. П. Шереметев, Шереметевская больница, милосердие, благотворительность, НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского

THE ALMSHOUSE OF COUNT SCHEREMETIEV: THE PAST, THE PRESENT, THE FUTURE (TO THE BICENTENARY OF OPENING)

M.Sh. Hubutia, S.A. Kabanova

The article deals with the bicentenary of the almshouse of count . The historical data is presented concerning the family of princes Cherkassky, the first owners of land where later count Scheremetiev built the almshouse. The history of spiritual life of almshouse is reflected, the process of building is described. The basic principles of private alms-deed developed and implemented by count Scheremetiev are exposed. The history of relieving officers and wardens of almshouse and its role in the development of charity and alms-deed in Moscow is considered. The analysis of activities of Scheremetiev hospital from 1810 to 1918 is provided, focusing on its input into development of medical science and practical medicine. The role of head doctors S.M. Kleiner, A.T. Tarasenkov, P.N. Kildush-evsky, S.E. Berezovsky, Ya.V. Kir in the making and functioning of almshouse is emphasized. The historical continuity of professional activities and principles of medical care delivery in Scheremetiev hospital and Sklifosovsky Research Institute of acute care is demonstrated.

Key words: history, almshouse, count Scheremetiev, hospital, charity, alms-deed, Sklifosovsky

Все знают величественное подковообразное здание с колоннами на Сухаревской площади Садового кольца города Москвы. Оно давно стало одним из символов столицы и Московского здравоохранения, отождествляемого в сознании людей с Институтом скорой помощи им. Н. В. Склифосовского. Странноприимный дом — уникальнейший памятник духовности, культуры, искусства, милосердия и благотворительности.

Место, на котором был построен Странноприимный дом, имеет свою интересную историю. Земля эта, называвшаяся "Черкасскими огородами", начиналась за Сухаревой башней и граничила с Мещанской слободой (ныне проспект Мира), с другой стороны шла по линии Малой Садовой улицы, с севера граница шла по Грохольскому переулку. Она была подарена первым царем Михаилом Романовым своему двоюродному брату князю Ивану Борисовичу Черкасскому. Князья Черкасские были воеводами, наместниками, стольниками, отличались влиянием и богатством.

В 1649 г. на "огородной земле", принадлежавшей роду князей Черкасских, была построена церковь в память преподобной Ксении Миласской (V век), диаконисы, в миру Евсевии, тайно ушедшей из родительского дома, чтобы избежать предстоящего брака. Она поселилась в Милассе, построила храм во имя святого Стефана и основала там женский монастырь. При церкви преподобной Ксении была богадельня на 50 человек. В 1654 г. после "моровой язвы" в Москве церковь пришла не только в запустение, но и разрушилась, осталось "поросшее церковное место". В 1684 г. патриарх Иоаким дал князю Михаилу Яковлевичу Черкасскому разрешение построить на этом месте новый деревянный храм с богадельней во имя преподобной Ксении. Эта

церковь просуществовала до 1743 г. и по причине ветхости побудила вдовствующую княгиню Марию Юрьевну Черкасскую получить разрешение на строительство на этом месте новой церкви и богадельни. Новый храм Живоначальной Троицы продолжали называть Ксенинским.

В год начала строительства этой церкви дочь последнего князя Алексея Михайловича Черкасского (умер в 1722 г.) и Марии Юрьевны Черкасской Варвара Алексеевна Черкасская вышла замуж за графа Петра Борисовича Шереметева. В числе прочего приданого были и "Черкасские огороды". В 1751 г. у них родился сын — Николай Петрович Шереметев, основатель Странноприимного дома. Есть свидетельства, что еще в 1788 г., в год своей смерти, отец Н. П. Шереметева граф Петр Борисович Шереметев говорил о своем желании построить каменный госпиталь на "Черкасских огородах".

28 июня 1792 г. состоялась закладка этого здания, о чем свидетельствует найденная в 1954 г. при проведении реставрационных работ медная табличка с надписью. Первоначально строительство здания было начато по чертежам архитектора Елизвоя Назарова. В 1796 г. умер последний священник Ксениевского храма Иосиф Иванов, и в 1800 г. храм был упразднен по причине ветхости. Наиболее ценное церковное имущество направлено в домовое правление графа Н. П. Шереметева. После открытия Странноприимного дома и освещения построенного в нем храма Живоначальной Троицы это имущество было передано в новый храм. Место упраздненной Ксениевской церкви указывал большой деревянный крест. На месте этого креста с разрешения епархиального начальства в 1869 г. построена небольшая часовня-памятник из белого камня с нишей, крытая железом с золоченым крестом наверху, указывающая местонахождение Ксениевской церкви, построенной в 1743 г. Эта часовня-памятник не сохранилась, и первоначальное место нахождения Ксениевской церкви было утеряно.

В связи с празднованием 200-летия Странноприимного дома сотрудники Института скорой помощи им. Н. В. Склифо-

М. Ш. Хубутия — д-р мед. наук, проф., дир. (625-38-97);
С. А. Кабанова — д-р мед. наук, вед. науч. сотр. (kabanovasklif@mail.ru).

совского по архивным документам определили прежнее местонахождение Ксениевской церкви с целью установки там памятного знака для сохранения исторической памяти о духовных ценностях Странноприимного дома.

Во время строительства 23 февраля 1803 г., через 3 нед после рождения сына Дмитрия Николаевича Шереметева, которого царь Александр призвал наследником, умерла жена Николая Петровича Шереметева — графиня Прасковья Ивановна Ковалева-Жемчугова, бывшая крепостная актриса Шереметевых. После смерти жены Николай Петрович Шереметев привлек к строительству известного архитектора Джакомо Кваренги. В проект здания вносят существенные изменения, оно приобретает мемориальный характер и черты дворцового классицизма, назначением его становится помощь нуждающимся. В отделке здания приняли участие такие известные скульпторы и художники, как Гавриил Замараев, Доменико Скотти и др. В здании размещают богадельню и больницу, в центре здания — храм Живоначальной Троицы. Сегодня это действующая церковь Живоначальной Троицы с двумя приделами — Николая Чудотворца и Дмитрия Ростовского, освященная малым чином патриархом Алексием II.

В апреле 1803 г. Николай Петрович Шереметев представил на утверждение императору Александру I положение, штаты и суммы благотворительных средств, отпускаемых им на создание Странноприимного дома. В доме планировалось разместить богадельню на 100 человек обоего пола и всякого звания немощных и увечных, а также больницу на 50 человек для безденежного лечения бедных. 21 апреля доклад Шереметева был "высочайше" утвержден. Уже через 4 дня царь издал приказ о награждении Шереметева орденом Святого Владимира I степени. В 1804 г. в своем духовном завещании Н. П. Шереметев завещал всем своим наследникам принимать обязанности попечителя Странноприимного дома и исполнять "оное с истинным удовольствием", что в последующем и было выполнено. Первоначально открытие Странноприимного дома было намечено на 23 февраля 1809 г. — день памяти жены Н. П. Шереметева. Но 2 января 1809 г. скончался учредитель дома Н. П. Шереметев, поэтому открытие было отложено до 28 июня 1810 г. — дня его рождения.

Благотворительность бывает общественная и частная. Всегда считалось, что общественная благотворительность предпочтительнее частной прежде всего в силу ее постоянства, публичности благодарения, наличия значительных денежных средств, способных извлекать истинно нуждающихся из нищеты. Но оказывается, что и благотворительность частного человека может послужить образцом для благотворительности общественной. Примером такой частной благотворительности, стоящей на одном уровне с благотворительностью общественной, является деятельность Странноприимного дома графа Шереметева. Предназначая пожертвования в 2,5 млн, учредитель показывал этим свое намерение благотворить в широких размерах, в каких не всегда могут благотворить и целые общества. Пожертвования эти обеспечивались постоянным доходом с неприкосновенного денежного капитала и исключительно для этой цели определенного имущества, что делало их теоретически вечными и приближало к благотворительности общественной. Кроме того, Шереметев в своем завещании предоставляет право выбора главного смотрителя Странноприимного дома в дальнейшем дворянскому обществу Москвы. Он также делает управление дома коллегиальным путем создания совета. Он желает, чтобы действия этого совета были гласными за счет опубликования годичных отчетов, подлежащих общественному обсуждению. Наконец, он просит, чтобы состоящие при Странноприимном доме работники считались на действительной государственной службе, по окончании которой имели бы пенсионное обеспечение.

Кроме основных капиталов, выделенных на содержание богадельни и больницы, были еще другие виды так называемой общественной помощи: выдача бедных девиц замуж; помощь бедным семьям; восстановление ремесел обедневших ремесленников; пособия бедным больным, выписавшимся из больницы; жертвования церквям и монастырям; пособия для воспитания сирот; выкуп людей из тюрем, попавших туда за мелкие долги. Благотворительность для людей трудоспособных и социально активных, по каким-либо обстоятельствам впадающих во временную нужду и экономические затруднения, потерявших жилье или работу, требующих длительного лечения — предусматривала оказание им достойной и достаточной помощи, способной вернуть этих людей к прежней жизни, к возможности самим зарабатывать свой хлеб.

Первым смотрителем Странноприимного дома еще на стадии его строительства с 1803 г. был Алексей Федорович Малиновский, тайный советник, известный общественный деятель, писатель и искусствовед. Малиновский впервые высказал мнение о том, что в основу деятельности Странноприимного дома

должен быть положен принцип полной бесплатности. Он считал, что всякое доброе дело теряет свою цену, если за исполнение его берется хотя бы самая малая плата. Последующие смотрители Странноприимного дома были людьми весьма известными и уважаемыми в обществе: С. В. Шереметев, князь В. М. Шаховской, Л. Н. Верещагин, В. В. Илин, Борис Сергеевич Шереметев, А. П. Тучков. Все они в силу своих возможностей более века старались сохранить и это удивительное здание, и капиталы, и принципы благотворительности, завещанные Н. П. Шереметевым.

Большую роль сыграла Шереметевская больница, работая в качестве госпиталя, во время всех военных кампаний: война 1812 г. с Наполеоном, Русско-турецкая и Русско-японская войны, Первая мировая война. Среди главных врачей этой больницы были известные доктора того времени: Яков Вильгельмович Кир (1806—1838), Павел Николаевич Кильдюшевский (1851—1858), Алексей Терентьевич Тарасенков (1858—1873), Сергей Михайлович Клейнер (1880—1914). Они определили новые точки роста и развития этого учреждения, выдвинув его в число одного из лучших и известнейших не только в Москве, но и в России.

Я. В. Кир возглавлял больницу более 30 лет. Будучи врачом терапевтического профиля, он неустанно заботился о развитии хирургической деятельности, в том числе об оказании скорой медицинской помощи. Им были приобретены новейшие хирургические инструменты того времени, оборудован хирургический кабинет (прообраз операционной). Диапазон оперативных вмешательств постоянно расширялся. Я. В. Кир составил руководство для врачей и обслуживающего персонала, в котором предусмотрел перевод неизлечимо больных в богадельню и обязательное вскрытие умерших, введение лечебного питания, обязательных бань и ванн 3 раза в неделю, запрета курения, устройство вентиляции. В 1817 г. Шереметевская больница стала клинической базой Московской медико-хирургической академии, а позднее — базой медицинского факультета Московского университета. Студенты, выдержавшие теоретические экзамены на степень лекаря, в течение 3 мес занимались медицинской практикой под руководством опытных специалистов больницы, после чего им выдавались "удостоверения в их практических способностях".

Большую роль в совершенствовании клинической медицины и хирургии в Шереметевской больнице сыграл П. Н. Кильдюшевский, многие годы работавший оператором. Он выполнял различные акушерские, гинекологические и хирургические операции. Его усилиями Шереметевская больница стала одним из признанных центров клинической медицины России. Здесь нередко бывали на консультациях, консилиумах, операциях известные русские ученые-медики, такие как проф. В. А. Басов, впоследствии В. Ф. Снегирев и А. А. Бобров. Сохранились свидетельства о том, что в 40-х годах, бывая в Москве, Н. И. Пирогов не раз консультировал больных в Шереметевской больнице. Медицинский инспектор московских больниц, проф. А. И. Овер писал в своем рапорте, что больница Странноприимного дома графа Шереметева может быть причислена к числу наилучших больничных учреждений, что иногородние и даже иностранцы знают о существовании этой больницы.

Необычайно плодотворной была деятельность главного доктора больницы А. Т. Тарасенкова. Пожалуй, не было ни одной отрасли больничного дела, которой бы он не занимался. При нем была введена система записей в виде историй болезни, организовано рациональное питание больных, увеличены ассигнования на медикаменты, организована четкая работа аптеки, он позаботился об устройстве операционной и ее оборудовании. А. Т. Тарасенков приступил к созданию медицинской библиотеки, ввел систематические врачебные конференции, на которых обсуждались не только организационно-административные, но и научные вопросы, вызывавшие у врачей интерес к занятию наукой. В 1873 г. было открыто специальное "отделение для приходящих" — амбулатория, где специалисты вели приемы по всем наиболее важным отраслям медицины. Подобной бесплатной амбулатории не было тогда ни в одной из московских больниц. Наплыв больных был огромен: в 70—80-е годы врачи принимали почти по 200 человек в день.

Третий век на должности главного доктора проработал С. М. Клейнер. Этот период совпадает с введением в медицинскую практику антисептики и асептики. Потребовалось много труда, чтобы переоборудовать операционные, перевоспитать врачебный и обслуживающий персонал. При С. М. Клейнере впервые в Москве создаются предоперационная и отдельная перевязочная. Тогда же были организованы лаборатории для химических и микроскопических исследований, электролечебный кабинет, водолечебница. Статистические данные показывают, что в 1870—1880-х годах было всего около 30 операций в год, в последующие 10 лет — более 60. Начиная с 1901 г., когда должность оператора занял приват-доцент Сергей Елеазарович Бе-

резовский, ставший позднее главным врачом Странноприимного дома, ежегодно проводилось более 140 оперативных вмешательств, в 1909 г. — 185. Послеоперационная летальность составляла лишь около 5% — это неплохой показатель для того времени. Шереметевская больница стала одной из первых в России (а иногда и первой), где были выполнены сложные операции, такие как удаление матки по поводу рака (1870), чревосечение (овариотомия) (1884), удаление почки (1885) и прямой кишки (1886), надлобковое сечение мочевого пузыря (1886), резекция кишки (1888), эхинококкотомия на печени (1898), расчленение почки (1899), гастроэнтеростомия (1903), удаление опухоли головного мозга (1906), вскрытие нарыва легкого (1907). Делали здесь и аппендэктомии, резекции желудка, удаление зуба, резекции верхней челюсти, удаление камня из желчного пузыря. Важно подчеркнуть, что именно Шереметевская больница одной из первых выделила новую клиническую специальность — гинекологию. Именно здесь доктор А. Н. Соловьев в 1879 г. выполнил первое в России удаление матки по поводу рака. Специализированное гинекологическое отделение Шереметевской больницы заслуженно считалось тогда лучшим в Москве и поэтому использовалось для обучения не только студентов, но и врачей. Когда в 1887 г. в Москве проходил II съезд Общества русских врачей в память Пирогова, делегаты и многочисленные гости съезда по инициативе Н. В. Склифосовского посетили Шереметевскую больницу. Они детально познакомились с деятельностью всех отделений больницы и высоко оценили ее клинический уровень, качество диагностической и лечебной работы.

В 1910 г. праздновалось 100-летие со дня открытия Странноприимного дома. Были получены приветственные телеграммы от императора Николая II, председателя совета министров Петра Столыпина, известных медицинских обществ. На торжестве с почетителем Странноприимного дома графом Сергеем Дмитриевичем Шереметевым встретились митрополит Московский Владимир и великая княгиня Елизавета Федоровна.

Обзор деятельности Шереметевской больницы с момента ее создания до 1917 г. ясно указывает на то, что именно опыт организации неотложной медицинской помощи населению большого города, педагогическая работа со студентами и врачами, участие в лечении раненых, высокая хирургическая активность и многопрофильность явились тем фундаментом, на котором в дальнейшем широко развилась работа этого лечебного учреждения. И отнюдь не случайно именно Шереметевская больница была реорганизована в 1923 г. в Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского. Следует упомянуть, что уже в апреле 1918 г. богадельня была упразднена, а в июне 1918 г. ликвидировано и название "Странноприимный дом". Известный политический деятель В. Д. Бонч-Бруевич рассказывает в своих воспоминаниях, что В. И. Ленин в 1920 г. дал указание снести на Сухаревской площади рыночные лабазы, закрывавшие фасад больницы, а также помочь в ее благоустройстве и впредь бережно сохранять этот ценный памятник русской архитектуры. Первым главным врачом Шереметевской больницы, назначенным после Октябрьской революции, был хирург Григорий Михайлович Герштейн. Руководство станцией скорой помощи, организованной при Шереметевской больнице в октябре 1919 г., было возложено на доктора Владимира Петровича Поморцева — конструктора первой городской кареты скорой помощи. С 1922 г. станцией руководил Александр Сергеевич Пучков — талантливый ученый, организатор, в течение 30 лет развивавший и совершенствовавший ее работу. Ему принадлежит мировой приоритет в организации скорой медицинской помощи для внезапно заболевших на дому, создании специализированных бригад скорой помощи.

Достижения Института, его широкая популярность во многом обусловлены деятельностью известных ученых, талантливых хирургов, прекрасных организаторов. Наиболее яркий период истории Института связан с выдающимся хирургом Сергеем Сергеевичем Юдиным. Более четверти века его талант, эрудиция и кипучая энергия определяли основные черты развития единственного в своем роде учреждения по оказанию скорой медицинской помощи. Ему принадлежит идея создания музея медицины. Он утверждал, что хирургов надо воспитывать на примерах не только изысканно выполненных операций, но и

систематически развивать их вкус и требовательность на образцах высшего творчества. Возглавлял в Институте лабораторию трансплантации органов Владимир Петрович Демихов, первым в мире разработавший методы пересадки жизненно важных органов в эксперименте, а также их сохранения, оживления и подключения изолированных органов. Им предложена операция коронарно-маммарного анастомоза для реваскуляризации миокарда. В стенах Института работал ученый, первым в мире сделавший открытие, благодаря которому стало возможным развитие сердечно-сосудистой хирургии. Это проф. Сергей Сергеевич Брюхоненко и его автожектор, позволявший осуществлять искусственное кровообращение в организме.

В годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского сыграл большую роль в возвращении раненых в строй, продолжая оказывать необходимую медицинскую помощь жителям Москвы. В этом уникальном и удивительном здании Странноприимного дома работали не менее интересные и необыкновенные люди, продолжавшие своим трудом творить добро, возвращать людям жизнь и надежду. Институт им. Н. В. Склифосовского является одним из немногих научных учреждений страны, награжденных за свой труд высокими государственными наградами — орденом Ленина и орденом Трудового Красного Знамени.

Сегодня, почти 90 лет спустя, мы стараемся не только сохранить то, что получили из прошлого, мы растем и развиваемся, строим новые корпуса. Успешно развиваются новые научные направления исследований, в частности такое важное, как трансплантация органов и тканей, внедряются новые высокие медицинские технологии, подрастает молодая смена ученых и врачей. Удивительно, но каким-то необъяснимым образом продолжается самая тесная связь нашего коллектива со Странноприимным домом. Ее не разрушило даже и то, что более 10 лет это здание не было собственностью Института, но вновь вернулось к нам для выполнения своей основной задачи — помогать больным и страждущим. Даже принципы работы Института: бесплатная, общедоступная, квалифицированная медицинская помощь — во многом сходны с принятым 200 лет назад Уставом Странноприимного дома. У нас, как и в Шереметевской больнице, лечатся сегодня бедные и богатые, чиновники высокого ранга и бездомные, люди всех национальностей и вероисповеданий. Мы не только правопреемники Странноприимного дома, мы продолжатели его основных традиций, традиций милосердия и добра.

Сегодня очень быстро меняется жизнь, меняются люди, приходят новые понятия, уходят старые, но такие, как милосердие и благотворительность не только не утратили своего смысла и значения в XXI веке, но стали еще более востребованы. Странноприимный дом и сегодня остается счастливой подковой, подаренной нам предками. Их благородные деяния мы должны не только помнить и хранить в наших сердцах, но развивать и приумножать.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Владимирович Г. А., Тарасов М. М.* Институт имени Склифосовского. — М., 1959.
2. *Забелин И. Е.* История города Москвы. — М., 1905.
3. *Карамзин Н. М.* История Государства Российского. — СПб., 1815. — Т. 8.
4. *Летопись церкви Живоначальной Троицы, что в Странноприимном доме графа Шереметева в Москве.* Сост. дьякон Троицкой церкви А. Покровский. Издано М. И. Романовой. — М., 1897.
5. *Медицинский Отчет проф. А. И. Овера о Московских больницах гражданского ведомства.* — М., 1851.
6. *Странноприимный дом графа Шереметева в Москве 1810—1910 гг.* — М., 1910.
7. *Тарасенков А. Т.* Историческая записка о Странноприимном доме графа Шереметева к пятидесятилетию юбилею. — М., 1860.

Поступила 21.04.10

НАРОДНОЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЕ И ВЫХАЖИВАНИЕ РЕБЕНКА У ВАЙНАХОВ

Чеченский государственный университет, Грозный

Народное врачевание вайнахов еще в начале XX века часто представляло собой синтез рациональных и религиозно-магических методов, особенно в народном акушерстве и лечении детей. Некоторые из них, выдержав испытание временем, не потеряли своего медико-гигиенического значения. Однако многое в народном врачевании вайнахов, в частности обрядовая сторона, сегодня имеет лишь историческую ценность.

Ключевые слова: народная медицина вайнахов, охрана материнства и детства

THE TRADITIONAL OBSTETRICS, DELIVERY RITES AND NURSING OF CHILD IN VAINAKHS

Z.I. Yahyaeva, H. M. Bataev

The traditional healing in Vainakhs is a synthesis of rational and religious magic techniques, especially in traditional obstetrics and healing of children. Certain techniques successfully withstood the test of time and didn't lose their medical hygienic importance in nowadays. However, many positions in Vainakhs traditional healing, especially its rite aspects, have presently only a historical value.

Key words: traditional medicine, Vainakhs, obstetrics

В прошлом, при отсутствии квалифицированной медицинской помощи, обеспечение здоровья и благополучия новорожденного и матери в народно-медицинской практике горцев Северо-Восточного Кавказа во многом зависело от выполнения комплекса обрядов, связанных с рождением ребенка. Существование таких обычаев и обрядов еще в начале XX века определялось тем огромным значением, которое имело деторождение в горской семье. В соответствии с патриархальными традициями горского семейного быта особым предпочтением пользовалось мужское население.

Вера в способность человека с помощью сверхъестественных сил контролировать окружающий мир создала конкретные формы и методы магических обрядов, связанных с рождением ребенка. Этот комплекс у вайнахов (чеченцев и ингушей), как и у других народов Кавказа, был относительно несложным и состоял в основном из тесно связанных между собой обрядовых действий санитарного, лечебного и религиозно-магического характера. Основное его назначение состояло в содействии удачному исходу родов, обеспечении здоровья матери и ребенка.

Покровителем чадородия считалось "святылище овцы". В. Ф. Миллер высказал предположение, что этот культ специально женский, и что грубые глиняные изображения баранов, которые находили в капищах, были приношениями в честь покровителя женщин, надевавшихся таким образом стать матерями¹. Роль данного покровителя деторождения отмечал у чеченцев П. И. Головинский². Он указывал на наличие такого же покровителя у горных чеченцев, в частности у галгаевцев, под названием Ган-Эрд — галгаевские женщины просили его о даровании им сыновей³. Кроме того, у чеченцев имела покровительница замужних женщин — богиня Тушоли, у которой принято было просить детей.

Весь комплекс обрядов, связанных с рождением ребенка, состоял из 3 основных циклов, относящихся к беременности, собственно родам и послеродовому периоду. Каждый из этих циклов при общей главной функции имел свои частные цели. Большинство обрядов первого цикла, охватывающих весь период беременности, представляли собой запреты, регулирующие поведение женщины и оберегающие здоровье ребенка.

По народным поверьям, с момента зачатия ребенка каждый шаг будущей матери, ее поведение, физическое и психическое состояние оказывают непосредственное влияние на формирование его личностных качеств, благоприятно или отрицательно отражаются на родах. Многочисленные рекомендации и запреты относительно поведения беременной были, как правило, основаны на приемах предохранительной магии. Как показал анализ литературы, большинство из них встречались повсеместно,

З. И. Яхъяева — канд. мед. наук, ассистент каф.; Х. М. Батаев — д-р мед. наук, проф., зав. каф. (^b/s/h@mail.ru)

¹Миллер В. Ф. В горах Осетии. — М., 1887. — кн. 5. — с. 252.

²Головинский П. И. // Сборник сведений о Терской области. — Владикавказ, 1879. — Вып. 1. — С. 236—290.

³Там же. — С. 252.

у всех народов мира.

Горянка пыталась тщательно скрыть от окружающих свою беременность, чтобы ей не был нанесен вред. У русских подобное поведение объяснялось не столько естественным желанием женщины уединиться, сколько суеверным представлением о том, что осведомленность посторонних о предстоящих родах делает их тяжелее и продолжительнее. Многие запреты, регламентировавшие поведение беременной, безусловно, опирались на религиозно-магические представления народа и по существу были иррациональными, а подчас и вредными. Однако отдельные запреты не лишены здравого смысла. Например, ряд предостережений (ни с кем не ссориться, не отправляться одной куда-нибудь, не выходить ночью на улицу, не присутствовать на оплакивании умершего) можно объяснить желанием предохранить нервную систему женщины и будущего ребенка.

Роды у вайнахов, как и у многих народов Северного Кавказа, происходили в хлеву. По мнению информаторов, это обусловлено тем, что там было тепло. Вряд ли такой обычай можно объяснить только бедностью горского населения. Роды в хлеву отмечены также у русского населения Тверской и Новгородской губернии и у других народов мира⁴. По-видимому, это было связано, с одной стороны, с существовавшим понятием о "нечистоте" роженицы и необходимости ее изоляции, с другой — с обычаем избегания. По мнению М. Н. Косвена, изоляция роженицы — одно из проявлений экстерриториальности замужней женщины в доме мужа в период патрилокального брака⁵.

В случае, если женщина рожала в доме, роды происходили на полу. При этом место родов представляло собой настил из солом, покрытый сверху куском войлока.

Муж во время родов жены уходил из дому. Такой порядок существовал у всех народов Северного Кавказа — чеченцев, осетин, кабардинцев, черкесов-шапсугов, кумыков и др. Чаше всего роды принимала старшая невестка или же умудренная опытом соседка. Повивальных бабок приглашали обычно в случае тяжелых родов. Преимущественным правом при этом пользовались повитухи, сами имевшие достаточно много здоровых детей.

О роженице говорили, что "одной ногой она стоит на земле, а другой — в могиле". Это выражение отражало действительность: смерть женщины при родах была у чеченцев и ингушей довольно частым явлением. Лишенные какой-либо медицинской помощи горцы стремились помочь роженице в основном религиозно-магическими действиями, в которых преобладала магия родовспоможения. Окружающие должны были произносить добрые пожелания в адрес младенца и его матери, вызывая положительные эмоции у роженицы.

Народное акушерство располагало рядом методов родовспоможения. Женщина обычно рожала на коленях, опираясь руками о плечи одной из присутствующих, которая садилась перед ней. Для облегчения родов делали легкий массаж области пояс-

⁴Покровский Е. А. Физическое воспитание детей у разных народов, преимущественно России. — М., 1884. — С. 11.

⁵Косвен М. О. // Кавказ. этнограф. сборник. — 1955. — № 1. — С. 90.

ницы и живота, а также согревающий компресс, используя подогретый в горячей воде кусок войлока. Иногда к пояснице или животу прикладывали сухую шерсть.

Исследование указывает на то, что при неправильном положении плода повитухи выправляли его искусственным массажем с мылом (об этом свидетельствуют несколько фактов из народной медицины горцев). Для ускорения родов горцы иногда применяли и механические методы родовспоможения: например, роженица ложилась на войлочное одеяло, и женщины, взявшись за его концы, перекачивали ее из стороны в сторону. Кроме этого, роженицу заставляли тянуться, под спину ей подкладывали валик.

Вайнахи прибегали к различным средствам, призванным, по их убеждению, облегчить трудные роды. При этом самым распространенным способом у мусульман еще в начале XX века было написание амулета. Его полоскали в воде, пока не смоется изречение из Корана, написанное на бумаге, и эту воду давали пить роженице⁶.

Приведенные выше данные позволяют говорить о фактическом отсутствии рациональных методов родовспоможения в народном врачевании вайнахов. Несмотря на то что в родильной обрядности горцев наряду с магическими действиями можно увидеть определенный положительный опыт народной медицины (прежде всего приглашение на помощь к роженице опытных женщин, различного рода массажи, практиковавшиеся при родах), они нередко заканчивались трагически как для матери, так и для ребенка. Основываясь больше на суеверии и мистике, горцы считали главной причиной трудных родов порчу, исходящую от недоброжелателей. В связи с этим у них существовала целая серия магических способов для облегчения родов.

Одним из магических приемов родовспоможения было известное многим народам мира развязывание узлов: брали нитку в рост роженицы, завязывали на ней узлы, а затем развязывали их, приговаривая: "роди так же легко, как мы развязываем эти узлы". Как объясняет Д. Фрэнгер, этот метод исходил из того, что "согласно принципам гомеопатической, или раздражительной магии, физическое препятствие, представляемое узлом на веревке, создало бы соответствующее препятствие и в теле женщины, т. е. ребенок был бы связан в утробе и поэтому мать не могла родить его"⁷. Идентичным приемом являлось расплетание волос роженицы во время родов. С нее снимали все украшения, особенно кольца, браслеты, бусы, раскрывали в доме окна, двери, снимали с кастрюль крышки, отпирали замки, вешали замки с внутренней стороны комнаты и т. д. Широко распространенным обычаем, связанным с представлениями о магической силе различных предметов, является одевание роженицы в одежду женщины, родившей безболезненно или произведшей на свет близнецов и т. д.

Наиболее опасными в цикле событий, связанных с рождением и воспитанием детей, представлялись роды и послеродовой период, когда роженица с младенцем были "уязвимы" со стороны враждебно настроенных сил, духов, людей. В то же время женщина и ребенок считались сакрально нечистыми. Поэтому именно этот период требовал максимального внимания окружающих, применения усиленных оправдательных действий и табу, основанных преимущественно на принципах фетишизма и магии.

Женщина считалась сакрально нечистой в течение 40 дней, если рождалась девочка, и 120 дней — если рождался мальчик. Суеверия, связанные с этим периодом, имеют весьма сложную основу, в которой переплелись как утилитарные, главным образом лечебно-гигиенические, так и религиозно-магические представления. В течение отмеченного времени родильнице категорически запрещалось спать в одной постели с мужем. По сравнению с прочими запретами последний наиболее рациональный, ибо 40-дневный срок в родильной обрядности совпадал с пуэрпериальным периодом, необходимым для того, чтобы все органы женщины, измененные беременностью и родами, пришли в норму. Нам удалось выявить, что еще во второй половине XIX века у ингушей и чеченцев имелся специальный дом для родов, в котором женщина оставалась до 40 дней после родов (*ингуш. -женская "чилла"*). Подобных домов не было у других народов Кавказа.

Следует отметить, однако, и существование в XIX — начале XX века множества магических обрядов, призванных охранять женщину и ребенка. Для этого горцы, как и во время родов, прибегали к так называемым предохранительным мерам против козней различных духов. Так, из-за боязни сглаза доступ к новорожденному был ограничен. Однако это имело и вполне рациональный смысл, ибо в первое послеродовое время ребенок

нуждается в особом уходе, больше подвержен различного рода осложнениям и простудам, а родильница — и душевным травмам.

Особое отношение у горцев было к последу и пуповине. Во избежание дальнейшего бесплодия женщины с последом обращались очень осторожно, так как он считался двойником родившегося ребенка. Послед зарывали под порогом, в углу дома лицевой стороной вверх, чтобы у женщины могли еще родиться дети. Чеченцы и ингуши верили, что пуповина ребенка может оказать магическое влияние на его дальнейшую жизнь, поэтому с ней также был связан целый ряд поверий и магических действий, ее заворачивали в ткань и хранили в посуде.

Мусульманский ритуал обрезания мальчика, совершаемый по достижении им 3-летнего возраста, предполагал тщательное хранение отпавшей части плоти после обряда. Поверья и обычаи, связанные с нею, были такими же, как с последом и пуповиной, и имели для чеченцев и ингушей особое значение. Вероятно, трепетное отношение к последу, пуповине и отпавшей после обрезания плоти было продиктовано представлениями о том, что между ними и их хозяином — ребенком существует неразрывная связь, что является примером парциальной магии. До недавнего времени у чеченцев считалось, что в них находится особая жизненная сила, весьма действенная при любых обстоятельствах.

Послеродовой период в народной медицине горцев сопровождался особым традиционным ритуалом, связанным с питанием родильницы и имевшим в основном рациональный характер. Эта традиция обнаружена нами у всех народов Северного Кавказа. При этом женщине старались давать легкоусвояемую пищу (как правило, относящуюся к молочной, шадящей диете).

Особое значение в народной медицине горских народов придавалось выхаживанию детей раннего возраста и их лечению. При этом следует согласиться с В. Ф. Демичем, что "ни в какой области народной жизни суеверие не проявлялось с такой силой, как в деле лечения и воспитания детей"⁸. Материалы нашего исследования показали, что после родов у чеченцев и ингушей прежде всего спешили зажечь огонь и прибить к стенам бумажки с изречениями из Корана, по народному поверью оберегавшие новорожденного от злых духов и недобрых приключений. "На детях, — писал Н. Вучетич, — можно было видеть на шее целую связку всевозможных записок, зашитых в лоскутки различных материй и носимых ими на шее между другими талисманами"⁹.

Наряду с этим в выхаживании детей и их лечении было много рационального. После родов новорожденного обмывали, пеленали и укладывали в ногах у матери. В народе широко рекомендовалось для вскармливания ребенка как грудное, так и коровье молоко. Однако первый раз новорожденного прикладывали к груди другой кормящей женщины, а мать начинала его кормить только на 3—4-й день после родов. Объясняли это по-разному, а в основном недостаточной лактацией у матери в 1-е сутки после родов и вредностью молозива для новорожденного, что вполне оправданно с современной точки зрения. Однако некоторые исследователи усматривают в этом обычае стремление установить таким образом искусственное родство, расширить круг близких людей, защитников, что имело особое значение в традиционном кавказском мире. Нами установлено, что так поступали почти у всех народов Северного Кавказа.

На протяжении 1-го года жизни ребенка держали в колыбели, причем первые полгода почти непрерывно. Колыбель была однотипной у многих народов Северного Кавказа, Средней Азии и вообще Ближнего Востока и представляла собой деревянную качалку с отверстием для стока мочи в банку. Непременный атрибут колыбели — так называемая мочеотводная трубка, изготовленная, как правило, из трубчатой кости мелкого рогатого скота и очень тщательно обработанная и очищенная. Такая конструкция колыбели позволяла ребенку всегда оставаться сухим, в результате чего у него редко появлялись опрелости. Конструкции колыбели соответствовало и тугое пеленание, для чего младенца крепко притягивали к ней широкими лямками на уровне колен и груди, не подкладывая под голову подушку. Интересно, что такую колыбель-люльку старались не

⁶Индербиев М. Т. Очерки истории здравоохранения Чечено-Ингушетии. — Грозный, 1972.

⁷Фрэнгер Д. Золотая ветвь. — М., 1989. — С. 82.

⁸Демич В. Ф. Педиатрия у русского народа. — СПб., 1897. — С. 2.

⁹Вучетич Н. // Кавказ. — 1984. — № 77. — С. 123—152.

обновлять, а передавали из дома в дом. Особой популярностью пользовалась люлька, в которой выросло много здоровых детей.

Ребенок находился на грудном вскармливании до 1—1,5 года, но бывало, что и до 2—3 лет. Считалось, что длительное грудное вскармливание полезно для здоровья ребенка, но не исключено, что затягивание периода лактации являлось для горянок способом (хотя и не очень надежным) предупреждения последующей беременности. Примечательно, что при отсутствии молока у матери старались найти женщину-родственницу или соседку (кормилицу), которая бы выкормила ребенка грудью. Благодаря этому младенец оставался на естественном вскармливании. Если же все-таки были вынуждены перейти на искусственное вскармливание, что было крайне редко, использовали коровье молоко. Особого режима в кормлении младенца не было, т. е. он находился на свободном вскармливании. Ослабленных детей обычно кормили молоком, которое надаивали после второго подсоса теленка, оно отличалось высокими вкусовыми и питательными качествами.

На Северном Кавказе издавна наиболее популярным и распространенным молочным продуктом было кислое молоко. Причем у разных народов имелись свои рецепты его приготовления. Кислое молоко и айран считались у вайнахов целебными напитками, способствующими улучшению работы желудочно-кишечного тракта. Поэтому во избежание кишечных заболеваний детей кормили кислым молоком и поили чесночным соком.

С целью повышения иммунитета у ослабленных детей народная медицина горцев рекомендовала после каждого купания растирать все тело ребенка внутренним топленым барсучьим

или козым жиром. У чеченцев в старину практиковались различные методы лечения кожной сыпи у детей. Для лечения крапивницы детей купали в отваре череды, а при крапивной лихорадке поили отваром из крапивы, купали в крапивном настое.

Итак, материалы исследования показали, что у вайнахов действительно имелось множество предрассудков, суеверий, а иногда и совершенно диких обрядов, связанных с уходом за детьми, их лечением, особенно от инфекционных болезней. Однако такое отношение к детям было характерно не только для горцев, что подтверждают авторы, исследовавшие русскую народную медицину (В. Демич, Л. Змеев, Г. Попов, Э. Конюс и др.). Тем не менее следует согласиться с Э. М. Конюс, что трактовка народных обычаев по уходу за детьми, как сплошь нерациональных и диких, совершенно неправильна и неисторична. "Сквозь шелуху обрядовых наслоений, — пишет она, — проглядывается то рациональное начало, которое нередко встречается в них"¹⁰. Об этом свидетельствуют и приведенные нами материалы о народной медицине чеченцев и ингушей, методы и способы которой практиковались в народе еще в начале XX века. Некоторые из них не потеряли медико-гигиенического значения и в настоящее время. Однако многое в народном врачевании вайнахов, в частности обрядовая сторона, сегодня имеет лишь историческую ценность.

Поступила 29.06.09

¹⁰ Конюс Э. История русской педиатрии. — М., 1946. — С. 28.

Информация для авторов **ТРЕБОВАНИЯ К РИСУНКАМ,** представленным на магнитных носителях

Черно-белые штриховые рисунки:

- формат файла — **TIFF** (расширение *.tif), любая программа, поддерживающая этот формат (Adobe PhotoShop, CorelDRAW, Adobe Illustrator и т. п.);
- режим — **bitmap** (битовая карта);
- разрешение — **600 dpi** (пиксели на дюйм);
- серые и черные заливки должны быть заменены на косую, перекрестную или иную штриховку;
- рисунок должен быть **обрезан** по краям изображения и **очищен** от "пыли" и "царапин";
- ширина рисунка — **не более 180 мм**, желательно не использовать ширину от 87 до 150 мм;
- высота рисунка — не более 230 мм (с учетом запаса на подрисовочную подпись);
- размер шрифта подписей на рисунке — **не менее 7 pt** (7 пунктов);
- возможно использование сжатия LZW или другого;

- носители — floppy 3.5" (1,44 MB), Zip 100 MB, CD-ROM, CD-R, CD-RW;
- обязательно наличие распечатки.

Цветные изображения, фотографии и рисунки с серыми элементами:

- платформа (компьютер) — IBM PC или совместимый;
- формат файла рисунка — TIFF (расширение *.tif);
- программа, в которой выполнена публикация, — PageMaker 6.5; CorelDRAW 7 и 8;
- цветовая модель — CMYK;
- разрешение — не более 300 dpi (пиксели на дюйм) или 119,975 пикселя на 1 см;
- рисунок должен быть связан с публикацией;
- возможно использование сжатия LZW;
- не использовать цвета PANTONE;
- носители — Zip 100 MB; компакт-диск CD-ROM.

© В. И. СТАРОДУБОВ, 2011

УДК 614.2(049.32)

О. П. Шепин, В. А. Медик **Общественное здоровье и здравоохранение.** Учебник для системы послевузовского профессионального образования врачей. — М., ГЭОТАР-Медиа, 2010.

В настоящее время в связи с происходящей модернизацией здравоохранения вопросы повышения профессиональной квалификации руководителей учреждений и органов здравоохранения приобретают все большую актуальность. В последние годы в свет вышло большое количество учебников для студентов системы среднего специального медицинского образования и высших учебных заведений. В то же время для важнейшего этапа в системе послевузовского профессионального образования врачей по специальности "Общественное здоровье и здравоохранение" учебника до настоящего времени не было. В связи с этим заслуживает одобрения подготовка к изданию учебника, написанного акад. РАМН проф. О. П. Шепиным и член-корр. РАМН проф. В. А. Медик.

Представленная для рецензирования работа отвечает государственному образовательному стандарту по дисциплине "Общественное здоровье и здравоохранение" и содержит всю необходимую информацию для подготовки современного организатора здравоохранения. Структурно учебник состоит из 22 глав по всем основным направлениям общественного здоровья и здравоохранения.

Учебник начинается кратким историческим очерком о здравоохранении России, в котором представлены основные этапы становления и развития здравоохранения в период XVI—XXI века.

В главе 1 дан анализ современных тенденций здоровья населения Российской Федерации. Кроме традиционных разделов — демография, заболеваемость, инвалидизация, физическое здоровье — пожалуй, впервые представлен раздел, характеризующий качество жизни пациентов, связанное с их здоровьем. Даны научно-методические и практические подходы к организации медицинской профилактики в свете современных требований формирования среди населения здорового образа жизни.

В главах 4, 5, 6 изложены основы организации, управления и экономики здравоохранения Российской Федерации. В них представлен необходимый для повышения профессионального уровня специалистов по общественному здоровью и организаторов здравоохранения материал, касающийся системы стандартизации, основных задач маркетинга, современные теории мотивации в управлении здравоохранением и др.

Впервые в учебное издание такого уровня включена глава "Совершенствование управления и финансирования Программы государственных гарантий". Подчеркнуто, что основными задачами программы являются создание единого правового и экономического механизма реализации конституционных прав граждан на получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи и обеспечение баланса между обязательствами государства по предоставлению населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи и выделяемыми для этого ресурсами.

Большой интерес представляет глава "Развитие медицинского страхования в Российской Федерации", в которой представлены не только нормативная база и механизм реализации принципов медицинского страхования граждан РФ, но и краткий исторический очерк его становления в нашей стране.

Для руководителей учреждений и органов здравоохранения, безусловно, будет полезна глава "Лицензирование медицинской деятельности", в которой с учетом современной нормативно-методической базы сформулированы лицензионные требования и условия, указан порядок выдачи, приостановления и прекращения действия лицензий, определена ответственность лицензиатов за нарушения лицензионных требований.

Достаточно полно с привлечением обширной необходимой информации написана глава "Информатизация в здравоохранении", в которой дана классификация медицинских информационных систем и ресурсов, сформулированы основные принципы безопасности медицинских данных, раскрыты перспективы развития информатизации, дана статистика информационных ресурсов в здравоохранении и др.

Очень важной с практической точки зрения является глава 22, в которой по сути сформулированы приоритеты и дан комплекс первоочередных мер по совершенствованию управления, финансирования системы здравоохранения, организации профилактической, лечебно-диагностической помощи населению.

Учебник заканчивается перечнем основных терминов, что делает его удобным в использовании и позволяет формировать единые терминологические подходы к преподаванию дисциплины.

Книга широко иллюстрирована таблицами, графиками, схемами, включает свежие статистические данные, что способствует более наглядному изложению и восприятию материала.

Акад. РАМН В. И. Стародубов (Москва)

*Исполнилось 75 лет со дня рождения и 60 лет трудовой деятельности доктора медицинских наук, профессора, лауреата премии правительства Удмуртии и Государственной премии Удмуртской Республики, действительного члена Международной академии информатизации
Владимира Никифоровича Савельева.*

Редколлегия журнала поздравляет Владимира Никифоровича с юбилеем и выражает уверенность, что его научно-исследовательская и педагогическая деятельность еще долго будет служить подготовке медицинских кадров, развитию общественного здравоохранения и укреплению здоровья населения.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

При направлении статьи в редакцию просим соблюдать следующие правила:

1. Статья представляется в 2 экземплярах.
 2. На 1-й странице указываются инициалы и фамилия автора, его должность, ученая степень и звание, название статьи, полное название учреждения, в котором работает автор; на последней должны стоять личные подписи всех авторов статьи, что дает право издательству на ее публикацию и размещение в Интернете.
 3. На отдельной странице авторы оригинальных статей должны дать о себе краткую информацию: фамилия, имя, отчество, ученая степень, звание, почтовый и электронный адрес, телефон, дату и тематику защищенных диссертаций, место работы и должность на момент высылки статьи, сферу научных интересов, автором какого числа научных работ и изобретений является.
 4. Объем статьи не должен превышать 10 страниц машинописного текста стандартной распечатки (30 строк по 60 знаков), ширина полей слева — 4 см.
 5. Структура оригинальных статей, содержащих материалы медико-социологических исследований, предусматривает разделы: введение, материалы и методы, результаты, обсуждение и краткое заключение.
 6. Объем графического материала минимальный (не более 3 рисунков). Фотографии должны быть контрастными, рисунки четкими, текстовые надписи на них предельно лаконичными. Подписанные подписи прилагаются на отдельном листе в порядке нумерации рисунков. Порядковый номер рисунка, фамилия автора, название статьи должны быть указаны на обороте каждого рисунка карандашом.
 7. Таблицы должны быть компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы.
 8. Место, где в тексте дается ссылка на рисунок или таблицу, следует обозначить на полях рукописи квадратом, в котором указать порядковый номер этого рисунка или таблицы.
 9. Все математические формулы должны быть выверены. В них необходимо разметить:
 - а) строчные и прописные буквы (строчные — двумя черточками сверху, а прописные — двумя снизу);
 - б) латинские и греческие буквы (латинские подчеркиваются синим карандашом, греческие обводятся красным);
 - в) подстрочные и надстрочные буквы и цифры.
 10. К статье прилагается резюме на русском языке (для перевода на английский язык) объемом не более 0,5 страницы машинописного текста с ключевыми словами.
 11. Цитаты, приводимые в статье, заверяются подписью автора на полях рукописи. В сноске указывается источник цитаты (название, издание, год, выпуск, страница).
 12. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, в котором перечисляются в алфавитном порядке сначала отечественные, затем зарубежные авторы.
 13. В списке литературы указываются:
 - а) для книг — фамилия и инициалы автора, полное название работы, место и год издания, страницы "от" и "до";
 - б) для журнальных статей — фамилия и инициалы автора, название журнала, год, номер, страницы "от" и "до";
 - в) для диссертации — фамилия и инициалы автора, докторская или кандидатская, полное название работы, год, место издания.
 14. Редакция оставляет за собой право редактирования и сокращения текста.
 15. О рукописях, не принятых к печати, авторы информируются, текст рукописи не возвращается.
- Плата за публикацию с аспирантов не взимается.

Уважаемые читатели!

Приглашаем Вас посетить сайт
ОАО «Издательство "Медицина"»
в Интернете

Наш адрес:

www.medlit.ru

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 *Л. И. Федяева*

Художественный редактор
Р. Р. Катеева

Корректор *Л. Ф. 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 02.12.10. Подписано в печать 11.01.2011. Формат 60×88¹/₈.

Печать офсетная. Печ. л. 8,00. Усл. печ. л. 7,84.

Уч. изд. л. 9,06.

Заказ 37.

ОАО «Издательство "Медицина"»

E-mail: meditsina@mtu-net.ru

WWW страница: www.medlit.ru

Подписной тираж номера 311 экз.

ЛР № 010215 от 29.04.97.

Типография: ООО "Подольская Периодика"
142110, г. Подольск, ул. Кирова, 15